



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**O QUE PENSAM OS IDOSOS SOBRE A AIDS: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS E PRÁTICAS**

ROSANA SILVA DELMIRO

**JEQUIÉ/BA
2011**

ROSANA SILVA DELMIRO

**O QUE PENSAM OS IDOSOS SOBRE A AIDS: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS E PRÁTICAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Maria Adelaide Silva Paredes
Moreira

**JEQUIÉ/BA
2011**

D419 Delmiro, Rosana Silva.

O que pensam os idosos sobre a AIDS: representações sociais e práticas/ Rosana Silva Delmiro. Jequié 2011.

90 f.: il.; 30 cm.

Dissertação – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2011.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes.

1.Aids 2.Idoso 3.Representações Sociais 4.Prevenção 5.
Enfermagem. I.Título

CDD – 614.5

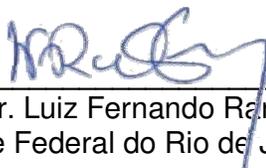
FOLHA DE APROVAÇÃO

DELMIRO, Rosana Silva. O QUE PENSAM OS IDOSOS SOBRE A AIDS: representações sociais e práticas. 2011. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde: área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, Jequié/BA.

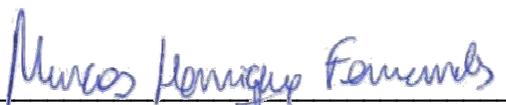
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora



Prof. Dr. Luiz Fernando Rangel Tura
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ



Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Jequié/BA, 22 de Fevereiro de 2011.

A meus amados pais, João Delmiro Filho e Maria Aparecida Silva Delmiro e meus irmãos João Paulo e Antônio Ricardo, pelo indispensável auxílio na construção dos pilares para a minha trajetória individual e coletiva, ensinando-me que “tudo vale a pena quando a alma não é pequena”
(*Fernando Pessoa*).

Ao meu esposo Welf e minha filha Annajuly, pela compreensão em minhas ausências e por me ensinarem que “a vida só pode ser compreendida olhando-se para trás; mas só pode ser vivida olhando-se para frente” (*Soren Kierkegaard*).

Aos idosos que vivenciam HIV/AIDS, na luta cotidiana pela adesão à vida, apoio e solidariedade, e aos **participantes dos grupos de convivência da AAGRUTI:** agradecemos por nos possibilitar contemplar as elaborações cognitivas e simbólicas que orientam comportamentos (*Moscovici*).

Ao médico DSTísta Roberto Fontes, minha eterna admiração por sua atuação no campo da prevenção às DST/AIDS e humildade em compartilhar saberes e a *Pathfinder do Brasil* pela excelência nas ações de controle das DST/AIDS no Brasil.
Vocês me inspiraram!

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, **Maria Adelaide Silva Paredes Moreira**, fonte de humildade, dedicação, sabedoria e paciência na condução deste estudo e ao longo do mestrado. Muito obrigada pela caminhada conjunta e pelo meu crescimento pessoal e profissional.

À Professora Dr^a. **Rita Narriman Silva de Oliveira Boery**, docente no Curso de Mestrado e coordenadora do Programa Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES-UESB), obrigada pelo acolhimento e estímulo constantes neste estudo. Sua atenção e cuidado foi essencial para a concretização deste trabalho. Você é exemplo de sabedoria, humildade e respeito.

Aos professores do Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES-UESB), em especial ao atual coordenador do curso de Mestrado em Saúde, Dr. **Cezar Augusto Casotti**, pela compreensão e força.

À Professora Dr^a. **Marizete Argolo Teixeira** por suas contribuições norteadoras deste trabalho, disponibilidade, humildade e sabedoria.

Aos professores Dr. **Luiz Fernando Rangel Tura** e Dr. **Marcos Henrique Fernandes**, por terem aceitado o convite para compor essa banca de apresentação de dissertação, muito obrigada.

Às Professoras **Maria José dos Santos**, **Zulmerinda Meira**, **Edméia Campos Meira**, **Jussara Camilo** e **Rosália Teixeira**, muito obrigada pela amizade, estímulo e carinho, vocês fazem parte desta conquista.

Ao professor Dr. **Marcos Henrique Fernandes** e à professora Ms. **Maristela Santos Nascimento**, diretores do Departamento de Saúde da UESB no momento em que ingressamos no curso pelo apoio aos mestrandos.

À Professora Dr^a. **Luzia Wilma**, amiga, comadre e ex-colega de graduação, pela disciplina, competência, paciência e carinho, qualidades dentre tantas outras.

Às professoras **Alba Benemerita** e **Zenilda Nogueira**, obrigada pelo carinho dispensado em minha caminhada no mestrado.

Aos colegas do Centro de Referência em Saúde Sexual de Jequié pelo constante incentivo, encorajando-me a seguir em frente, me substituindo quando ausente e pelo cuidado humanizado e competência com os quais se dedicam ao cotidiano de trabalho. Amo a todos! Muito obrigada!

Às inesquecíveis colegas e amigas, **Lícia Marques Vidal**, **Eliane Linhares**, **Patrícia Anjos**, **Flávia Anjos**, **Helca Francioli** e **Fabrcício Almeida dos Santos**, obrigada pela convivência enriquecedora, por compartilhar momentos difíceis desta trajetória, acalentando uns aos outros.

Aos **idosos** que participam da **AAGRUTI**, informantes desta pesquisa, obrigada por compartilhar suas elaborações, fruto do cotidiano, vivências e o acolhimento a mim dispensado.

Às **pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS**, pela contribuição indispensável na construção deste estudo, expondo o que existe no íntimo de suas vivências em prol da prevenção e adesão à vida.

Aos estudantes do curso de graduação em Enfermagem da **FAPEC** pelo constante encorajamento.

Aos **colegas da primeira turma do curso de Mestrado do PPGES/UESB, turma 2009-I e 2010-II**, pela cumplicidade nesta conquista, especialmente: Adriana Barbosa, Aline Simões, Daniela Sampaio, Eliane Linhares, Emanuelle Nunes, Fabrício Santos, Flávia Santos, Helca Reis, Isaiane Bittencourt, Lícia Vidal, Luciano Nery, Mara Santos, Patrícia Anjos e Washington Santos.

Aos meus pais, **João Delmiro** e **Maria Aparecida**, exemplos de humildade e sabedoria, por minha existência e estímulo constante na transposição de obstáculos e enfrentamento de desafios.

À família que constituí, meus queridos **Welf Andrade** e **Annajuly**, pela cumplicidade, carinho e entendimento nos momentos de ausência.

Aos meus irmãos **Antonio Ricardo** e **João Paulo**, por estarem presentes e coadjuvantes em todos os momentos de minha vida.

Aos meus sogros, **Altamirando** e **Nair**, pelo amor com o qual nos acolhem, principalmente pelo cuidado com nossa July.

Aos meus tios **Pedro Bastos** e **Vicentina** e primos **Petrúcio** e **Pedro** pelas palavras de estímulo na caminhada e **Assuéry** (in memoriam), mesmo em outro plano você se faz presente em minha vida.

Às minhas cunhadas **Natiane** e **Priscilla** e meu sobrinho e afilhado João Ricardo, pelo incentivo constante e zelo com que ajudaram a cuidar da pequena **Annajuly** nos meus momentos de estudo.

À minha prima **Meyre**, pelas palavras de entusiasmo e toda energia positiva dispensada a mim, e aos meus sobrinhos **Maria Clara** e **Pepeu** (afilhado) pela compreensão dos momentos que não pude estar com vocês.

À **Força Maior** que me movimenta rumo aos desafios!

“(...) Todo ser humano se torna vinculado aos outros desde a mais tenra idade aprendendo a usar como meio de emitir e receber mensagens, um código de símbolos específicos do grupo, ou em outras palavras, uma língua. (...). O sentido das palavras e o da vida de uma pessoa têm em comum o fato de que o sentido associado a elas por essa pessoa não pode ser separado do associado a elas por outras. A tentativa de descobrir na vida de alguém um sentido independente do que essa vida significa para outras pessoas é inútil. Na práxis da vida social a conexão entre os sentimentos de uma pessoa e a consciência de que eles são significativos para outros seres humanos, e de que os outros são significativos para essa vida, é fácil de descobrir. (...)”

(Elias, 2001:64/65).

Há um tempo em que é preciso abandonar
as roupas usadas, que já tem a forma do
nosso corpo, e esquecer os nossos
caminhos, que nos levam sempre aos
mesmos lugares. É o tempo da travessia: e,
se não ousarmos fazê-la, teremos ficado,
para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Pessoa

DELMIRO, R. S. **O QUE PENSAM OS IDOSOS SOBRE A AIDS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS**. 2011. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

RESUMO

As representações sociais de idosos acerca da AIDS fornecem noções da compreensão e das formas de enfrentamento da epidemia. Neste estudo, utilizou-se a Teoria das Representações Sociais como suporte teórico-metodológico, a fim de se compreender como essas representações orientam o comportamento dos idosos frente a AIDS. Esta pesquisa tem como objetivos apreender representações sociais sobre AIDS construídas por idosos que vivem com HIV/AIDS e dos não portadores do HIV e analisar as representações sociais sobre a doença entre dois grupos. Trata-se de um estudo exploratório realizado com trinta idosos, distribuídos em quinze portadores do HIV, que constituem o grupo 1, cadastrados no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids do Centro de Referência em Saúde Sexual de Jequié, e 15 idosos não portadores, definidos como grupo 2, participantes de Grupos de Convivência da Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade, que aceitaram participar do estudo e em condições de responder ao instrumento. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: uma entrevista semi-estruturada e o teste de associação livre de palavras, com o estímulo indutor "aids". A análise dos dados do teste de associação de palavras foi realizada com o auxílio do programa EVOC 2002, após uma análise de conteúdo categorial temática que permitiu a construção de um banco de dados. A análise dos dados apreendidos da entrevista foi realizada utilizando-se o programa Alceste 4.8, que apontou quatro classes semânticas de análise: *implicações psicossociais e físicas da aids, formas de tratamentos, aspectos psicossociais da aids e relações socioafetivas e práticas sexuais*. Identificou-se que o provável elemento do núcleo central das representações sociais da aids foi "doença". Como representação consensual nos dois grupos, obteve-se: *Angústia; medicamento/remédio; tratamento; discriminado; deprimido; normal; cuidado; medo; prevenção; morte; incurável; perigo; Deus; ruim*. Espera-se que este estudo venha contribuir na qualidade da atenção à saúde, na elaboração de políticas públicas voltadas para a qualificada intervenção no atendimento ao idoso com HIV/Aids, bem como para o (re) pensar a prevenção na população idosa.

Palavras-chave: Aids, Idosos, Representações sociais, Prevenção, Enfermagem.

DELMIRO, R. S. **WHAT THINK THE ELDERLY ABOUT AIDS: SOCIAL REPRESENTATIONS AND PRACTICES**. 2011. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

ABSTRACT

The social representations of AIDS on the elderly provide notions of understanding and ways of combating the epidemic. In this study, we used the theory of social representations as theoretical-methodological support in order to understand how these representations shape the behavior of the elderly against AIDS. This research has the objective of learning about aids social representations built by elderly patients and non-aids patients and analyze the consensual representations about aids in both groups. This is an exploratory study conducted with thirty seniors, from the age of 60, divided into fifteen elderly patients, who constitute a group, registered in the Department of Specialized Care for HIV/Aids Reference Center on Health Sexual Jequié, and 15 elderly non-carriers, defined as group 2, participants in social groups, the Association of Friends, Groups and Open University Living with the Elderly, who agreed to participate and able to respond to the instrument. The data collection instruments used were a semi-structured interview and the test of free association with the stimulus inducing "aids". The analysis of word-association test was performed with the aid of the EVOC 2002 after a content analysis of thematic category that allowed the construction of a database. The analysis of seized interview was conducted using the Alceste 4.8, which identified four classes of semantic analysis: psychosocial and physical implications of aids, methods of treatment, psychosocial aspects of aids and social-relations and sexual practices. It was identified that the core element of the likely social representations of aids was "disease". Representation as agreed in the two groups was obtained: Anxiety; drug / drug treatment; broken, depressed, normal, caution, fear, prevention, death, incurable; danger, God, bad. It is waited that this study comes to contribute in the quality of the attention to the health, in the elaboration of public politics gone back to the qualified intervention in the service to the senior with HIV/Aids, as well as for the (reverse) to think the prevention in the senior population.

Key words: Aids, Elderly, Social Representations, Prevention, Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. N° de casos de AIDS no Brasil em indivíduos a partir de 60 anos entre 2001 e 2005	34
Figura 2. Distribuição das Classes Temáticas – Análise Alceste	59
Figura 3. Representações Sociais da AIDS	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Palavras associadas significativamente à classe 1	60
Tabela 2. Palavras associadas significativamente à classe 2	62
Tabela 3. Palavras associadas significativamente à classe 3	64
Tabela 4. Palavras associadas significativamente à classe 4	67
Tabela 5. Resultados obtidos do Teste de Evocação	69
Tabela 6. Possíveis elementos do núcleo central das representações sociais da aids	70

LISTA DE GRÁFICO

- Gráfico 1.** Dendograma das Classes - Classificação Descendente e Hierárquica 58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classe 1: Implicações Psicossociais e Físicas da Aids	61
Quadro 2. Classe 2: Formas de Tratamentos	63
Quadro 3. Classe 3: Aspectos Psicossociais da Aids	65
Quadro 4. Classe 4: Relações Socioafetivas e Práticas Sexuais	67

LISTA DE SIGLAS

- HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
- AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
- DST - Doença Sexualmente Transmissível
- PVHA - Pessoa vivendo com HIV/AIDS
- PNI - Política Nacional do Idoso
- CNDI - Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos
- TRS - Teoria das Representações Sociais
- RS - Representações Sociais
- TNC - Teoria do Núcleo Central
- NC - Núcleo Central
- SP - Sistema Periférico
- TALP - Teste de Associação Livre de Palavras
- SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
- CHD - Classificação Hierárquica Descendente
- UCIs - Unidades de Contexto Iniciais
- UCE - Unidades de Contexto Elementares

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
CAPÍTULO I CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	20
CAPÍTULO II ABORDAGEM TEÓRICA	25
2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	26
2.2 AIDS E SEXUALIDADE	30
2.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA AIDS	42
CAPÍTULO III ENFOQUE METODOLÓGICO	48
3.1 TIPO DE ESTUDO	49
3.2 CAMPOS DO ESTUDO	49
3.3 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA	50
3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	51
3.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	53
CAPÍTULO IV APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
4.1 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO	57
4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A AIDS, ELABORADAS POR IDOSOS	57
4.3 ESTRUTURA E COMPONENTES AFETIVOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A AIDS	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE	84
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
ANEXOS	87
ANEXO A: Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa	88
ANEXO B: Ofício à Secretaria Municipal de Jequié	89
ANEXO C: Ofício à AAGRUTTI	90

APRESENTAÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um desafio à saúde pública contemporânea. Nos países desenvolvidos, o envelhecimento ocorreu associado à melhoria da qualidade de vida e, mais recentemente, nos países em desenvolvimento esse fenômeno tem ocorrido de forma mais acentuada. Nestes, a rápida transição demográfica ocorre sem tempo para uma reorganização social e, particularmente no campo da saúde, com a ampliação de idosos contaminados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), demonstrada a partir de dados estatísticos.

O interesse por pesquisas envolvendo temas relacionados com HIV/Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), associadas à pessoa idosa, parte da necessidade de compreensão de comportamentos preventivos frente à doença, ao longo dos anos, e a possíveis mudanças ocorridas no estilo de vida imposto pela referida doença, aliados às transformações do conhecimento do senso comum. À infecção pelo HIV somam-se conseqüências psicossociais e econômicas importantes que favorecem preconceitos, atrelados à falta de informações, que são atribuídos ao longo do tempo desde o surgimento da aids.

A primeira aproximação da pesquisadora foi com a sexualidade na terceira idade em 2002, durante um curso de Especialização em Gerontologia, pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, no qual foram analisados aspectos sobre a sexualidade dos idosos, ao se estudar os sentimentos e significados de idosos que vivenciaram doenças sexualmente transmissíveis.

A gradativa incorporação de novas informações, provenientes de avanços na tecnologia da comunicação, e a descoberta de melhor controle da AIDS, resultante de estudos sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e melhoria do prognóstico constituem importantes instrumentos no controle da velocidade de novos casos de aids e na inclusão social desses doentes. Com essas medidas, percebe-se que já não há uma noção de grupos de risco e que se aguçam novas visões sobre a AIDS, exigindo a adoção de novos conhecimentos capazes de minimizar barreiras. Falar sobre aids é falar sobre a sexualidade e o ato sexual, onde o preconceito ainda é um aspecto psicossocial importante no comportamento das pessoas.

Nesse sentido, o estudo das representações sociais sobre a aids, em idosos, pode apontar pistas importantes para novas práticas de saúde a essa população que vivencia a infecção pelo HIV e a Aids, configurando-se, assim, uma temática relevante, tanto do ponto de vista acadêmico quanto social e científico, por contribuir

para a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e a elaboração de políticas públicas voltadas a essa população.

Daí, fundamenta-se a necessidade da realização deste estudo sobre a aids em idosos, subsidiado no aporte teórico das representações sociais, por sua importância no que tange aos estudos tanto individual, quanto social.

Dessa forma, este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo – *construção do objeto de estudo* - procura delimitar a problemática, justificativa, os questionamentos que guiam o interesse, a relevância do fenômeno da aids em idosos e os objetivos do estudo;

O segundo capítulo – *abordagem teórica* – subdivide-se em três partes: a primeira menciona aspectos importantes na atenção à saúde da pessoa idosa, salientando o Programa Nacional de Atenção ao Idoso; a segunda faz uma breve abordagem sobre a aids e a sexualidade, em particular, nessa população; a terceira parte aborda o conceito, dimensões, funções e processos formadores das representações sociais enquanto aporte teórico, importantes nesse estudo.

Terceiro capítulo - *enfoque metodológico* - trata do delineamento metodológico do estudo, como: tipo de pesquisa, local, definição da amostra e aspectos éticos, instrumentos utilizados na coleta de dados e seu procedimento e análise dos dados coletados;

O quarto capítulo descreve *apresentação, discussões dos resultados e considerações finais*. Em um primeiro momento, apresenta os resultados e discussões da pesquisa, evidenciados nas entrevistas e, em seguida, os dados encontrados a partir do Teste da Associação Livre de Palavras, em que as representações sociais elaboradas pelos idosos são apresentadas e interpretadas, pontuando-se a relevância das informações apreendidas, centradas nos objetivos propostos. Por último, faz as *considerações finais* do estudo apresentando o que pensam os idosos sobre a aids, acreditando-se que as informações acerca do comportamento socioafetivo dos idosos, frente a esta síndrome, forneçam novos subsídios teóricos para estudos sobre o tema e venham contribuir para o dimensionamento de novas práticas em saúde no campo do envelhecimento.

CAPÍTULO I

CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O objeto desta pesquisa está focado nas representações sociais e práticas de idosos acerca da aids. Apesar de descrita há três décadas, a aids mantém-se como tema emergente no âmbito da saúde coletiva. Em idosos, é considerada um tema atual e relevante, por gerar implicações morais, socioculturais e religiosas, além do seu impacto na saúde dessa parcela da população.

O envelhecimento é um fenômeno mundial com rápido avanço no Brasil. Embora o IBGE (2008) aponte declínios no crescimento populacional brasileiro, desde 1960, tais mudanças derivam-se basicamente das transformações ocorridas na sociedade brasileira, de modo geral, e na própria família de maneira mais particular. Em 2050 a população idosa ultrapassará 22,71% da população total, quando a expectativa de vida ampliou-se para 72,7 anos em 2008 e deve alcançar em 2050 o patamar de 81,29 anos (IBGE, 2008). Esta última estimativa remete à necessidade de reorientação e reestruturação dos serviços que acolherão as demandas desta significativa parcela da população.

O advento dos estimulantes eréteis representou importante marco, responsável por significativas mudanças de comportamento na esfera da sexualidade, que veio proporcionar, por um lado, maior liberdade sexual e por outro, maior exposição ao risco de contágio de diferentes doenças, com o não uso do sexo seguro e protegido, agravado pela pouca ênfase que é dada às informações sobre as práticas preventivas para essa população.

Ao longo dos mais de 25 anos de pandemia, a aids constitui um grave problema de saúde pública por sua magnitude e transcendência, o que vem modificando seu cenário epidemiológico, revelado no aumento dos casos de aids, em pessoas com 50 anos ou mais. No Brasil, até junho de 2008, acumulam-se 47.437 casos em pessoas nessa faixa etária, somados aos 23.873 óbitos. Nesse sentido, do total de 506.499 casos notificados até junho de 2008, 9% são pessoas com 50 anos ou mais, com tendência a aumentar em virtude do crescimento populacional de idosos (BRASIL, 2008).

No Brasil, de acordo com Camarano e Pasinato (2004), o envelhecimento populacional passou para a agenda das políticas públicas, devido às influências e pressão das associações científicas e grupos políticos, bem como de pessoas da sociedade civil.

Nesse sentido, a aids nos idosos trouxe à tona uma gama de aspectos que envolvem implicações de natureza social, psicológica e socioeconômicas, com

consequências fortemente associadas à sexualidade. Essa problemática pode ser observada a partir do acompanhamento terapêutico oferecido aos idosos no Centro de Referência em Saúde Sexual de Jequié, onde se percebeu diferentes modos de enfrentamento da doença.

Segundo Zornitta (2008), a sexualidade dos idosos vem sendo construída, historicamente, por estereótipos negativos e tendo sido negada em sua dimensão e subjetividade. Essa autora afirma que no momento em que o avanço da tecnologia e o aumento da expectativa de vida são uma realidade prolongando, assim, a vida sexual, a sexualidade emerge atrelada a problemas que atingem a saúde de um número cada vez maior de idosos.

Verifica-se, ainda, que tanto os idosos que vivem com HIV/Aids, quanto os não portadores, enfrentam algumas barreiras na verbalização de assuntos relacionados à sua sexualidade. Observou-se que possivelmente tenha havido uma influência positiva na abertura dos idosos para a discussão de tal tema, pelo fato de as pesquisadoras serem profissionais de saúde. Para Fernandes, Eulálio e Brito (2004, p. 52), “falar sobre sexualidade significa [...] falar de repressão, poder, preconceito, desejo, paixão, vida, morte, gênero, opção sexual, pecado, construção de papéis sexuais, DST e AIDS”.

O interesse em estudar esse tema é verificado quando se observam as pesquisas sobre a aids em idosos frente à infecção pelo HIV, assim como no adoecimento pela mesma. Sabe-se que este fenômeno ainda é pouco explorado, uma vez que a ele se associa uma necessidade de compreensão da epidemia e das possíveis mudanças comportamentais e sócio-culturais ao longo dos anos.

Assim, o constante desafio pela busca de conhecimentos sobre o que pensam os idosos sobre a aids, na visão de portadores ou não, se tornou um tema importante a ser explorado, como tentativa de preencher lacunas à compreensão sobre comportamento de um grupo em que a comunicação/informação a essa população não tem sido tão eficaz no que tange a: prevenção da aids; incorporação de novos conhecimentos; acesso restrito dos idosos aos serviços de saúde e/ou a ausência de um atendimento profissional centrado na sexualidade; uso de medicações para disfunção erétil; não uso do preservativo e a existência de diferença na vivência da sexualidade de idosos portadores e os que não vivenciam HIV/Aids.

Sabe-se que as práticas de saúde são efetivas a partir do significado que o ator social atribui, tornando esse conhecimento útil para a implantação e implementação de ações necessárias à sua promoção. Essa desejada efetividade depende de um elenco de expectativas, concepções de saúde e doença, do relacionamento interpessoal dos atores sociais entre si e com a equipe de saúde, do processo de comunicação estabelecido na prática comunicativa. Dado o papel importante da valorização e do reconhecimento dos significados expressos pelos grupos, o que remete os profissionais a repensar melhor sobre como a sua intervenção pode emergir ou fazer calar vozes. Sendo assim, este último traduz as oportunidades perdidas de compreensão e intervenção no processo saúde-doença, permitindo a manutenção de práticas, muitas vezes, prejudiciais ao bem estar e sanidade.

Neste sentido, inserem-se as mudanças comportamentais que são veiculadas pelos portadores de aids e as relações sociais pautadas na resignificância da mesma. Vale ressaltar que o comportamento de determinados grupos sociais pode determinar a vulnerabilidade para a aquisição do HIV/Aids trazendo à tona questões para o campo da prática de saúde, entre as quais a abordagem da sexualidade.

Desta forma, o interesse por esse estudo nasceu da experiência da pesquisadora como enfermeira, junto ao Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids do Centro de Referência em Saúde Sexual de Jequié, que constitui uma unidade de referência para os 25 Municípios pertencentes a 13ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES), no Estado da Bahia.

O *objeto do estudo* compreende as representações sociais da aids delimitado a partir de inquietações suscitadas, tanto da prática profissional quanto de observações empíricas da pesquisadora, no tocante ao comportamento dos idosos que são acompanhados no Centro de Referência onde se trabalha, considerando-se suas vivências frente ao diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids definindo-se, então, as seguintes *questões de investigação*: Quais as representações sociais sobre a AIDS, elaboradas por idosos portadores (grupo 1) e não portadores (grupo 2)? Existe diferenciação de representações sociais sobre a aids em idosos nos diferentes grupos?

Para responder aos questionamentos propostos, este estudo teve os seguintes objetivos:

- a) apreender as representações sociais sobre a aids construídas por idosos que vivem com HIV/Aids (grupo 1) e dos não portadores do HIV (grupo 2);
- b) analisar as representações sociais sobre a aids entre dois grupos.

Assim sendo, torna-se relevante a busca de sentidos que são associados à aids, pelos idosos, por eles serem capazes de fornecer novas e atuais informações decorrentes da polissemia de significados que emergem da interação em seus grupos, desvelando suas visões de mundo e o modo como eles vivenciam a doença, quer como portadores ou não. Tais informações subsidiarão o fortalecimento de práticas preventivas dirigidas à população idosa, de modo contextualizado socialmente, por serem as representações uma forma particular de pensamento simbólico. Essas imagens concretas que são apreendidas e remetidas a um grupo distinto da população – os idosos, constituídas a partir das relações mais íntimas, darão significados aos seus comportamentos perante a aids.

CAPÍTULO II

ABORDAGEM TEÓRICA

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

A longevidade da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade. Viver mais é importante, porém faz-se necessário agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Dessa forma, a Saúde Pública encontra desafios oriundos no rápido envelhecimento populacional.

A ampliação do tempo de vida se fez acompanhada de uma melhoria substancial dos parâmetros de saúde das populações. O que era antes o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje, passa a ser uma realidade, mesmo nos países mais pobres.

Ao longo de uma década, o contingente de pessoas com 60 anos ou mais, no Brasil, aumentou de 10,7 milhões para 14,5 milhões, representando um aumento de 35,5% nesse período. As estimativas apontam que nos próximos vinte anos, o número de idosos brasileiros poderá ultrapassar os 30 milhões, representando 13% da população. (IBGE, 2005). Vale salientar que o Brasil não teve políticas públicas voltadas para questões sociais, econômicas e de saúde que acompanhassem o envelhecimento populacional, como nos países desenvolvidos. Nesse aspecto, o Brasil enfrenta epidemias que dividem os gastos com a saúde.

Sena et al. (2006) aborda restritamente a visão cronológica do processo de envelhecimento, conceituando-o como um [...] fenômeno que leva ao fim da vida e que é inerente ao processo de viver. [...] envelhecer significa estar diante de perdas progressivas da possibilidade de transcendência ou abertura ao outro.

Para Sousa (2008, p. 60), as abordagens sobre o processo de envelhecimento no âmbito da “visão clínico-biológica não contempla essa perspectiva, ao diferenciar as fases da vida em infância, juventude, fase adulta e velhice, seguindo uma ordenação linear cronológica de transformações do corpo”, configura uma visão negativa do envelhecimento. Neste aspecto, comumente observamos que o envelhecimento na sociedade ocidental é confundido como fase patológica da vida.

Segundo Neri e Jorge (2006), a velhice é um conceito construído socialmente, permeado dos valores, atitudes e crenças adquiridos ao longo do tempo e das relações interpessoais, sendo transmitidos pela educação. Sendo assim, o envelhecer não pode ser compreendido como um processo homogêneo, devido a

sua pluralidade, uma vez que o processo de envelhecimento apresenta variações que são constituídas culturalmente nos diferentes grupos sociais, de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças, valores e representações sociais acerca do próprio envelhecimento (SOUSA, 2008).

Groisman (2002), ao analisar o envelhecimento em seu estudo *A velhice entre o normal e o patológico*, o faz sob a ótica do saber médico, apontando as dificuldades inerentes para que a gerontologia defina seu campo de atuação, tendo em vista que o limite entre o normal e o patológico é de difícil delimitação na velhice. Desta forma, profissionais de saúde devem estar aptos para o reconhecimento das manifestações clínicas, queixas e morbidades na pessoa idosa, valorizando-as na sua prática cotidiana de atendimento a essa parcela da população.

Motta e Aguiar (2007) consideram que os fenômenos clínicos apresentados durante o envelhecimento são dependentes, também, de fatores como situação econômica e social. Assim, o envelhecimento saudável é entendido como a interação entre saúde física e mental, independência nas atividades de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Brasil (2006) aponta o franco aumento da população acima de 60 anos, na sociedade brasileira. Associando-se a esse fenômeno, os rápidos avanços da medicina e da tecnologia favorecem para que as pessoas envelheçam de forma mais saudável e com melhor qualidade de vida, inclusive prolongando sua atividade sexual.

Na década de 80, o debate internacional sobre a terceira idade deu origem ao Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. No Brasil, o panorama histórico era definido por um processo de redemocratização do país e a Constituição de 1988 incorporou o papel do Estado na proteção ao idoso. No entanto, para Camarano e Pasinato (2004) a família continuava assumindo a responsabilidade pelo cuidado à pessoa idosa.

Em paralelo à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. Promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, a Política Nacional do Idoso, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei n° 8.842/94 e Decreto n° 1.948/96). Essa Política foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas

ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de Gerontologia e Geriatria e várias entidades representativas desse segmento, a exemplo da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

O direito à saúde, no Brasil, foi assegurado pela Constituição de 1988, com acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A regulamentação do SUS direciona a implantação de um modelo de atenção à saúde que priorize a descentralização, a *universalidade*, a *equidade*, a *integralidade da atenção* e o controle social (OLIVEIRA; BERMUDEZ; CASTRO, 2007). Neste contexto, deve inserir-se a atenção à saúde de populações específicas, como os idosos, pelas vulnerabilidades que vêm se desvelando com o envelhecimento populacional.

Por ser um fenômeno global, o envelhecimento exige ações e programas em nível local, regional, nacional e internacional. Conhecer os aspectos que envolvem o processo de envelhecimento tem se tornado de grande relevância para implementação das Políticas Públicas para os Idosos, no que se refere aos programas e ações.

Neste sentido, a operacionalização de políticas públicas para a pessoa idosa no contexto do SUS deve compreender um processo sistematizado e contínuo de seguimento e avaliação para a observação dos resultados e seu impacto na saúde dos idosos, possibilitando o desenvolvimento de adequações necessárias. Logo, é indispensável a definição de metodologia, critérios, parâmetros e indicadores específicos, com vistas a se evidenciar a repercussão das medidas adotadas, inclusive por outros órgãos, que resultaram da ação articulada e estabelecida nesta política, bem como a observância dos compromissos internacionais assumidos pelo país em relação à atenção aos idosos.

2.1.1 Programa Nacional de Atenção ao Idoso

A intensificação dos estudos sobre o envelhecimento auxilia na avaliação dos contextos, nos quais esse processo se dá, na perspectiva de solidificar políticas públicas coletivas e individuais para essa demanda demográfica crescente.

Acredita-se que as práticas de saúde ainda valorizam, em maior escala, os aspectos biológicos e negligenciam aspectos psicossociais e culturais que acompanham o processo de envelhecimento. Neste sentido, Santos (1996, p.81) refere que:

[...] a idade do sujeito é vista como o ponto crucial que determina todas as mudanças individuais, sem que se questionem as relações sociais que produzem esse fenômeno. Não se pode negar a influência da idade e suas conseqüências físicas sobre o comportamento, porém não se pode subestimar a importância dos aspectos sociais e das características da personalidade. [...]

O Estatuto do Idoso, pela Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, institucionaliza, no Brasil, uma política de valorização social da pessoa idosa, em que considera idosos, pessoas com idade a partir de 60 anos. Este estatuto estabelece a defesa dos direitos das pessoas idosas (BRASIL, 2003).

Com o objetivo de ampliar a qualidade de vida da pessoa idosa, a Política Nacional do Idoso (PNI) foi instituída através da Lei nº 8.842, de 04 de novembro de 1994, e regulamentada através do Decreto nº 1948, de 03 de julho de 1996, com o objetivo de atender esse segmento etário da população. Essa política representou um avanço diante das vulnerabilidades que permeiam os idosos no Brasil. A PNI tinha como princípio que “o idoso é um sujeito de direitos e deve ser atendido de maneira diferenciada em cada uma de suas necessidades: físicas, sociais, econômicas e políticas”. Em 1994, também foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI).

As principais diretrizes que compreendem a PNI, segundo Camarano e Pasinato (2004), são a adoção de medidas preventivas, com ênfase no atendimento multidisciplinar especializado e a assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa com foco na manutenção da capacidade funcional.

A Lei 8.142 rege por determinados princípios, tais como: assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, onde a família, a sociedade e o Estado são os

responsáveis por garantir sua participação na comunidade, defender sua dignidade, bem-estar e direito à vida.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde e à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos, com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem desempenhando suas atividades de maneira independente (BRASIL, 2003). Sua implementação compreende a definição e/ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, direta ou indiretamente relacionados com o seu objeto.

2.2 AIDS E SEXUALIDADE

O envelhecimento populacional é um desafiante evento mundial. O alcance da idade avançada não se constitui mais um privilégio de poucas pessoas. Essa transição demográfica na população brasileira pode ocasionar demandas sociais e econômicas capazes de gerar sérios problemas, caso políticas públicas não sejam bem implantadas/implementadas, estruturadas com envolvimento intersetoriais. Esse fenômeno deve-se a diversos fatores destacando-se, entre eles, a diminuição da mortalidade impulsionada pela melhoria nas condições de vida, da evolução da ciência e tecnologia da saúde e do desenvolvimento social.

O controle das taxas de fecundidade teve como consequência um decréscimo da taxa de natalidade. Para Nasri (2008) essas transformações ocorreram de forma desigual aos países europeus, cujo desenvolvimento social e melhor distribuição de renda possibilitaram uma estrutura favorável à melhoria da qualidade de vida, propiciando a longevidade. Já no Brasil, o envelhecimento populacional se deu atrelado ao processo de urbanização, sem, contudo alterar a distribuição de renda.

A diversidade de temáticas que envolvem a terceira idade tem sido alvo de olhares por pesquisadores das diversas áreas do saber. No âmbito da saúde, a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa auxilia no direcionamento de medidas coletivas e individuais, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema

Único de Saúde, e inclui questões relacionadas à prevenção e ao controle do HIV/Aids.

Com o advento da aids, em 1982, quando se classificou a nova síndrome (BRASIL, 2010), a epidemia da aids foi assinalada por um centro de estudos nos EUA, no ano de 1981. Em 1986 foi descoberto o HIV tipo 2, que, assim como o primeiro, também é capaz de transmitir a infecção. Desde o ano de 1980 até o ano de 2006 já haviam morrido 192 mil pessoas em todo o Brasil. No decorrer dos anos aconteceram grandes mudanças no perfil das pessoas infectadas pelo vírus, no que diz respeito a sua heterossexualização, feminilização e envelhecimento.

No Brasil, o primeiro caso de aids foi identificado em 1980 e até junho de 2009 foram notificados 544.846 casos da doença, o que demonstra a magnitude da infecção pelo HIV. Estima-se que 630 mil pessoas entre 15 a 49 anos vivam com o HIV. A taxa de 0,6 de prevalência no país mantém-se estável desde 2004. Conforme dados do Brasil (2010), “do total de casos identificados em homens, 78% estão na faixa etária de 25 a 49 anos e esse percentual em mulheres é de 71%”.

Vale salientar que as taxas de incidência na década de 90 foram crescentes, chegando a alcançar, em 1998, cerca de 19 casos de aids por 100 mil habitantes. Nesse período, cerca de 80% dos casos concentravam-se nas regiões Sul e Sudeste, mais atingidas desde o início da epidemia e cujo processo de estabilização, ainda que lento, ocorre desde 2004, tendo taxas de incidência, de 2000 a 2008, de 18,2 por 100.000 habitantes seguidas, mais recentemente, pela região Centro-Oeste. Para as demais regiões, Norte e Nordeste mantêm-se a tendência de crescimento nas taxas de incidência (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, do total de casos notificados no Brasil até junho de 2008, destaca-se que o sexo masculino compõe 333.485 dos casos e o feminino soma 172.995. A razão de sexo (homem/mulher) ao longo da história vem diminuindo, sendo que em 1986 era de 15,1:1 e em 2006 de 1,5:1, o que reflete o avanço no segmento feminino da população (BRASIL, 2010).

A Síndrome da Imunodeficiência Humana é uma doença clínica avançada da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. Este vírus leva a imunodeficiência progressiva, através do seu tropismo por linfócitos T, principalmente da imunidade celular e uma desregulação imunitária. A deficiência imunitária provocada pelo HIV resulta no desenvolvimento de infecções oportunistas, neoplasias, trombocitopenia, caquexia, dentre outras manifestações (VERONESE; FOCACCIA, 2004).

O HIV tipos 1 e 2 integram a família Retroviridae, na subfamília dos *Lentiviridae* e sua replicação é condicionada ao DNA humano de dupla hélice intermediário (provírus), integrando-se, assim, ao genoma da célula do hospedeiro. A transcriptase reversa executa a função de transcrição do RNA viral em DNA para assim ocorrer a integração com o genoma humano. O HIV se manifesta por infecções persistentes a despeito da resposta imune do hospedeiro (VERONESE; FOCACCIA, 2004).

Os referidos autores afirmam que a transmissão do HIV se dá pela exposição sexual a secreções com vírus ou células infectadas; exposição sanguínea através do contato parenteral a sangue ou hemoderivados, bem como tecidos contaminados e a perinatal. Ao verificar a epidemiologia constatou-se que a via sexual é a principal forma de transmissão do HIV, por isto, pesquisas nesta área podem revelar alternativas propositivas para a redução do avanço da aids.

A velocidade de devolução da infecção, passando da fase aguda, viremia, para a crônica, que é sintomática, depende da capacidade e competência do sistema imunológico, na tentativa de erradicação ou manutenção da lenta replicação viral. Desta forma, o sistema imunológico participa ativamente no controle e/ou erradicação do HIV, nos meios intra e extracelular, no sangue periférico ou nos tecidos (VERONESE; FOCACCIA, 2004).

No que se refere à pessoa idosa, a fragilidade imunológica após os 60 anos possibilita confundir algumas patologias, que são comuns a esta faixa etária e aos quadros clínicos de infecção pelo HIV, com o adoecimento pela aids, fato este que dificulta o diagnóstico. A doença é, por muitas vezes negligenciada, assim como é relegada a sexualidade e vida sexual nesta faixa etária, pelos profissionais de saúde e os próprios idosos.

O avanço quantitativo das doenças crônicas e das associações de patologias onera os serviços de saúde, exigindo assim, adequabilidade, formação profissional e maior complexidade dos recursos econômicos. Desta forma, é real o uso contínuo de medicações para o tratamento das doenças crônicas, internações mais frequentes e por tempo mais prolongado. O aumento das incapacidades e a maior procura pelos serviços de saúde são características dessa transição demográfica.

Veras (2009) afirma que, a cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, em que a maior parte tem doenças crônicas e alguns tipo de limitações funcionais. Dentre essas doenças, tem-se o panorama demográfico e

epidemiológico da aids, com o crescimento na população idosa, assim como as demais doenças sexualmente transmissíveis. A aids chama a atenção por seu caráter crônico, pelo uso de medicações contínuas e de alto custo, pela periodicidade de exames específicos e de rotina, reduzindo recursos que poderiam ser destinados à prevenção.

Entretanto, a subnotificação é algo que permanece no Brasil, quando comparados aos bancos de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), sendo as taxas de subnotificação em torno de 26% no Norte, 21% no Nordeste, 13% no Sudeste, 16% no Sul e 15% na região Centro-oeste.

O Censo 2010 apurou, ainda, a existência de 23.760 brasileiros com mais de 100 anos. A Bahia é a unidade da federação a contar com mais brasileiros centenários (3.525), seguida de São Paulo (3.146) e Minas Gerais (2.597) (IBGE, 2010). Estes dados apontam para o fato de que a longevidade não é restrita a poucos, na atualidade e que pensar na qualidade de vida dessas pessoas inclui também a vivência saudável da sexualidade.

Muito embora, com o avanço tecnológico e das práticas de saúde, os idosos vivenciam tempos não experienciados anteriormente, sobretudo no caso da infecção pelo HIV. A associação entre o HIV e as multipatologias que se ampliam com o avanço da idade contribui para a aceleração das manifestações da imunodepressão, acrescentando-se, a esse quadro, os efeitos das demais patologias.

A pandemia de aids atravessa a terceira década com importantes mudanças no perfil epidemiológico, atingindo novos segmentos populacionais.

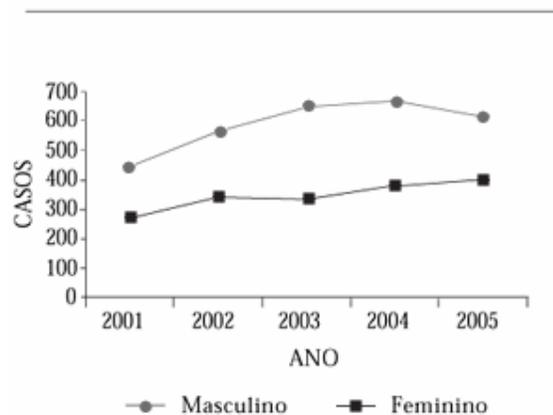
[...] o HIV/Aids atingiu todos os continentes sendo disseminado em proporções geométricas, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política, deixando de ser doença de grupos de risco, para ser associada a comportamento de risco, o que torna toda pessoa potencialmente vulnerável à sua aquisição, levando a adotar medidas preventivas para poder diminuir a disseminação do vírus [...] (TEIXEIRA, 2009, p. 48).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, nos últimos 50 anos não houve epidemia mais grave que a aids, pois a doença determinou o surgimento, em diferentes países e regiões do mundo, de várias e diferentes epidemias de aids, o que lhe conferiu o *status* de pandemia (ONU, 2009).

Estimativas demonstram que aproximadamente 33 milhões de pessoas sejam portadores do vírus da imunodeficiência (HIV) e que cerca de 7.400 pessoas são infectadas diariamente pelo HIV, no mundo. Aproximadamente 45% dos infectados têm entre 15 e 24 anos. A África Subsaariana é a área mais afetada, com aproximadamente dois terços da população mundial, correspondendo a 22,5 milhões de pessoas com HIV e, deste número, três quartos são do sexo feminino (ONU, 2009).

Cavalcante (2004) afirma que, assim como a feminização ocorre na epidemia de aids, as idosas superam em número os homens quando se analisa a população geral, possibilitando a compreensão desse fenômeno epidemiológico.

Esta informação pode ser constatada pelos dados epidemiológicos que demonstram o expressivo avanço na população idosa sendo, até junho de 2006, 9.918 casos; destes, 6.728 em homens e 3.190 em mulheres:



Fonte: adaptado de Brasil⁵.

Figura 1. Número de casos de aids no Brasil em indivíduos a partir de 60 anos entre 2001 e 2005.

Um estudo desenvolvido por Butin (2002) demonstrou que os idosos recorrem a formas de contágio socialmente aceitas, como a transfusão sanguínea, quando questionados sobre a forma de contaminação. O medo da rejeição social fora o motivo de tais respostas, tendo em vista as construções sociais em torno dos idosos, sua sexualidade e da própria aids, estando implícitos comportamentos sexuais vulneráveis.

Segundo Brasil (2008), o primeiro caso de aids em pessoas com 50 anos ou mais de idade foi notificado em 1982, sendo que deste período até junho de 2008 somam-se 47.437 casos, o que representa um percentual de 9% do total de casos.

Nos últimos anos, o avanço da epidemia de aids em pessoas idosas emerge como um grave problema de saúde pública, sendo observada sob dois aspectos: aumento do número de infecção por HIV entre pessoas com 60 anos ou mais e envelhecimento das pessoas que vivem com HIV/Aids. A forma de infecção do HIV predominante é a relação sexual. Conforme Brasil (2007) a incidência de aids no segmento da terceira idade é de aproximadamente 2,1%.

Eventos importantes do ponto de vista epidemiológico entrelaçam o avançar da epidemia de aids e a vida de idosos. Em relação à distribuição do número de casos de aids, por sexo, em pessoas com 50 anos ou mais de idade registram-se 15.966 casos em mulheres, correspondendo a 34% e 31.469 em homens (66%). (BRASIL, 2007).

A proporção homem/mulher nesta faixa etária mostra tendência a decréscimo sendo, em 1986, cerca de 19 casos de homens para um em mulheres o que em 2006 verificou-se 16 casos em homens para 10 em mulheres. Esse dado pode representar o fenômeno de feminização da aids também entre os indivíduos com 50 anos ou mais de idade, ou seja, aumento do número de mulheres infectadas em detrimento aos homens. No que se refere à categoria de exposição, as notificações demonstram aumento na transmissão heterossexual masculina e diminuição na subcategoria homossexual/bissexual. Em mulheres a categoria de transmissão predominante é heterossexual (BRASIL, 2008).

Embora a população idosa que vive com HIV/Aids não represente o grupo mais atingido pela epidemia, observa-se aumento expressivo do número de idosos acometidos. Desta forma, surgem grandes desafios para o Brasil, com a inserção de uma doença que toma características de cronificação ao longo dos anos, ampliando o rol das doenças crônicas.

As ações de prevenção à infecção pelo HIV, direcionadas à população idosa, perpassam pela avaliação das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas nas quais os sujeitos estão inseridos. Com vistas à atenção integral à saúde da pessoa idosa, essa avaliação permite que o profissional de saúde conduza a oferta de aconselhamento, testagem e orientações sobre prevenção, na tentativa de incorporá-las à vida cotidiana desse grupo (BRASIL, 2007).

Para tanto, faz-se necessário levar em consideração a importância do diálogo, da escuta ativa e do ambiente favorável à interação do profissional de saúde e usuário e a pessoa idosa, de maneira que favoreça a percepção de risco e vulnerabilidades às quais está exposto.

Diante da realidade acerca do avanço da epidemia de aids entre a população idosa, cabe repensar acerca da sexualidade, das práticas e conceitos no exercício da mesma. No plano simbólico, é importante se conhecer os novos significados e comportamentos que circulam sobre a aids e a construção de novas representações.

Para Zornitta (2008) a sexualidade, historicamente negada e ignorada da pessoa idosa, desvela-se com o emergente perfil da epidemia da doença, expondo a vulnerabilidade deste segmento populacional às DST. A aids em pessoas idosas remete a uma reflexão diferenciada, que envolve formas de pensar a sexualidade em que se considerem as representações sociais sobre a própria doença como um diferencial importante no contexto sócio-histórico, retratado pelo exercício da sexualidade na referida população.

“A sexualidade é o comportamento sexo-erótico do ser humano, regido por variáveis socioculturais e psicológicas” (BRASIL, 1998, p. 7). No que se refere à variável sociocultural, a sexualidade exprime os valores e os costumes de uma sociedade específica, em um dado momento de sua existência. No que tangencia o fator psicológico, exprime as vivências particulares que determinam a singularidade do comportamento sexual individual, enquanto o aspecto biológico está voltado para a preservação da espécie.

Nas sociedades ocidentais costuma-se confundir relação sexual com sexualidade. Nesse contexto, Ribeiro (1996, p. 124) esclarece que relação sexual é um componente da sexualidade e não se restringe a relação pênis-vagina, mas também a troca de cheiros, sons, olhares, toques e carícias, dentre outros. Sexualidade também é comumente confundida com sexo. Sobre esse assunto a conceituação de sexo por Brasil (1998, p. 7) refere-se ao “conjunto de características biológicas, anatômicas e fisiológicas, genitais e extragenitais que diferenciam machos e fêmeas”.

A expressão da sexualidade depende dos aspectos culturais que são incorporados pela vivência, ao longo do tempo, de valores, tabus, mitos, preconceitos, questões de gênero e estereótipos socialmente construídos. Estes aspectos, apesar de fazerem parte do discurso cotidiano dos profissionais de saúde,

dependem de estratégias comunicacionais efetivas, que se aproximem do entendimento de determinado segmento populacional sobre o assunto.

A concepção de que, desde a origem, a infecção pelo HIV vem sendo associada a práticas sexuais externas às regras sociais e, portanto, a uma “sexualidade anormal”, compondo para Souto et al. (2009) um conjunto de condutas ameaçadoras ao bem-estar social, coloca a pessoa que vive com HIV/Aids como alvo de preconceito e estigma.

A sexualidade na terceira idade é vista a partir de algumas barreiras conforme aponta Brasil (2007, p. 116):

[...] o exercício da sexualidade das pessoas idosas é algo absolutamente normal. No entanto, o desconhecimento, o preconceito e a discriminação fazem com que o comportamento sexual dessas pessoas seja visto como inadequado, imoral, e até mesmo anormal; até pelos próprios idosos [...].

Quanto à prática assistencial de atenção à sexualidade da pessoa idosa, Brasil (2007) orienta que deve fazer parte da avaliação sistemática, dessa parcela da população, a investigação de DST/Aids. Para Brasil (2007, p. 35), outro aspecto vislumbrado, neste campo de atuação, é o conjunto das alterações fisiológicas que podem ampliar a vulnerabilidade biológica das mulheres idosas para aquisição das DST/Aids, devendo-se ao fato de que

[...] as mulheres após a menopausa, principalmente, após os 60 anos, normalmente apresentam algum desconforto nas relações sexuais com penetração vaginal, devido às condições de hipoestrogenismo e, conseqüentemente, hipotrofia dos tecidos genitais.

Sousa (2008) afirma que, até recentemente, acreditava-se que o declínio da função sexual ocorria por volta dos 50 anos, paralelamente à menopausa e à instalação progressiva da disfunção erétil, perdendo o objetivo de procriação, caracterizava uma justificativa para a construção social da falta de prática sexual na terceira idade.

Neste contexto, a abordagem da sexualidade na terceira idade é, por vezes, cercada de preconceitos e constrangimentos, como se o direito da vivência plena da sexualidade não abrangesse as pessoas após 50 anos. As construções socioculturais que geraram os estereótipos internalizados sobre a sexualidade das pessoas idosas, na contemporaneidade, marcam profundamente e conduzem a

absorções, mesmo inconscientes de repressão de sentimentos na vivência da sexualidade.

Para Vasconcellos et al. (2004) cinco fatores básicos facilitam a compreensão da problemática que circunda a sexualidade na maturidade: a saúde física, preconceitos sociais, auto-estima, conhecimentos sobre a sexualidade e status conjugal. Desta maneira, à saúde física, o autor atribui que a doença pode afetar o interesse para sexualidade em qualquer idade, desvinculando a deterioração do “equipamento sexual” com o envelhecimento, conforme Master e Johnson (1970).

Os preconceitos sociais relacionados à sexualidade na terceira idade são assinalados pela psicogerontologia como uma experiência subjetiva do envelhecimento, que sofre influencia da ideologia cultural. Sobre este aspecto, Vasconcellos et al. (2004) descrevem que as crenças que circundam o imaginário social de incompetência e impotência sexual dos idosos, constroem estereótipos, que, de alguma forma, intimidam a pessoa idosa na preservação de sua identidade pessoal e de papéis e funções relacionadas à sexualidade, diante das exigências adaptativas oriundas do processo de envelhecimento. Para Soares, Matioli e Veiga (2006), a projeção social do mito de que a relação sexual é restrita a jovens, considerados fisicamente atraentes e com boa saúde marginaliza essa prática, pelos idosos.

Vale ressaltar que na sociedade contemporânea há uma tendência (VASCONCELLOS et al. 2004) de depreciar a sexualidade da pessoa idosa, relegando sua aptidão e atração sexual, por meio das mudanças nos valores culturais orientados para a juventude. MacNab (1994) complementa que, devido à interiorização de determinados valores culturais, a pessoa idosa pode, mesmo que inconscientemente, reprimir a sexualidade ou fazê-lo, tendo sido compelido. Tal atitude perante a sexualidade pode conduzir a conflitos que atacam a auto-estima.

Vasconcellos (2004) acrescenta que com a auto-estima baixa, os idosos ficam receosos de se frustrarem caso não consigam a ereção, inclusive evitando relações. Tal assunto é pouco retratado ou não insinuado nos programas de saúde que acolhem o idoso, e os estereótipos internalizados perpetuam situações de constrangimento no exercício da sexualidade da pessoa idosa. Além disso, o desconhecimento sobre sexualidade na terceira idade pode comprometer a prática sexual da maioria dos idosos.

As transformações da atividade sexual na terceira idade não podem ser compreendidas do ponto de vista unicamente fisiológico, tendo em vista a multiplicidade de fatores psicossociais que influenciam esta atividade (BARBERO, 2009). Essa autora complementa que o envelhecimento sexual começa aos 30-35 anos, segundo um processo lento que varia de indivíduo para indivíduo.

No entanto, o crescente número de idosos com HIV/Aids revela um outro panorama relacionado ao exercício da sexualidade que envolve fatores externos, como o uso de medicações para disfunção erétil. A utilização indiscriminada desses medicamentos, sem orientação quanto aos mecanismos de prevenção das DST podem ter associação com essa epidemia, quando tratamos de uma parcela da população que não teve o hábito de lidar com métodos de prevenção em décadas passadas (SOUSA, 2008).

Na cultura ocidental observamos a idéia de que disfunção erétil faz parte do processo natural de envelhecimento, porém pesquisas voltadas para a sexualidade na década de 1950 deram novas respostas sobre sexualidade aos profissionais de saúde, subsidiando as práticas assistenciais desses profissionais e a melhoria do desempenho sexual da pessoa idosa e com disfunção erétil. Desta forma, as últimas décadas foram marcadas por evoluções, inclusive no campo do tratamento, sendo a década de 1970 a época das próteses penianas, seguida pelos anos 80, caracterizados pelo crescimento no uso de medicações injetáveis intravenosas para disfunção erétil e 1990 que foi a década marcada pelo desenvolvimento de pesquisas de medicamentos orais, melhorando a performance sexual na terceira idade (BERG, 2000).

Desta forma, a vida sexual na terceira idade fora impulsionada pela introdução e comercialização em larga escala de tais medicamentos. Contudo, apesar dessa evolução no campo da saúde sexual, refletimos que a mídia circundante de tais medicamentos não os associa a insumos de prevenção contra as DST, potencializando o risco para a aquisição/transmissão neste grupo etário. Tal aumento de exposição da pessoa idosa a essas patologias deve-se, também, ao fato de ampliação das redes sociais e sexuais nesta faixa etária, tendo em vista o crescimento da população idosa.

Apesar do uso crescente dos estimulantes da função erétil pela população idosa, são raros os estudos sobre o impacto dessas drogas no aumento da vulnerabilidade para a aquisição das DST, dependendo também do status conjugal

que na análise de Vasconcellos (2004), está ligado às oportunidades de exercer regularmente as relações sexuais, fato este, influenciado por fatores demográficos, tendo em vista que a população de mulheres acima de 60 anos é maior que a de homens. E este fenômeno se agrava na medida em que a idade avança, contudo não significa perda do interesse sexual.

No que tange ao exercício da sexualidade na terceira idade, são inúmeros os investimentos na melhoria da qualidade e prolongamento da vida sexual neste segmento populacional. O trecho seguinte demonstra avanços nesta área:

[...] atualmente, são muitos os fatores que estimulam o prolongamento da atividade sexual desse grupo populacional: maior expectativa de vida saudável, incremento da vida social e, conseqüentemente, da vida sexual, em decorrência de novas drogas para a disfunção erétil, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas estéticas, os exames preventivos de câncer de próstata, fazendo com que os homens e mulheres freqüentem mais os serviços de saúde. A crescente difusão da prática de exercícios físicos (musculação, hidroginástica, yoga, etc.), turismo direcionado para esse segmento, dentre outros recursos, vem permitindo que os homens e as mulheres idosos prolonguem ainda mais o exercício de sua sexualidade [...] (BRASIL, 2007, p. 117).

A sexualidade da pessoa idosa, na sociedade ocidental, é de difícil reconhecimento e perpassa por valores arraigados, construídos socioculturalmente, reforçando o mito de que a velhice é assexuada e que a expressão da sexualidade com naturalidade por esse segmento populacional é considerada, por muitos, um desvio (RIBEIRO, 1996).

Culturalmente, a construção estereotipada da sexualidade na terceira idade pode constituir um fator determinante de agravos à saúde dos mesmos, impedindo inclusive o pleno exercício da sua sexualidade, principalmente quando esta se encontra vinculada às DST/Aids. Sobre este assunto, Fernandez, Gir e Hayashida (2005, p. 134) reforçam a desmistificação da sexualidade, conceituando-a como integrante da nossa personalidade que se reconstrói, "inata ao ser humano, porém reelaborada ao longo da vida, mediante influências dos aspectos social, psicológico e religioso, dentre outros".

A avaliação das questões voltadas para a sexualidade, em qualquer fase da vida, deve integrar a prática profissional no âmbito da saúde. Esta prática, tanto proporciona a identificação de disfunções e alterações sexuais que possam ocorrer com o avanço da idade, como desempenha importante papel na prevenção e detecção precoce de DST/Aids. Sobre esse assunto, Brasil (2007) comenta que

muitas dessas alterações sexuais, na terceira idade, podem ser indicativas de problemas psicológicos e/ou fisiológicos e que, por meio da educação e orientação em saúde, muitas destas podem ser resolvidas.

Segundo Ribeiro (1996), a sexualidade é influenciada por fatores moduladores, sendo eles hormonais, emocionais, sociais e culturais que, em conjunto, determinam a maneira como vivemos nossa sexualidade, ou expressamos nossa maneira de ser. Tal afirmação leva a refletir sobre as diferentes formas de ser e agir, ligadas à sexualidade dos idosos, que são influenciadas desde a infância e perpassam pelo ambiente e oportunidades que possibilitam, ou não, a vivência plena da sexualidade.

Para Souto et al. (2009), a sexualidade é um fenômeno que envolve aspectos de grande significado existencial e, dependendo de como ela é percebida por cada pessoa, constituindo-se em um elemento intrinsecamente determinante das relações sociais. Para este estudioso, o comprometimento da sexualidade limita, entre outras coisas, a condição da pessoa superar a representação do estigma, contida na infecção pelo HIV. Gonçalves e Merighi (2009) corroboram com Souto et al. (2009) quando afirmam que a sexualidade é conceituada como um conjunto de valores e práticas corporais culturalmente legitimadas na história da humanidade, que abrange a subjetividade das pessoas e suas relações com seus pares e com o mundo.

O controle da aids perpassa por questões imbricadas na subjetividade dos sujeitos e ressalta-se que, em cerca de 80% dos casos, a forma de contágio fora relação sexual, remetendo a uma reflexão sobre a importância do conhecimento acerca das representações sociais que circundam tal problemática. Sendo assim, a infecção pelo HIV trouxe a necessidade de desvelar dimensões mais íntimas como falar sobre sexualidade, relação sexual e, neste contexto, as diversas formas de prazer.

[...] Isso porque a cadeia de transmissão dessa doença é principalmente através do ato sexual e, para “falar de sexo”, e isto em cada nível que se queira abordar a questão, tem-se necessariamente que levar em conta a dimensão fantasmática da sexualidade, ou seja, que o sexual é um mosaico escalonado em diferentes registros, contendo formas de prazer diversos, múltiplos e por vezes inconciliáveis [...] (Ceccarelli, 2002, p. 66).

Desta forma, Oliveira, Jesus e Merighi (2008) afirmam que a sexualidade é, historicamente, construída envolvendo mitos e tabus, que merecem especial atenção, devendo ser um constante objeto de estudo por parte dos profissionais de

saúde alocados na prática, ensino e pesquisa, por transpor o tempo, podendo modificar condutas e contextos de vida, aproximar e afastar pessoas, promover a saúde ou contribuir para as vulnerabilidades que contrariam a qualidade de vida da pessoa idosa.

2.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA AIDS

Serão apresentadas, inicialmente, algumas considerações teóricas sobre a TRS, propostas por Moscovici (1978), com ênfase nas definições/conceitos, dimensões das representações sociais, processos e funções. Em seguida, será enfocada a estrutura das representações sociais, com a teoria do núcleo central proposta por Abric (1998), salientando a utilização da referida teoria no campo da saúde, em especial, no contexto da aids.

Segundo Moscovici (2001, p. 64), são as representações sociais:

[...] um conjunto de conceitos, proposições e explicações originados na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

As representações sociais são, ainda, *definidas* como formas de conhecimentos do senso comum, que são construídas e compartilhadas por um grupo social (MOSCOVICI; HEWSTONE, 1984; JODELET, 1984, 1989) em que esse conhecimento constitui uma modalidade de interpretar e de conceituar a realidade social do referido grupo, constituindo um pensamento que é enraizado de acordo com a cultura e construído ao longo das interações cotidianas.

Ainda são definidas como uma visão do mundo que permite que os indivíduos deem um sentido aos seus comportamentos, definam práticas e compreendam a sua realidade. Suas construções ocorrem mediante dinâmicas próprias da comunicação, responsáveis pelo duplo papel que ocupa na própria formação de representações, as quais tornam o estranho, familiar e o invisível, perceptível (DOISE et al., 2003).

Neste sentido, Vala e Monteiro (2002) afirma que as representações sociais não se limitam, apenas, a receberem e processarem informações, uma vez que são

construtores de significados capazes de teorizarem uma realidade social, elas dão sentido ao que pensamos, orientam e regulam o nosso comportamento.

Na construção das representações sociais, Moscovici (1978) aponta que estas ocorrem a partir de três *dimensões*: informação, imagens ou campo de representação social e atitude. A *informação* diz respeito ao conhecimento que o grupo possui sobre o objeto social; as *imagens* ou *campo de representação social* compreendem os sentidos associados ao objeto (modelo social) formado pelos conteúdos concretos e limitados, os quais são responsáveis pela organização; *atitude* compreende o posicionamento dos sujeitos frente ao objeto de representação, enquanto guia de orientação de comportamentos/conduas. Abric (2005) destaca, ainda, que as representações sociais têm dimensões sensoriais, motoras, emocionais, cognitivas e linguísticas por serem as representações construídas a partir de percepções, sensações e emoções e não, apenas, por palavras, muito embora sejam através delas que os indivíduos se expressem.

As representações sociais ocorrem mediante dois *processos*: *objetivação* e *ancoragem*, uma vez que elas possuem uma dupla face e/ou estrutura: um conceito e uma figura, em que toda figura tem um sentido e todo sentido tem uma figura (MOSCOVICI, 1978). Tanto a objetivação quanto a ancoragem funcionam como um todo, no processo de apropriação do real.

O *processo de objetivação* compreende os sentidos associados à figura (objeto de representação). Para Vala (2003), a *objetivação* consiste na identificação dos elementos que dão sentido ao objeto, a partir da seleção de um conjunto mais vasto de conceitos e das relações entre esses conceitos (reconstrução de um esquema), definidos pela figuração e pelas modalidades que assumem a naturalização do estranho (categorias naturais, descritivas, explicativas e normativas) pela construção da imagem icônica do objeto representado advindo à necessidade de ancorá-lo em um sistema de pensamento já existente – *processo de ancoragem* (ligado a um pensamento ideológico e uma construção histórica).

O *processo de ancoragem* encontra-se dialeticamente articulado ao processo de objetivação (VALA, 2004), em que o não familiar se transforma em familiar, e que envolve conceito de categorização, que gera ação. Segundo Ibáñez (1988), compreende o mecanismo que permite enfrentar as inovações, bem como os objetos que não são familiares, a partir de categorias que já conhecemos para interpretar e dar sentido a novos objetos que aparecem no campo social. A

ancoragem se organiza a partir de três aspectos: atribuição de sentido (hierarquização de valores nos grupos sociais); instrumentalização do saber (elementos da representação nas relações sociais); e o enraizamento no sistema de pensamento (crenças, idéias, conceitos) (VALA, 2004).

Abric (1998) afirma que as representações sociais são caracterizadas como fenômenos psicossociais, que têm as seguintes *funções*:

- a) Função do *saber*: permite compreender e explicar a realidade em que os sujeitos sociais adquirem conhecimentos e os integram de modo assimilável para eles, em ocorrência;
- b) Função de *orientação*: guia os comportamentos e práticas por ser prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias, definindo o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um contexto social;
- c) Função *identitária*: define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos em que se situam os sujeitos sociais e os grupos dentro do campo social e pessoal satisfatório, compatível com as normas e valores historicamente determinados;
- d) Função *justificadora*: permite a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos, permitindo aos sujeitos explicar e justificar suas condutas em uma situação ou em face de seus pares.

Vala (2002) refere-se à representação social como resultado de representações partilhadas coletivamente, resultantes de interações e fenômenos de comunicação no interior de um grupo social, refletindo a situação desse grupo, seus projetos, problemas e estratégias e suas relações com outros grupos, cuja função é oferecer programas para a comunicação e os objetos que são interrogáveis para um grupo.

Para Abric (1998), as representações sociais possuem *dois sistemas* de organização/significados: *sistema central* e o *sistema periférico*. O núcleo central possui duas funções: *função geradora*: que é o elemento pelo qual se cria, ou se transforma a significação dos outros elementos constitutivos da representação. Daí tomam um sentido, um valor; *a função organizadora* determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação e constitui-se no elemento unificador e estabilizador da representação.

O núcleo central compreende o elemento mais estável da representação, sendo o que assegura a perenidade nos contextos móveis e evolutivos. Este é

rígido, coerente, estável, consensual, define a homogeneidade do grupo e possui dimensões de organização e de significação dos elementos da representação. Enquanto que o sistema periférico é um sistema funcional, constituído por elementos periféricos. É um sistema mais sensível, flexível, fortemente determinado pelo contexto imediato e que assegura função de regulação e adaptação do sistema central, emergindo daí, representações sociais individualizadas (experiências de vida da pessoa) organizadas em torno do núcleo central (ABRIC, 1998).

Sá (1996) assevera que a mobilidade, flexibilidade e expressão individualizada das representações sociais originam-se na interface entre a realidade e o sistema central. Como complemento do núcleo central, existiria um sistema periférico, constituídos pelos elementos não centrais da representação.

A TRS tem sido muito utilizada para se investigar diferentes objetos de estudo, uma vez que permite aproximação adequada aos fenômenos relacionados com o processo saúde/doença (JODELET, 2009). Embora a saúde e a doença surjam articuladas às visões que as pessoas possuem do biológico e do social, constituem objetos metafóricos susceptíveis a diferentes significados da relação dos indivíduos com o social, que vem aumentando proporcionalmente com o avanço do crescimento do papel da ciência e da técnica biomédica (HERZLICH; PIERRET, 1991).

No campo da saúde, a referida teoria tem sido utilizada como aporte teórico importante para se compreender diferentes fenômenos, por constituir uma forma moderna de pensar a saúde (MOREIRA et al., 2003), viabilizando a leitura de fenômenos responsáveis pela promoção, prevenção e tratamento, especialmente no processo saúde-doença. Para os referidos autores, as representações sociais permitem construir modelos explicativos frente a objetos conflituosos, capazes de evidenciar diferentes estratégias de enfrentamento, utilizadas por doentes e profissionais de saúde no referido processo.

Como salienta Jodelet (2001), é importante uma maior adesão à teoria das representações sociais nas pesquisas relacionadas com problemas de saúde, como uma maneira de se conhecer comportamentos e crenças nessa área.

Jodelet (1998) considera importante explorar as representações sociais relacionadas à doença e ao corpo, valorizando a percepção do senso comum, tendo em vista a pluralidade e diversidade resultantes da construção social e simbólica do homem, enquanto sujeito. Sendo assim, as representações sociais trazem à luz o

verdadeiro significado que o sujeito atribui ao objeto, por meio da interação e experiência cotidiana com o mesmo em seu meio social.

Nesta perspectiva, a vivência da pessoa idosa com a aids é, em parte, estruturada no contexto social que atribui características ao longo da vida, com as experiências do cotidiano e o impacto gerado por seus contatos ou vínculos estabelecidos com o objeto.

A aids, como grave problema de saúde pública presente no mundo contemporâneo, impõe um olhar, não apenas do ponto de vista biológico, mas também à subjetividade existente no processo saúde-doença.

Neste sentido, considera-se que o estudo das RS contribui concretamente para identificar as idéias que emergem do senso comum e que se configuram nas ações e interações da vida cotidiana dos idosos com aids, ou não, em seu meio social, quando em contato com a referida doença.

Vale ressaltar que as condições sociais nas quais se inserem os idosos que vivem com HIV/Aids determinam as representações sociais de um grupo com características próprias e que vem, ao longo das últimas décadas, vivenciando o novo contexto social de rápidas e intensas transformações e descobertas científicas. Tal discussão remete à reflexão sobre como a pessoa idosa assimila o conceito de sexo protegido, ou seja, o uso do preservativo como forma de proteção contra as DST/Aids sem, contudo, em épocas passadas ter vivenciado esse contexto que envolve a preservação da saúde sexual.

Desta forma, a Teoria das Representações Sociais compreende uma forma de apreensão de sentidos que o idoso atribui frente à aids e as práticas preventivas que este aciona, sempre que experimenta situações de confronto com a doença. Essa apreensão, segundo Madeira (1998), não se dá de forma automática nem mecânica, mas se embasa no sentido que o sujeito, no caso o idoso, atribui à experiência com a aids (objeto), no espaço das vivências e interações ao longo do tempo.

Diante do exposto, as RS assumem relevante importância para a prática da saúde, possibilitando a apreensão de conhecimentos sobre a aids para os idosos. Tura (1998, p. 123) aponta que os sentidos construídos por grupos populacionais, diante da complexidade no campo da prevenção da aids:

[...] no caso da aids, encontra-se imbricados, a sexualidade, a necessidade de afirmação do indivíduo, o afeto, demandas e desejo, em conjugação com normas, valores, informações e outros fatores de diferentes ordens. Pode-se assim, antever, a complexidade que envolve a prevenção desta doença [...].

Assim sendo, a utilização desse aporte teórico é um referencial apropriado para investigar o fenômeno da aids em idosos – objeto de estudo em foco.

CAPÍTULO III

ENFOQUE METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, com uma abordagem quantitativa e qualitativa, centrado na expressão da subjetividade do sujeito, subsidiado na Teoria das Representações Sociais (TRS) e na Teoria do Núcleo Central (TNC). A opção pelas abordagens quantitativa e qualitativa, deve-se ao fato de possibilitar o aprofundamento da rede de significados, expectativas e valores que envolvem as representações sobre a aids por pessoas idosas, considerando um universo (grupo 1) e uma amostra (grupo 2).

3.2 CAMPOS DO ESTUDO

Os cenários do estudo foram: a) Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids do Centro de Referência em Saúde Sexual; b) Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade, ambos em Jequié – Bahia, Brasil. O município de Jequié está situado na região Sudoeste do Estado da Bahia, com uma população de 151.921 habitantes de acordo com o censo 2010, sendo que 91,79% reside na zona urbana.

a) O Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids do Centro de Referência em Saúde Sexual de Jequié é o local freqüentado pelos idosos infectados pelo HIV/Aids, residentes nos 26 municípios interligados à 13ª Diretoria Regional de Saúde, para acompanhamento da infecção, no município de Jequié. O Centro de Referência em Saúde Sexual de Jequié foi inaugurado em 2004, na sede do município que foi escolhida pelo atendimento já prestado às pessoas infectadas pelo HIV e doentes de aids. Essa unidade de saúde exercia suas atividades desde 2002 no Centro de Saúde Almerinda Lomanto, nesta cidade, até a construção da sede própria, acompanhando o diagnóstico e tratamento de Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA), residentes nos 25 municípios ligados à 13ª Dires e portadores de outras DST deste município. As atividades desenvolvidas por este Centro de Referência relacionam-se às ações nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento/acompanhamento de casos de DST e Aids.

b) A Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta com a Terceira Idade (AAGRUTI) tem sede em Jequié. Essa Associação reúne cerca de 20 Grupos de Convivência, geralmente interligados às Igrejas ou Centros Comunitários, sendo distribuídos em diferentes bairros da cidade. Esse cenário foi utilizado para os idosos não portadores que freqüentam o grupo.

Tais cenários foram escolhidos por fazerem parte de unidades que acolhem idosos que vivem e os que não vivem com HIV/Aids, pertencentes aos municípios do estado da Bahia, estado brasileiro celeiro de avanços na prevenção e controle da epidemia de aids.

3.3 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

Os sujeitos do estudo foram 30 idosos, definidos em dois grupos distribuídos da seguinte forma: **grupo 1** - 15 idosos que vivem com HIV/Aids, cadastrados no Centro de Referência em Saúde Sexual de Jequié e pelo **grupo 2** - 15 idosos, considerados não portadores, uma vez que desconhecem sua condição sorológica para HIV; a escolha dos integrantes para o grupo 2 deu-se por sorteio, pois a AAGRUTI tem cerca de 20 grupos de Convivência. Desta forma, os grupos sorteados foram: Nossa Senhora Aparecida, localizado no Salão Paroquial, no bairro Cidade Nova e o Grupo de Bem com a Vida, que tem sede no Centro Comunitário Emaús, localizado no bairro Jequiezinho. Foram considerados os idosos a partir de 60 anos de idade, de ambos os sexos, que aceitaram participar do estudo e com condições cognitivas para responderem os instrumentos.

No intuito de testar a cognição dos idosos, antes de começar a aplicar o instrumento, conversávamos sobre outros assuntos como, por exemplo: grupo de adesão ao tratamento e grupos de convivência, sobre os objetivos da pesquisa, termo de consentimento.

Faz-se necessário mencionar que a escolha do número de sujeitos do estudo ocorreu com o objetivo de comparar as representações acerca da aids entre os grupos de pertença e intra-grupo, sendo que o número de 15 idosos para cada grupo deve-se ao fato de que o grupo 1 corresponde a 100% dos idosos que vivem com HIV/Aids no município de Jequié, complementando ainda a amostra com outros

municípios circunvizinhos que possuem vínculos com esses idosos, possibilitando assim, a utilização dos *softwares* por meio da totalidade dos sujeitos pertencentes aos dois grupos.

3.3.1 Aspectos Éticos

A participação dos idosos (n=30) foi voluntária e atendeu à Resolução 196/1996 – Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (BRASIL, 1996) e às Diretrizes e Normas que regem pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). Por ocasião das entrevistas, os voluntários preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

3.4.1 Instrumentos para coleta

Foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta dos dados:

- ✓ **Teste da Associação Livre de Palavras (TALP)**, utilizando como estímulo indutor a expressão: «aids», lembra... Esse teste permite a evocação de respostas a partir de estímulos indutores, considerando-se as freqüências e a ordem média de evocação de palavras, quando utilizado na identificação do provável núcleo central. Desta forma, permite-se evidenciar grupos semânticos de palavras. De acordo com Rapaport et al. (1965), o teste de associação livre de palavras foi desenvolvido por Jung, adaptado ao campo das representações sociais por Di Giacomo (1981), que objetiva identificar as dimensões latentes dessas representações, utilizado em pesquisas com a TRS, introduzido nas pesquisas de De Rosa (1988).

- ✓ **Entrevista semi-estruturada**, composta de duas partes, com a *primeira* contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, escolaridade e religião e a *segunda* contemplando as seguintes questões:

Questões para o **grupo 1**:

Descreva a aids;

Como o(a) Sr(a) acha que é vista uma pessoa com aids?

E como o(a) Sr.(a) vê a pessoa com aids?

Como o(a) Sr(a) contraiu o vírus da aids?

Na sua opinião, como é viver com aids?

Há mudança na vida sexual com a doença?

O(A) Sr(a) considera esta doença curável? Como?

Fale sobre o tratamento;

Fale sobre sua experiência com HIV/Aids;

Na sua opinião, a aids atrapalha a vida de quem é portador? Como?

Questões para o **grupo 2**:

Descreva a aids.

Como o(a) Sr(a) acha que é vista uma pessoa com aids?

E como o(a) Sr(a) vê a pessoa com aids?

Como o(a) Sr(a) acha que se contrai o vírus da aids?

Na sua opinião como é viver com aids?

Há mudança na vida sexual com a doença?

O(a) Sr(a) considera esta doença curável? Como?

Na sua opinião, a aids atrapalha a vida de quem é portador? Como?

3.4.2 Procedimento da coleta de dados

O período de coleta foi compreendido entre os meses janeiro a abril de 2010. Vale ressaltar a dificuldade de aplicação dos instrumentos de coleta nos idosos portadores de aids, pela ocorrência de dois óbitos, desde a elaboração do projeto até a aplicação do mesmo.

A execução das entrevistas com os idosos não portadores, integrantes dos grupos da terceira idade vinculados à Associação de Amigos, Grupos de Convivência e da Universidade Aberta com a Terceira Idade (AAGRUTI), foram realizadas por ocasião das atividades executadas pelos idosos, conforme seleção já descrita.

Após a leitura e discussão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os idosos verbalizavam o medo de não saber responder as questões do roteiro da entrevista e muitos deles externaram suas dificuldades nesta etapa.

Antes de iniciar a entrevista, foi enfatizada pela pesquisadora a garantia do anonimato e a relevância do estudo para a população idosa, mantendo um diálogo positivo importante para condução da pesquisa.

Esta modalidade de entrevista aberta permitiu ao entrevistado abordar livremente o tema proposto, possibilitando a percepção do individual e do social, de acordo com o grupo de pertença. As entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos, com uso do gravador, após anuência dos entrevistados, possibilitando a fidedignidade na transcrição das informações.

3.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

As informações obtidas das 30 *entrevistas* correspondem ao *corpus* que, após constituição do banco de dados, foi submetido ao *software* Alceste 2010, que constitui um instrumento auxiliar de análise de dados, principalmente quando se trata de analisar grande quantidade de material textual, proveniente de entrevistas, questionários e de diferentes documentos escritos.

O Alceste faz análise da classificação hierárquica descendente, além de permitir análise lexicográfica do material textual e oferece contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário. O programa toma como base um único arquivo (txt) ou unidades de contexto iniciais (UCIs), que serão definidas pelo pesquisador e pela natureza da pesquisa. O processo de análise segue as seguintes etapas: identificação das palavras e suas formas reduzidas (raízes) e a constituição de um dicionário: segmentação do material discursivo em Unidades de Contexto

Elementares (UCE's); delimitação de classes semânticas, seguida de sua descrição através da quantificação das formas reduzidas e função das UCE's, bem como, das ligações estabelecidas entre elas; análise da associação e correlação das variáveis informadas às classes obtidas; a análise das ligações estabelecidas entre as palavras típicas em função das classes (dendograma) (CAMARGO, 2005).

Neste estudo, esse procedimento possibilitou a delimitação de quatro classes ou categorias lexicais semânticas, em função da ocorrência e coocorrência das palavras contidas no vocabulário e da sua contextualização dentro dos segmentos de textos articulados, nos quais foram identificados os conteúdos, de acordo com cada classe. Dessa forma, essas classes ou categorias foram apreendidas a partir da análise lexical de dois grupos de idosos, constituindo um único *corpus* organizado pelas unidades de contexto elementar (UCE's).

Os dados obtidos a partir *Técnica da Associação Livre de Palavras* foram submetidos, inicialmente, à Técnica da Análise de Conteúdo Temática (BARDIN, 2009) para constituição do dicionário, seguindo as etapas: 1) *Pré-Análise*: leitura flutuante; escolha dos documentos: constituição do *corpus* (30 testes da associação de palavras); preparação do material; escolha do tipo de análise: ACT (Análise de Conteúdo Temática); seleção das Unidades de Contexto: parágrafos; Seleção das Unidades de Registros: palavras; Recortes; Processo Categorial; 2) *Exploração do Material*: administração da técnica sobre o *corpus* (número de entrevistas analisadas); 3) *Tratamento dos Resultados e Interpretações*: dimensão estatística; síntese e seleção dos resultados (validação); inferências e interpretação.

Para a referida autora, a *análise de conteúdo* compreende um conjunto de técnicas que requer procedimentos metodológicos, utilizados especificamente para cada técnica. A análise de conteúdo tem o objetivo de compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas. Seu procedimento visa, ainda, obter a sistematização e descrição do conteúdo das mensagens que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas), interpretados quantitativamente por meio da análise das freqüências e percentuais.

O banco de dados, organizado a partir das informações obtidas do Teste de Associação Livre de Palavras, foi processado utilizando o programa EVOC (2002), desenvolvido por Vêrgès (1992), em que se considerou as respostas das evocações

classificadas em categorias, a partir dos conteúdos advindos do estímulo indutor *aids*.

As evocações produzidas pelos sujeitos foram registradas na ordem em que foram emitidas. Desta forma, como critérios para análise das evocações, segundo o referido programa, foram consideradas as palavras com maior freqüência e que ocupam os primeiros lugares, uma vez que, supostamente, teriam uma maior importância no esquema cognitivo, configurando-se como hipóteses de provável núcleo central das representações sociais (ABRIC, 2000).

Considerou-se que as palavras que obtiveram maior freqüência e mais prontamente evocadas, portanto situando-se no quadrante superior esquerdo, tem maior probabilidade de pertencer ao núcleo central da representação sobre a *aids*; aqueles elementos situados nos quadrantes superior direito e inferior esquerdo são os elementos intermediários, ou primeira e segunda periferia; e aqueles localizados no quadrante inferior direito compreendem os elementos periféricos (SÁ, 2000).

Os resultados, após processamento e análise de todos os dados, foram interpretados a partir do referencial teórico das representações sociais, apresentados no capítulo seguinte.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Este capítulo descreve os resultados apreendidos dos diferentes instrumentos utilizados e discute os dados subsidiados na TRS.

4.1 OS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os dados iniciais, apresentados a seguir, são constituídos pelas variáveis sócio-demográficas responsáveis pelo perfil dos sujeitos.

Os idosos, sujeitos do estudo, estão definidos em dois grupos. No **grupo 1**, observa-se a participação de 08 mulheres e sete homens; dos idosos entrevistados 13 tem idade entre 60 e 70 anos; 01 idoso entre 71 e 80 anos e outro, com idade superior a 81 anos; 7 encontram-se casados, 5 solteiros, 1 divorciado, 1 viúvo e 1 com relacionamento estável; 09 idosos professaram a religião católica, 05 afirmam ser protestantes e 01 diz não ter religião; 02 idosos são analfabetos; 08 possuem o ensino fundamental incompleto; 02 o ensino fundamental completo; 01 o ensino médio completo e 02 possuem o nível superior completo. No **grupo 2**, 01 idoso é homem e 14 são mulheres; destes entrevistados, 08 encontram-se na faixa etária de 60 a 70 anos; 06 estão na faixa de 71 a 80 anos e 01 com idade acima de 80 anos; 10 declararam-se viúvos, 2 encontram-se solteiros, 1 divorciado, 1 mantém relacionamento estável e 1 está casado; 15 idosos professaram a religião católica. Quanto ao grau de escolaridade, 03 idosos são analfabetos; 06 possuem o ensino fundamental incompleto; 02 o ensino fundamental completo; 01 o ensino médio incompleto, 01 possui o superior incompleto e 02 o superior completo.

4.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A AIDS, ELABORADAS POR IDOSOS

4.2.1 Análise das entrevistas

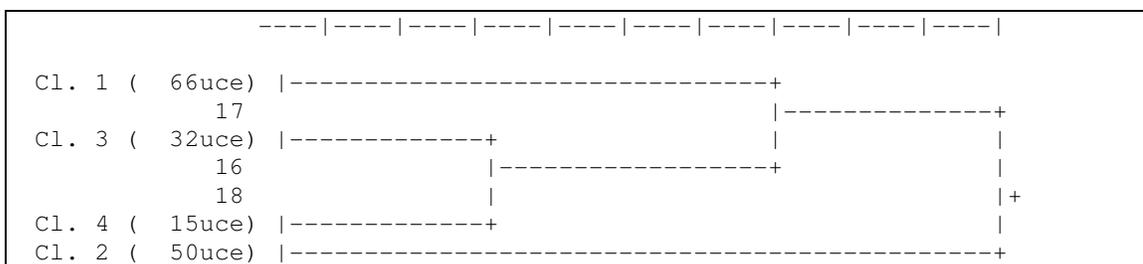
O resultado obtido das entrevistas constitui o *corpus* formado pelas trinta entrevistas, definidas como Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), que correspondeu ao conjunto textual e foram analisadas com o auxílio do programa *Alceste 2010*. A

análise de dados textuais teve por base a distribuição de vocabulários, seguindo as etapas a partir de uma classificação hierárquica descendente de palavras, realizada em etapas distintas.

Os resultados obtidos indicam que, na análise hierárquica descendente realizada, 276 UCE foram selecionadas, com 100% das UCE's utilizadas, correspondendo a 239 palavras aproveitadas, correspondendo a 94,05% do *corpus*.

Neste sentido, o programa promoveu a distribuição do conjunto dos dados textuais em quatro classes diferentes, denominadas de contextos de enunciação ou classes de segmentos (UCEs) de textos diferentes entre si, sobre as representações sociais da aids, demonstrada no Gráfico 01.

Gráfico 1. Dendograma das Classes - Classificação Descendente Hierárquica



Conforme demonstra o Gráfico 1, apresentado sob a forma de dendograma, verifica-se que no primeiro momento o *corpus* foi dividido em dois grupos que se opõem: de um lado o desmembramento inicial se deu em duas classes, das quais a classe 1 contempla a maioria das UCEs (66 unidades) e a outra classe se subdivide e origina, hierarquicamente descendentes, outras duas classes: 3 e 4, correspondendo respectivamente a 32 e 15 UCEs. A classificação descendente hierárquica inicial dá origem à classe 2 com 50 UCEs, o que corresponde a segunda classe com mais contextos elementares. Pode-se inferir, também, que de um lado tem-se as classes 1 e 3 opondo-se ao outro lado das classes 4 e 2. A distribuição das classes, com seus respectivos percentuais, são apresentados na figura 2.

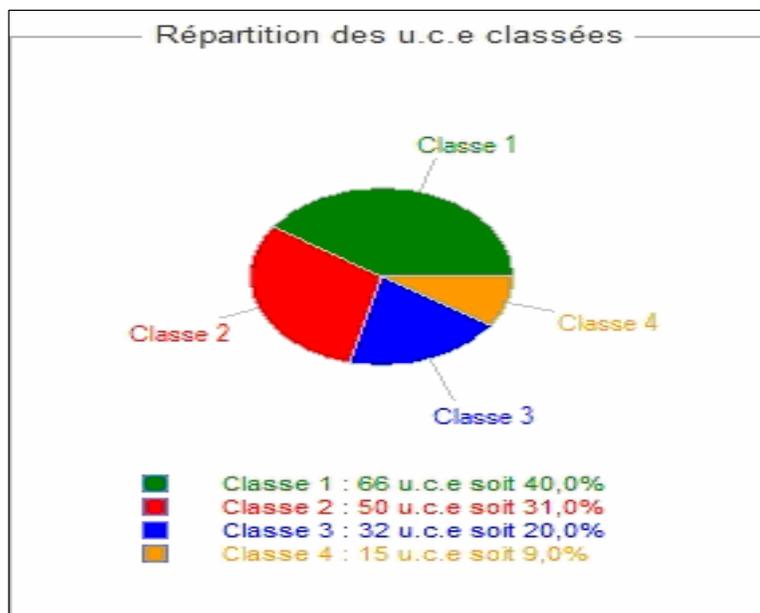


Figura 2. Distribuição das Classes Temáticas - Análise Alceste
Fonte: Logiciel Alceste, 2010, 2011.

Para Camargo (2005), as classes podem indicar conteúdos de representações sociais sobre determinado objeto, ou apenas uma representação social cujos conteúdos são relacionados. O perfil característico de cada classe é feito pelo vocabulário próprio e pelas variáveis que contribuíram para a produção das UCE's de cada classe, selecionadas a partir do valor do qui-quadrado (λ^2) e da frequência, apresentados nos resultados das representações sociais sobre a aids, evidenciando-se a dinâmica dos textos das UCE's mais característica de cada classe com suas contextualizações.

4.2.1.1 As Classes e seus conteúdos mais significativos

Em relação ao material coletado a partir das entrevistas, esses revelam resultados conforme os conteúdos contemplados nas diferentes classes.

A **classe um** tem 66 UCE's, correspondendo a 40.49 % das UCE's retidas, com 45 palavras selecionadas, segundo suas frequências ou *qui-quadrado*², apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Palavras associadas significativamente à classe 1.

Palavras	Frequência	λ^2
Atrapalha	15	15.41
Causa	05	04.75
Conhece	05	04.75
Conversa	07	07.72
Depende	05	07,58
Descobre	05	04.75
Família	08	12.36
Fica	25	13.16
Lugar	06	06.21
Pessoa	44	12.78
Portador	10	15.66
Problema	10	12.44
Sociedade	07	05.50
Vida	17	16.38
ESC_4	03	02.03
ESC_9	12	19.04
GR_2	36	02.80
ID_2	19	02.89

Esta classe agrupa o maior número de UCE's em relação ao conteúdo do *corpus* analisado e apresenta os conteúdos mais significativos sobre a aids. Verifica-se, na sua formação, que quem mais participou foi o *grupo 2* - não portadores, com o nível médio incompleto e do curso superior completo, com idade entre 71 e 80 anos.

A aids é representada pelos idosos como um *problema* que *atrapalha a vida* do *portador* e da *família*, uma vez que, ao descobrir, a *pessoa fica* excluída da *sociedade*.

Nesse sentido, Jodelet (1998, p. 20) lembra que a aids *é a primeira doença cuja história social e médica se desenvolveram conjuntamente*. Para a referida autora é importante explorar as representações sociais relacionadas à doença e ao corpo, valorizando a percepção do senso comum, tendo em vista a pluralidade e diversidade resultante da construção social e simbólica do homem enquanto sujeito.

Essas representações são evidenciadas nas falas dos idosos, ressaltando as *implicações psicossociais e físicas* da aids, apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Classe 1: Implicações Psicossociais e Físicas da Aids

[...] 17 16 *E sociedade, os parentes não atrapalham porque já sabe [...] atrapalha pela rua se souber, é rejeição, preconceito das pessoas [...] eu acho porque quanto menos as amigas da gente, do portador não souberem, melhor para a pessoa portadora que vive mais tranqüilo [...] 29 16 [...] a vida social é meio preconceituosa, é só no preconceito [...] chega no ambiente, o povo fica logo gritando [...] agora não sei porque [...] a pessoa tem isso, tem aquilo; aquele ti_ti_ti [...] a gente tem problema, fica desconfiado quando chega num lugar [...] eu mesmo sou assim [...] 30 15 chego num lugar, a pessoa olha para mim, vem pensar que eu estou com esse problema; até pela feição que a gente vê na televisão como é, como não é [...] 146 15 no trabalho não, porque se você esta num local que as pessoas não sabem de nada, ali não tem como atrapalhar [...] agora se as pessoas sabem ai a pessoa do HIV já fica cabreiro [...] 174 12 a partir daquele momento é um impacto negativo na sua vida, então esse impacto influencia na qualidade de vida daquela pessoa, apesar de que todas as complicações vindouras, como a gente sabe que tem muita infecção, muita pneumonia [...] 173 10 é ter cuidado dentro de casa, por causa de acidentes domésticos e cuidado também com as parcerias [...] de certa forma, atrapalha a vida de quem é portador sim, porque a pessoa não é uma pessoa como todas as outras da sociedade, porque o impacto, acredito que quem toma conhecimento de que esta sendo portadora do vírus HIV [...] 253 9 ai agora a noticia vai correndo [...] eu digo assim, que o povo descobre assim [...] depois que descobre fica uma pessoa discriminado, porque o povo acha que é uma pessoa que não pode esta no meio da sociedade, acha que é uma pessoa que não pode se misturar com outro [...] 19 8 é uma doença que causa a vida da gente, leva ate a morte é um preconceito para sociedade [...] a pessoa com aids ela e vista com preconceito, porque chega num lugar é visado [...] 171 8 mas ele tem que entrar num esquema especial de vida a partir do momento que ele descobre que a pessoa descobre que é portadora [...] de forma alguma [...] eu considero que, a aids em si não é uma doença, eu considero que a pessoa portadora do HIV [...] 245 8 se esta doente como é que vai botar as outras a perder [...] como é que a pessoa esta sabendo que esta doente e fica caladinha e chega vê as pessoa para ficar daquele mesmo jeito [...] 28 7 fico em casa acomodada [...] não, porque dar para fazer as coisas dentro de casa, pela rua, resolver alguma coisa a não ser quando a pessoa esta muito deprimida [...] 73 7 eu mesmo não converso para ninguém só se a pessoa souber [...] só a minha família que sabia, mas os outro por mim não sabiam [...] eu não tinha mesmo coragem de falar porque é uma coisa tão estranha [...] 148 7 pelos sintomas que a gente vê, a gente molda, porque a gente vê a diferença da pessoa [...] fica um pouco difícil, porque para se descobrir, a não ser que a pessoa fala para gente mesmo [...] 94 6 as vezes já conhecem, tem condições de passar por um meio melhor ou deixar passar aquela fase daquela pessoa, fazer com que aquela pessoa vá embora e saia do perigo [...] 111 6 para mim eu fiquei assim um pouco surpresa, mas bem, eu acostumei com o quadro, entende [...] luto até hoje, estou bem no meio das pessoas, comendo, bebendo, sorrindo, você sabe [...] 176 6 assim conta as pessoas [...] isso tudo vai atrapalhar porque a pessoa não pode ter uma vida normal [...] eu gostaria de falar é que, infelizmente, a gente sabe que entre as pessoas da terceira idade o numero de aids, de portadores de aids, do HIV esta crescendo [...] 113 5 agora em viver com as pessoas para mim é normal, converso com todo mundo [...] então não é um problema, você esta entendendo [...] moro no meio de todo mundo e vivo com minha família sem problema [...] eu acredito que sim, eu acredito que sim [...] depende muito de fazer o medicamento [...] 226 5 então eu estou querendo acabar com a vida daquela pessoa como eu já estou acabado [...] 233 5 para eles esta tudo bem. considero, porque tudo para deus é impossível [...] tudo para deus, deus quando quer cura [...] atrapalha, porque sempre ele chega numa sociedade que fica todo mundo cismado [...].*

Nesta classe, os idosos tratam das implicações *psicossociais* e *físicas* da aids tanto no grupo 1, quanto no grupo 2, onde compartilham sentimentos de que a aids

passa a ser incorporada como uma doença que pode ser controlada, podendo fazer parte da vida cotidiana, refletindo mudanças nas representações iniciais da aids, ao afirmarem que *é normal* ter aids, que *não consideram uma doença e acostumei com a doença*; embora vivam *cismados* pois quando *a gente tem problema, fica desconfiado* e procura *viver sem pensar que é doente*.

A **classe dois**, com 50 UCE's corresponde 30.67% das UCE's retidas e nela foram selecionadas 56 palavras, com suas freqüências ou *qui-quadrado*², conforme Tabela 2.

Tabela 2. Palavras associadas significativamente à classe 2.

Palavras	Freqüência	λ^2
Camisinha	04	03.79
Começo	05	05.71
Consciência	03	03.79
Coquetel	05	08.12
Cura	16	17.14
Dia	06	10.42
Doutor	06	14.08
Exame	08	19.01
Fazendo	09	17.63
Faz	08	07,89
Fiz	04	09.27
Medicamento	08	12.19
Médico	07	12.77
Remédio	11	14.14
Saúde	06	10.42
Tomo	13	24.36
Tratamento	19	23.57
ESC_1	12	12.33
GR_1	40	20.55
ID_1	40	03.10
REL_2	17	05.25
REL_4	03	02.09
SEX_1	21	12.94

Nesta classe, verificam-se conteúdos que salientam *formas de tratamento* onde se incluem os aspectos relacionados com a *prevenção* como o uso da *camisinha* e a necessidade de ter *consciência*. Nota-se que nessa classe quem mais contribuiu para sua formação foram os idosos do *grupo 1* - portadores de aids, analfabetos, que professaram a religião protestante e são homens. Para esses idosos, é necessário fazer o *tratamento*, com o uso do *medicamento* como o *coquetel*, pois há *prevenção*.

Neste entendimento, as condições sociais nas quais se inserem os idosos que vivem com HIV/Aids determinam as representações sociais de um grupo com características próprias e que vem, ao longo das últimas décadas, vivenciando o novo contexto social de rápidas e intensas transformações e descobertas científicas. Tal discussão remete a pensar sobre como a pessoa idosa assimila o conceito de sexo protegido, ou seja, o uso do preservativo como forma de proteção contra as DST/Aids sem contudo, em épocas passadas, terem vivenciado esta situação que envolve a preservação da saúde sexual.

Esses achados podem ser identificados nos conteúdos em que os idosos dos dois grupos falam de diferentes formas de tratamentos conforme, Quadro 2.

Quadro 2. Classe 2: Formas de Tratamentos

[...] 71 31 O tratamento, usar camisinha, fazer os exames [...] tem que tomar os remédios sempre para não falhar [...] minha experiência é tomar os medicamentos, ir ao medico, fazer os exames para ver como é que estar [...] 70 24 porque a doutora falou para nós que não tem cura [...] para viver mesmo e ficar são, ela disse que não fica [...] 35 22 a aids não tem cura [...] o povo fala que tem cura, mas a cura só de deus [...] tratam enquanto estar bom [...] estou fazendo o tratamento, fazendo regime e estou ai devagar, tomando remédio direito sempre [...] 123 18 então, e quando eu vim para cá, já vim consciente, sabendo que eu tinha que fazer o tratamento, tomar medicação, que eu não sou o único e que eu vi muita gente fazendo o tratamento [...] 91 12 não tem como se trata, joga o corpo no desprezo [...] então quem segura em deus vai em frente [...] tem que procurar recurso de tratamento, não é [...] tem como se evitar, mas antes de adoecer [...] depois que adoeceu quase que não adianta mais esta procurando cobertura, falando na língua minha, analfabeto, procurar camisinha para evitar a cura porque já adoeceu [...] 96 11 eu acho que eu estou em dia [...] graças deus, porque ao atravessar a rua, no carro rolante, a mulher me pegou para fazer exame, eu fiz [...] o carro rolante da saúde, ai me chamou por telefone, eu fui, quando chegou lá fui ter uma aula, quase que o medico fala esta tendo aqui [...] 104 11 eu falei não, só se afobar demais, e a paciência não dar [...] sobre o tratamento eu vou bem, porque até o momento não passaram remédio para mim tomar ainda [...] 140 11 ela pegou HIV, foi para Conquista, fez tratamento, quando ela começou a fazer os exames e tomar o coquetel [...] nos últimos exames que ela fez deu negativo [...] e ela hoje vive ai e já casou e vive bem, gorda, rosada que nem parece que teve HIV [...] já casou, ela repetiu vários exames, ela deu em testemunho na igreja, mostrou os exames para todo mundo vê que ela estava com aids no começo [...] 11 10 eu ainda tinha vontade de acabar os meus dias com um coroa [...] assim dar uma vontadezinha doutora [...] e não é só sexo, uma companhia para bater papo, contar historia e eu fazendo o meu tricozinho contando piada [...] 12 10 curável olha essa doença para ser curada só se for pela força do divino espírito santo, porque na terra não tem cura [...] há uns seis meses atrás, ou foi descoberto fazendo o exame de sangue, eu, o tratamento foi bem [...] 54 10 aids, doutora aids é só medo que a gente nunca esperava e apareceu isso [...] isso para mim é muito exagero que tem no mundo [...] isso incomodou muita gente [...] até que hoje estar melhor [...] ela nem existe remédio para ela mesmo, para curar [...] 130 10 eu acho que ainda vai aparecer a cura, porque tenho essa certeza, que deus vai abençoar que vai ter, mas por enquanto tem o coquetel [...] para você viver normalmente [...] controlar ele e saber controlar tomar os medicamentos na hora certa como é mandado, e tocar o barco para frente [...] tratamento estar ótimo porque eu tomo o coquetel [...] 88 9 eu vivo é com fé em Jesus [...] uns atrapalha, outros pensa que não atrapalha [...] ficam colocando nos outros [...] quem tem consciência não bota para os outros, não divide ele para os outros [...] 141 9 ela é uma pessoa que é branca sabe? caiu o cabelo todo, estava pele em pé se via os ossos todos, o cabelo ela cortou todo [...] estar aqui hoje em dia gorda, rosada que nem parece [...] tratamento, quando a

gente começa fazendo o tratamento do HIV, a gente tem que ter cuidado, tomar certinho, não falhar é esse cuidado, o tratamento, não falhar, tomar diretamente a medicação [...] 142 9 eu mesma, no meu caso, só tomo o coquetel, agora tem gente que toma o bactrim, tem outras medicação, mas no meu caso mesmo, só tomo o coquetel [...] 156 8 os médicos sabem, porque eles podem fazer exame, para medico tirar sangue [...] porque mistura o sangue. para mim não tem viver [...] para mim não tem viver, é tristeza, porque sabe que não vai ter cura [...] para mim tem [...] eu acho que tem [...] continua de novo [...] agora quando começa há não tem mais também [...] 193 8 a gente trata [...] você vê os médicos trata a gente tudo de luva [...] eu já trabalhei em hospital [...] essa doença não tem cura [...] atrapalha [...] a pessoa perde a saúde [...] 45 7 se fizer um grande regime e continuar o tratamento correto [...] não pode curar para ficar livre [...] o tratamento que sempre uso é só o coquetel, o bactrim [...] 138 7 ai eu estou sozinha [...] olha, eu acho que a aids tem cura dependendo do cuidado do paciente e tomar o coquetel direitinho e ter cautela, cuidar da saúde [...].

A **classe três** é formada por 32 UCE's, o que corresponde a 19,63 % das UCE's retidas, com 58 palavras selecionadas de maior frequência ou *qui-quadrado*², apresentadas na Tabela 3:

Tabela 3. Palavras associadas significativamente à classe 3.

Palavras	Frequência	λ^2
Aids	22	24.89
Ajuda	03	05.33
Beijo	04	06.52
Contagiosa	03	12.51
Contamina	03	07.97
Diretamente	02	04.29
Discrimina	04	03.72
Diz	07	08.95
Doença	13	07.95
Doente	04	08.73
Igual	03	12.51
Mata	06	13.36
Menina	03	05.33
Muda	04	04.92
Normal	08	09.05
Pega	09	05.70
Perigo	07	24.56
Pessoa	22	05.78
Preconceito	08	15.72
Responder	02	04.29
Sangue	05	07.79
Tenho	07	05.58
Tiver	05	09.80
Tivesse	02	04.29
ESC_3	07	03.41
GR_2	24	12.88
ID_3	08	18.16
REL_1	28	03.66
SEX_2	30	11.61

Na formação desta classe, destacam-se idosos do *grupo 2* - não portadores com nível fundamental completo, que professam ser católicos. Eles falam de diferentes aspectos psicossociais, associando a aids a *perigo*, por ser *contagiosa/contamina/pega e mata* e causa *preconceito*, pois *discrimina* e tem muitas formas de *contágio* como: *sangue, doente, beijo*.

Tais representações reforçam o pensamento de Jodelet (2001), quando salienta o papel decisivo que as representações sociais têm na construção de realidades consensuais, por possuírem função sócio-cognitiva, que integra acontecimentos ou coisas pouco conhecidas e orientam as comunicações e a conduta dos profissionais de saúde em relação a essas novidades, de tal forma que os meios de comunicação, além de participarem da construção, participam também da disseminação das representações sociais.

No que se refere ao conhecimento da transmissão do HIV, verifica-se que ainda há distorções quanto às formas de transmissão quando citam *beijo*. Vale ressaltar o baixo grau de escolaridade da maioria dos sujeitos da pesquisa, que dificulta a compreensão das descobertas científicas que circundam a aids, divulgadas pelos meios de comunicação. Desta forma, Costa, Zago e Medeiros (2009) afirmam que quanto menor o grau de instrução, menor o percentual de acerto sobre conhecimento correto referente às formas de transmissão do HIV; assim como que o número de casos nos estratos de menor escolaridade aumentou, remetendo à condição de pior cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência entre os menos favorecidos.

As referidas representações encontram-se presentes nos conteúdos do Quadro 3, a seguir:

Quadro 3. Classe 3: Aspectos Psicossociais da Aids.

[...] 254 16 eu sinto assim que com uma pessoa assim discriminada, sem ajuda dos amigos [...] uma pessoa igual a uma pessoa que seja um pedaço de mim [...] 236 14 eu mesmo não tenho, uma pessoa como eu não tenho nojo, preconceito de coisa nenhuma [...] eu acho que doença vem pelo tempo, não pega em ninguém [...] ai pega em relações sexuais e um monte de coisa, mas em beijo eu acho que não pega [...] no sangue [...] contamina sangue [...] 259 14 doença mortal [...] sociedade [...] uma parte tem preconceito [...] uma parte esta muito preconceituosa, a outra parte não [...] eu não tenho preconceito, porque não é uma doença, e só é uma doença contagiosa se tiver contato diretamente com a pessoa [...] 227 13 doença muito perigosa [...] a pessoa que tem aids, não se ajuda [...] tem muitas pessoas que cuidam de encostar, mas eu acho que não [...] 242 13 não é de ser normal, [...] não pode se matar por causa de estar com aids [...] tem que estar normal com a doença [...] não

tenho preconceito eu mesmo tenho minha nora que tem um menininho que esta de aids que a patroa cria, vai lá em casa me abraça me beija [...] 249 13 aids é HIV [...]é uma doença [...]é perigosa [...] é perigosa [...] só pega na transa, no sangue, que ela não pega no vaso, que ela não pega no beijo [...] 260 12 se não tiver não é contagiosa [...] eu posso conviver normalmente com essa pessoa [...]normal e trato normalmente como se nada tivesse acontecendo com ela [...] beijo, principalmente no beijo, no sangue, na saliva [...] eu acho que elas vivem assim muito tristes porque sabem que é uma doença mortal [...] 135 8 a gente mesmo se sente, e o preconceito de estar na sociedade [...] vejo uma pessoa que tem aids normalmente [...] a pessoa que tem aids ela tem confiar em deus, ela é uma pessoa normal, igual qualquer outra pessoa [...] 244 8 normal [...] viver com a aids e uma pessoa não pode se matar, dizer eu vou matar porque eu estou de aids, viver com ela normal [...] é menina, é muito dizer [...]tem que mudar [...] acho assim que tem que mudar, e parar de usar as pessoas [...] 32 7 a aids é uma doença perigosa para matar [...] deve ter muito cuidado com ela [...] pessoa com aids ela é magro, doente, fraco, não tem vontade de comer nada [...] 118 7 é discriminado [...]pessoa com aids, uma pessoa normal se ela estiver fazendo tratamento [...] agora se não tiver, eu acho que é meio perigoso [...]viver com aids é procurar me conscientizar que estou doente, estou com o vírus, que estou fazendo tratamento o mais rápido possível e vou tocar o barco para frente e se tiver que morrer, paciência [...] aids só mata [...]se transmite a doença [...] a mudança, não é mudança assim que vá mudar, a pessoa vai contaminar a outra pessoa, contaminar [...] 231 7 só pega com a relação [...] a pessoa que tem aids vive igual aos outros [...]Jeles não foi pegar assim, assim a toa [...] 2727 discriminado [...] preconceito e abandono total a pessoa que vive assim [...] vive por viver até o tempo que deus marcar [...] mas eu acho que não tem alegria, [...]pena, eu tenho pena [...] mas a gente não tem como dar jeito [...] tenho pena [...] 21 5 vejo como uma pessoa normal porque eu também tenho [...] eu contrai o vírus da aids com uma transfusão de sangue, a data não tenho; naquele tempo tirava diretamente do paciente [...] não atestava no Prado Valadares [...] 74 5 a aids é uma doença contagiosa que mata, maltrata e a pessoa sofre muito [...] precisa muito cuidado, antes de pegar [...] muitas discriminações, pouco caso, não importa, tem as pessoas como nada [...] 241 5 aids é uma doença muito perigosa [...] perigosa que a gente tem que cuidar, quem tem ela tem que cuidar e não esquecer, nem esconder, porque se esconder e perigoso [...] 199 4 para mim é uma doença perigosa [...] que não tem cura [...] mata mesmo [...] eu tenho muito medo da aids [...] com muito preconceito [...] muita gente com preconceito [...] isso não é nada [...] eu tenho um rapaz que passa sempre na minha casa, ele é aidético [...] ele vai lá me pedir ajuda [...] eu fico com uma dô dele, tão magrinho, tão assim [...] 80 3 não mudou nada [...] mudou sim, porque uma pessoa de 81 anos [...] não é, se eu tivesse menos idade [...] mas é a mesma coisa [...] Deus querendo tem [...] não desanimo nunca [...] ótimo, maravilhoso só [...] aonde eu me cuido [...] e mais que mãe, irmã, me cuida muito bem, não tem o que dizer [...].

Diante das representações sociais da aids, em que os idosos falam de diferentes implicações psicossociais associadas à doença, destacam-se sentidos que são construídos por grupos populacionais, diante da complexidade no campo da prevenção da aids em que a esta:

[...] encontra-se imbricados, a sexualidade, a necessidade de afirmação do indivíduo, o afeto, demandas e desejo, em conjugação com normas, valores, informações e outros fatores de diferentes ordens. Pode-se assim, antever a complexidade que envolve a prevenção desta doença [...] (TURA, 1998, p. 123).

Com relação à **classe quatro** constituída por 15 UCE's, corresponde 9,20 % das UCE's retidas e possui 42 palavras selecionadas a partir da maior freqüência ou *qui-quadrado*² apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4. Palavras associadas significativamente à classe 4.

Palavras	Freqüência	λ^2
Coisa	05	06.16
Dar	02	05.86
Deixa	03	08.06
Filho	02	04.34
Morre	05	18.55
Morte	02	12.08
Mulher	05	28.60
Nessa	02	08.17
Parece	02	08.17
Posso	03	09.91
Sei	05	06.16
Vai	06	04.34
ESC_2	11	02.81
ESC_6	03	03.25

Esta classe salienta as representações sociais que tratam das *relações socioafetivas* e de *práticas sexuais*. Para os idosos com escolaridade correspondendo ao ensino fundamental e superior incompletos, a aids é uma *coisa* que causa *morte* e tem como vítima a *mulher* e quando *morre deixa filho*.

Observa-se que, a partir do enraizamento das representações sociais sobre a aids, ocorre a atribuição de novos sentidos, associados também às representações da sexualidade, sendo que essas últimas decorrem pela intrínseca relação da vulnerabilidade com a infecção pelo HIV. Logo, a incorporação social da aids caminha cronologicamente paralela às descobertas científicas e tecnológicas, permeadas de uma realidade de transformação de novas representações ao serem as mesmas resignificadas.

Tais conteúdos são descritos no Quadro 4, seguinte:

Quadro 4. Classe 4: Relações Socioafetivas e Práticas Sexuais

[...]200 38 toda vez que ele vai eu dou cinco reais, dou dois, o que tiver [...] me agradece tanto, me agradece tanto [...] a mulher dele morreu e ele tem um filhinho que vive, viaja com a parenta dele [...] 59 22 que essa outra depois eu procurei ela e não vi mais, parece que ela até morreu e eu muitas vez, foi ela que pôs essa doença em mim [...] 55 18, mas a tecnologia avanço; não deixa matar também não [...] olha isso ai com tanto estudo, as vezes, eu mesmo não sei se apresenta alguma coisa na pessoa, não sei não [...] 144 14

tinha experiência de vida é porque, naquele tempo, eu não tinha o HIV, eu não tinha experiência nenhuma, mas agora eu com HIV, eu já tenho nova experiência [...] 269 12 acho que seja muito difícil, acho que assim, é uma preocupação muito grande [...] mudança [...] olha, deixa me ver se é sim ou não [...] bom eu acho que seja assim, entrosamento [...] acho que vai do entrosamento [...] 60 11 eu não quero, eu não acho que foi essa mulher não [...] agora eu é que parece que foi essa doença, não sei se foi não [...] 184 11 as doenças que tinham no meu tempo eram as doenças brabas [...] morria muita gente de bexiga, catapora, sarampo [...] então era a coisa que tinha [...] mas assim essas doenças como esta vindo hoje, nunca vi não [...] é triste [...] a gente não pode dar nem confiança a uma pessoa dessa [...] 187 11 a gente tem que evitar [...] eu vou dizer a verdade . [...] eu não vou dizer que eu nunca vi ninguém de aids [...] vejo falar, mas nunca vi, nunca vi não, lá na rua que eu moro, morreu uma mulher, essa mulher andava até lá em casa, mulher nova, gorda bonita, ninguém pensava que essa mulher estava com essa doença [...] 56 10 eu não posso dizer por que se essa mulher morreu, foi disso, ai eu sei contar que ela tinha muita diarreia e vivia triste coitada, ela tinha muitos dentes, tinha muitos dentes estragados [...] 139 10 eu tenho fé que tem cura [...] eu já conheço uma pessoa que já foi curada de aids, eu vou te falar uma coisa, eu conheço uma mulher, eu sei o apelido, agora o nome completo eu não sei [...] 201 10 de 15 dias ele vai lá, e ele teve lá antes de viajar, foi para piau; uma moça que ele morava, um quarto [...] aí me pediu uma ajuda, para ajudar a pagar o transporte para ajudar a levar as coisinhas dele [...] 76 9 muitas coisas em mim eu deixei perder porque quando eles sabem, não importa [...] você sabe que agora para mim não sinto nada, para mim é comum estar de aids. [...] tantas pessoas que eu já vi [...] eu nessa situação mais de 10 anos, mais de 15 anos [...] 145 8 eu não vou mais ser assim uma pessoa livre, estar curtindo, estar tendo parceiro, qualquer um parceiro, eu não [...] eu estou tranquila, sossegadinha comigo mesmo [...] atrapalha, porque se as pessoas sabem que a pessoa tem o HIV não quer conviver com aquela pessoa, e outra, se o parceiro não sabe, ele quer ter o sexo normalmente, e aí a parceira que tem consciência não vai aceitar e aí atrapalha nesse motivo [...] 246 4 não pode, só deus sabe minha filha porque a doença é impossível se deus bota o braço forte sei que tem cura, mas até nos braço dos médico, médico vai embora [...] 61 3 viver com aids agora só com camisinha . [...] com a camisinha é ruim, não é muito bom não [...] cura não tem não, possa ser que ainda vai sair a cura [...]

As diferentes dificuldades vivenciadas, tanto pelos portadores quanto por familiares ou próximos, são referenciadas nas falas dos idosos, retratando que é importante e necessário o compartilhamento de informações entre os elementos dos grupos.

Desta forma, o discurso grupal que elabora representações sociais como conhecimento do senso comum precisa ser público (WAGNER, 2000) e os idosos, ao mesmo tempo em que são produtores de conhecimento, também são receptáculos deste conhecimento e se apossam do discurso social e de suas experiências de vida, ao falarem de determinados objetos.

Neste sentido, para Moscovici (2003), uma vez que a *dimensão informação* relaciona-se com a organização dos conhecimentos que um grupo possui, são construídas as representações sociais sobre o referido objeto social. Entretanto, para o referido autor, apesar da ênfase dada à informação, esta sozinha não fornece

um panorama do conteúdo e do sentido de uma representação social. Há também a *atitude* e o *campo de representação ou imagem*, as quais são responsáveis pela construção de representações sociais. Nesse sentido, os idosos pensam e organizam seus conhecimentos acerca da aids, assumindo uma determinada posição frente à doença, como também procuram elaborar imagens a fim de se aproximar do objeto, de torná-lo mais tangível.

Salienta-se, ainda, que as representações sociais tem um papel decisivo para a construção de realidades consensuais por possuírem função sócio-cognitiva, que integra acontecimentos ou coisas pouco conhecidas e orientam as comunicações e a conduta em relação a essas novidades, de tal forma que os meios de comunicação além de participarem da construção, participam também da disseminação das representações sociais (JODELET, 2001).

4.3 ESTRUTURA E COMPONENTES AFETIVOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A AIDS

Considerou-se, para a apreensão dos dados referentes à estrutura das representações sociais sobre a aids, a participação de 30 idosos. Isto se justifica pelo trabalho ter sido realizado na análise de duas dimensões – individual e coletiva - traduzidas na frequência e na ordem média das evocações.

Os resultados obtidos a partir do Teste de Associação Livre de Palavras, com o termo indutor – *aids*, foram submetidos à análise de conteúdo temática para construção do banco de dados e em seguida, processado pelo *software* EVOG, 2002, que realizou uma análise lexicográfica apontando 150 evocações, com 60 palavras diferentes.

Tabela 5. Resultados obtidos do Teste de Evocação.

Número de sujeitos	30
Número de palavras diferentes evocadas	60
Número total de evocações	150
Média das ordens médias de evocação (OME)	2,5
Média das frequências de evocação (F_m)	10,0

Os cálculos de todas as frequências e as médias de cada evocação foram efetuados através do programa EVOC 2002, enquanto a categorização das evocações foi realizada pela análise de conteúdo (BARDIN, 2009).

Além disso, através do EVOC 2002, foram efetuadas a distribuição e a frequência das evocações, como estão demonstrados na Tabela 8, determinadas a média das ordens médias das evocações (OME) das categorias em 2,5 e a frequência média das evocações (FM) das categorias em 10,0.

Salienta-se que as evocações que figuram no quadrante superior esquerdo são as que mais provavelmente fazem parte do núcleo central; as que estão no quadrante inferior direito pertencem ao sistema periférico, enquanto as demais são consideradas intermediárias.

Tabela 6. Possíveis elementos do núcleo central das representações sociais da aids.

1º Quadrante - Núcleo Central		2º Quadrante – 1ª Periferia	
OME < 2,5 e F ≥ 10		OME > 2,5 e F ≥ 10	
Doença	(2,200)	10	
3º Quadrante – Elementos de Contraste		4º Quadrante – 2ª Periferia	
OME < 2,5 e F < 10		OME < 2,5 e F < 10	
Angustia	(2,333)	3	Incurável (3,000) 4
Cuidado	(2,000)	3	Prevenção (3,000) 4
Deus	(2,000)	3	Remédio (2,833) 6
Medo	(1,714)	7	Tratamento (3,000) 4
Morte	(2,375)	8	
Perigo	(2,000)	5	
Ruim	(2,000)	3	

Como se pode observar na Tabela 6, o 1º quadrante constitui o possível núcleo central, onde os idosos representam a aids como uma *doença*, sugerindo uma representação consensual apreendida nos dois instrumentos utilizados, como atesta exemplos de falas em que os idosos associam fortemente *doença* à aids, como:

[...] doença mortal [...] doença vem pelo tempo, não pega em ninguém [...] é uma doença [...] é perigosa tem que estar normal com a doença [...] é uma doença perigosa [...] não é uma doença, e só é uma doença contagiosa se tiver contato diretamente com a pessoa [...] doença muito perigosa [...] doença perigosa para matar (Suj: 7; 8; 14; 13).

Os idosos representam a Doença como desafio a ser enfrentado dentro dos seus recursos, exigindo força e empenho das capacidades dos portadores de aids para vencer a doença, atribuindo à doença, poderes tanto mentais como do próprio corpo. Nesse sentido, Herzlich (1991) assinala, em seus estudos sobre saúde e doença, que a maior parte das pessoas ora verbaliza suas concepções sobre esses conceitos, ora associa a categorias místicas, sociais e biológicas.

Os elementos constituintes do 4º quadrante correspondem ao sistema periférico em que os idosos consideram a aids *incurável*, susceptível de *tratamento com remédio*, assim como, adotando-se práticas de *prevenção*.

As representações sociais de idosos sobre a aids podem ser visualizadas na Figura 3 a seguir, destacando-se as dissensões e os consensos, nos dois grupos estudados.

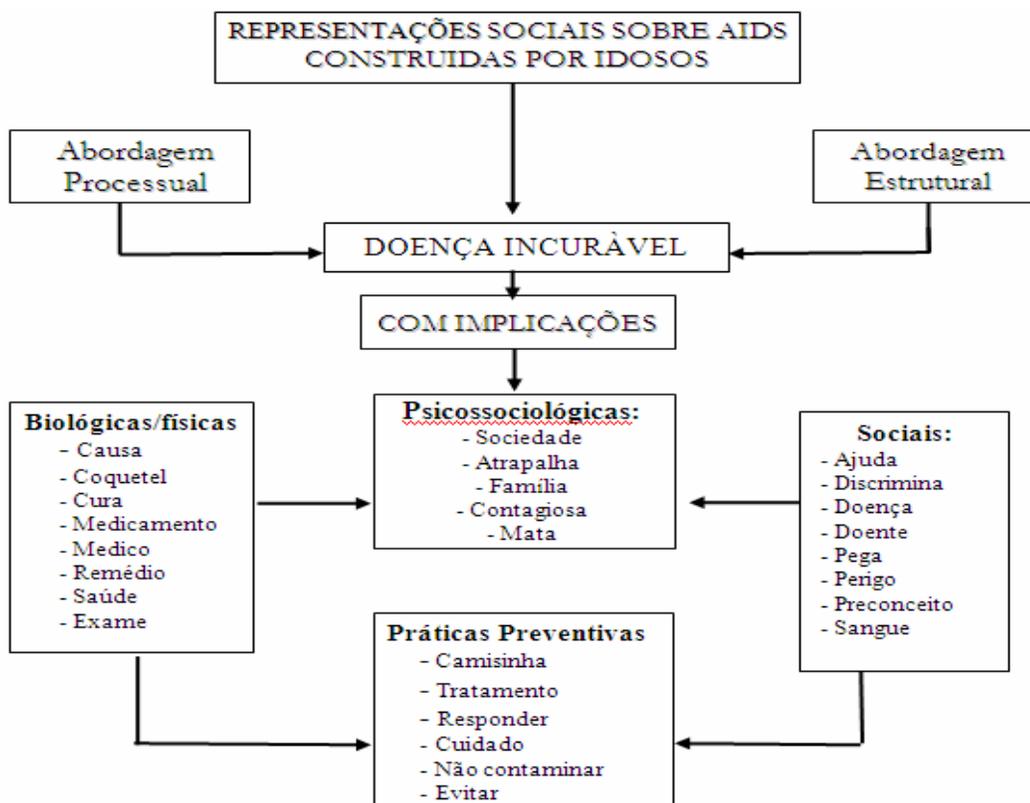


Figura 3: Representações Sociais da Aids. Jequié-Ba/2011.

Os resultados salientam convergências e divergências de representações sociais nos dois grupos, diferindo apenas que: os idosos portadores descrevem a

aids com conteúdos menos negativos embora se observa conteúdos mais neutros; os idosos do grupo 2, não portadores representam a aids com conteúdos mais negativos. Entretanto, o que se destaca na figura 3, são representações consensuais nos dois grupos. Segundo Moscovici e Doise (1991), o interesse em se encontrar convergências explica-se por elas funcionarem como uma referência que vai reabsorver as novidades e as controvérsias, decorrentes do que acontece no mundo real.

Para Wagner (1995), a convergência de representações pelos dois grupos pode ser identificada como representações holomórficas, porque incluem meta-informações sobre o grupo que delas partilham. Entretanto, em função das divergências não se deve afirmar que o sentido é o mesmo entre os grupos, uma vez que se está comparando valores e crenças de grupos diferentes, e sim, pode-se dizer que possuem uma estrutura semântica de significados igual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo apreendeu representações sociais sobre a aids, construídas por idosos portadores (grupo 1) e não portadores de aids (grupo 2) e identificou como representações consensuais nos dois grupos: *Angustia; Medicamento/Remédio; Tratamento; Discriminado; Deprimido; Normal; Cuidado; Medo; Prevenção; Morte; Incurável; Perigo; Deus; Ruim.*

Os resultados do estudo apresentam a construção das representações sociais de idosos sobre a aids, definidas em três dimensões sócio-cognitivas: por um lado, pelos psicossociológicos, por outro tem-se os biológicos e, pela necessidade expressa pelos referidos idosos, a adoção de práticas de *prevenção*.

Os idosos experimentam *medo* e, ao mesmo tempo, incorporam a aids como uma doença do contexto da terceira idade, sinalizando mudança na percepção dos idosos sobre a mesma, diferente das divulgadas no início da epidemia, quando afirma que *não é doença e/ou normal como qualquer outra*. Assim como esse medo referido é justificado quando se tem como representação consensual *doença*, justificando assim como *contagiosa, perigosa e mortal*.

Neste sentido, inserem-se as mudanças comportamentais que cercam a vivência com o HIV/Aids e as relações sociais, definidas a partir da resignificância da mesma. Vale ressaltar que o comportamento de determinados grupos sociais pode determinar a vulnerabilidade para a aquisição do HIV/Aids trazendo à tona questões para o campo de prática da saúde, entre as quais a abordagem da sexualidade.

As práticas de saúde podem ser efetivas a partir dos sentidos que os idosos associam à aids, fornecendo aos profissionais de saúde um conhecimento útil para a implantação e implementação de ações necessárias à promoção da saúde da pessoa idosa. A efetividade de práticas de saúde mais eficazes depende de um elenco de expectativas, concepções de saúde e doença, do relacionamento interpessoal dos profissionais com os portadores entre si e com a equipe de saúde; todas, fruto do processo de comunicação estabelecido na prática comunicativa.

Espera-se que este estudo contribua no campo da saúde, em particular, na Enfermagem pelo seu caráter interdisciplinar em que o mesmo não se limita apenas a ela, mas a todas as áreas do conhecimento, seja pela globalização ou pela necessidade de se conhecer dimensões subjetivas de saúde e doença no olhar do idoso, contextualizados socialmente.

Vale salientar a importância sobre o senso comum, enquanto processo de interpretação do conhecimento, que se encontra interligado nas formas da

comunicação social, a partir de uma sociedade dinâmica. Ele possibilita, aos idosos, interferirem nas vivências e práticas sociais que contribuem para a construção de elementos sócio-cognitivos, elaborada por estes sujeitos que apontam uma representação social.

A Teoria das Representações Sociais, segundo Moscovici (2003), permite acessar as dimensões do conhecimento e do afeto que participam da construção da representação, dando-lhe o caráter psicossocial. A vertente processual de análise do fenômeno elucida como o sujeito, no caso os idosos, constrói a representação sobre a aids, capaz de delinear diagnósticos importantes para se planejar políticas públicas para essa população. A abordagem estrutural traz em si um forte elo conceitual entre os campos da psicologia social e da sociologia. Isto implica em entender a relação essencial que se estabelece entre o indivíduo e a sociedade.

Jodelet (2001) assinala que o contexto social no quais as pessoas e os grupos estão inseridos, a comunicação que se estabelece entre eles, os quadros de apreensão fornecidos pela bagagem cultural destes, além dos códigos, valores e ideologias ligadas às posições ou participações sociais específicas desses indivíduos, representam as diversas maneiras pelas qual o social intervém neste processo. Assim, o processo de construção da realidade representacional é social.

Considera-se que as representações sociais do idoso sobre a aids podem subsidiar os profissionais de saúde na compreensão da adesão preventiva dos idosos frente à doença e no fortalecimento da consolidação da política dirigidas à pessoa idosa.

Neste sentido para, Silva et al. (2003), a utilização da TRS pelos profissionais da saúde justifica-se pela necessidade de um rompimento com o paradigma biomédico predominante, de um modo diferente de leitura sobre os grupos humanos, o qual tem se preocupado apenas com a dimensão biológica. Neste contexto, a utilização da TRS no campo da saúde seria uma forma moderna de pensar saúde, dentro de um espaço que focalize as mudanças sociais, que ocorrem em virtude das relações inter e intragrupais, estruturadas dialeticamente.

Mediante a relevância do tema estudado e seus respectivos resultados e, com base na necessidade de ações que visem o maior acesso da população às informações relacionadas à aids, espera-se implementação de políticas públicas satisfatórias para os idosos.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais**. Goiânia: AB, 2000.

_____. **Méthodes D'Étude Des representations sociales**. Editions érès. Ramonville Saint-Agne, 2005.

BARBERO, Silvia Cabrera. **Valoración de los factores psicosociales que afectan a la sexualidad en la vejez e influencia percibida en la actividad sexual**. Informaciones Psiquiátricas - Primer y segundo trimestres 2009. Número 195-196.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BERG, O. L. D. **Afinal, o que é disfunção erétil?** Verdades e mentiras sobre a impotência sexual. Rio de Janeiro: Dunya, 2000.

BAHIA. Secretaria de Saúde. **Manual para a prestação de serviços em saúde reprodutiva**. Salvador: Assessoria de planejamento, 1998. p. 7-15.

BRASIL. Lei n. 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**. v. 4, n. 2, p. 15-25. Suplemento. 1996.

_____. **Política Nacional do Idoso 1996**, Pub. L. no. 8842, (Dec.10,1996). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a22.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. **Caderno de Atenção Básica**, n. 19. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de aids 2003**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de aids 2006**. Ano II, n. 1, jan. a jun. de 2006. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 16 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de aids 2006**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de aids 2008**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de aids 2010**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 03 jan. 2011.

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

CAMARANO, Ana Amélia. **Muito além dos 60**: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. Rio de Janeiro, IPEA, 2004.

CAMARGO, Brígido Vizeu. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. in: MOREIRA, Antonia Silva Paredes (Org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB. Editora Universitária, 2005. p. 511-539.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev Saúde Pública**. 1997; 31(2):184-200.

COSTA, D. A.; ZAGO, M. M. F.; MEDEIROS, M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência humana. **Acta Paul Enferm**, 22(5), p. 631-37, mar. 2009.

DEBERT, Guita Grin. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, Anita Liberalesso; DEBERT, Guita Grin. **Velhice e sociedade**. São Paulo: Papyrus, 1999.

DE ROSA, A. M. S. **Sur l'usage de associations libres dans l'étude des Représentations Sociales de la maladie mentale**. Connexions, 51, 27-50,1988.

DI GIACOMO, J. P. Aspects méthodologiques de l'analyse des représentations sociales. **Cahiers de Psychologie Cognitive**, 1:397-422,1981.

DOISE, W. Um Project européen pour La psychologie sociale. In: BUSCHINI, F.; KALAMPALIKIS, N. (Org.). **Penser La vie, Le social, la nature**. Paris: Maison dês Sciences e l'homme, 2003.

FERNANDES, Aliana; EULÁLIO, Maria do Carmo; BRITO, Suerde Miranda de Oliveira; GAVILÁN, Mercedes Manzanares. Representações sociais de estudantes Cardobezes sobre a sexualidade. In: FERNANDES, Aliana; CARVALHO, Maria do Rosário de; DOMINGOS SOBRINHO, Moisés. **Representações sociais e saúde: construindo novos diálogos**. Campina Grande: EDUEP, 2004. p.51-77.

FERNANDEZ, Márcia Rodrigues; GIR, Elucir; HAYASHIDA, Miyeko. Sexualidade no período do climatério: situações vivenciadas pela mulher. **Rev Esc Enferm**, 39(2):129-35, USP, Mar./Abr., 2005.

GONÇALVES, Roselana. MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Reflexões sobre a sexualidade durante a vivência do climatério. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 17(2), mar./abr., 2009,

GROISMAN, D. A. Velhice entre o normal e o patológico. História, **Ciência e Saúde** – Manguinhos. v. 9, p. 1, p. 61-78. Jan./Abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a04v9n1.pdf>>. Acesso em: 2009.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Phisys: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 15 (suplemento): 57-70, 2005.

HERZLICH C.; PIERRET J. **Malades d’hier malades d’aujourd’hui**. Paris, Payot. 1991.

IBÁÑEZ, Gracia, T. (Org.). **Ideologias de La Vida Cotidiana: Psicología de las representaciones sociales**. Barcelona: Sendai, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2000.

_____. **Projeção da população do Brasil**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272>. Acesso em: 17 jul. 2010.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Censos demográficos/idosos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 17 jul. 2010.

JODELET, Denise. La representación social: fenómeno concepto y teoría. In MOSCOVICI, S. (Org). **Pensamiento y vida social**. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, Psicología Social, 2. ed., 1984.

_____. **Les representations sociales**. Paris: PUF, 1989.

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

_____. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.17-44.

_____. Contributo das Representações Sociais para o Domínio da Saúde e da Velhice. In: LOPES, M; MENDES, F; Moreira, A.S.P. (Org.) **Saúde, Educação e Representações Sociais**. Coimbra. Formassal. 2009. p: 71-88.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev Saúde Públ.** 21: 200-210, 1987.

MACNAB, F. **The thirty vital years**. New York: Wiley, 1994.

MADEIRA, Margot. Quando uma presença se impõe ao olhar. In: JODELET, Denise; MADEIRA, Margot. (Org.). **Aids e representações sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998. p. 9-15.

MASTER, W. H.; JOHNSON, V. E. **Human sexual inadequacy**. Boston: Little Brown, 1970.

MOREIRA, A. S. P. et al. (Org.). **Representações Sociais: Teoria e Prática**. João Pessoa: Ed. Universitária /UFPB, 2003.

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

_____. Das representações coletivas as Representações Sociais. In: JODELET, D. (org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Ed.Uerj, 2001.

_____. Prefácio. In: JOVCHELOVITCH, S.; GUARESCHIL, P. **Textos em representações sociais**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S.; DOISE, W. **Dimensões e consenso: uma teoria geral das decisões coletivas**. Lisboa: Horizonte, 1991.

MOSCOVICI, S.; HEWSTONE, M. **De la science au sens commun**. Pratiques sociales et représentations. PUF. Paris. 1984.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciências & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 363-372, 2007.

NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**. 6 (Supl 1): S4-S6., 2008.

NERI, Anita Liberalesso. JORGE, Mariana Dias. Atitudes e conhecimentos em relação à velhice em estudantes de graduação em educação e em saúde: subsídios ao planejamento curricular. **Estud. Psicol.** (Campinas), v. 23, n. 2, p. 127-137. 2006.

OLIVEIRA, Deise Moura de; JESUS, Maria Cristina Pinto de; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. Climatério e sexualidade: a compreensão dessa interface por mulheres assistidas em grupo. **Revista Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n. 3, jul-set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300013&lang=pt&lng=pt>. Acesso em: 28 out. 2009.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; CASTRO, C. G. S. O. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br>>. Acesso em: 27 mar. 2009.

PASCHAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000. 255p.

RAPAPORT, D.; SHAFER, R.; GILL, M. **Testes de diagnóstico psicológico**. Buenos Aires: Paidós, 1965.

REINERT, M. **Alceste - Analyse de Donnees Textuelles**. Paris, Société IMAGE. 1998. Versão 4.8.

RIBEIRO, Alda. Sexualidade na terceira idade. In: PAPALÈO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 124-135.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

_____. **Construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

SANTOS, M. F. S. A velhice na zona rural representação social e identidade. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. (Org.). **Novas contribuições para teorização em pesquisa social**. Florianópolis:{s.n.}, 1996. p. 59-83. (Coletânea da ANPEPP, n. 10).

SENA, R. R. D.; SILVA, K. L.; RATES H. F.; VIVAS, K. L.; QUEIROZ, C. M.; BARRETO, F. O. O Cotidiano do cuidador no domicílio: desafios do bem fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, v.11, n. 2, mai/ago. 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/6854/4868>>. Acesso em: 14 fev. 2009.

SILVA, A. O.; ALVES, M. S. C. F.; MOREIRA, M. A. S. P.; SILVA, S. L. F. Utilização da teoria das representações sociais no campo da saúde - UFPB - João Pessoa: tendências e perspectivas. In: COUTINHO, M. P. L.; LIMA, A. S.; OLIVEIRA, F. B.; FORTUNATO, M. L. (Orgs.). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária; 2003. p. 120-9.

SOARES, A. M.; MATIOLI, M. N. P. S.; VEIGA, A. P. R. AIDS no idoso. In: FREITAS, E.V. (Org.) **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan, 2006 p. 870-82.

SOUSA, Jailson Lopes de. Sexualidade na terceira idade: uma discussão de aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **Revista DST – J bras Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 59-64. 2008.

SOUTO, Bernardino Geraldo Alves et al. O sexo e a sexualidade em portadores do vírus da imunodeficiência humana. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 7, p.188-191. 2009.

SPINK, M. J. **Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes, 2003.

TEIXEIRA, M. A. **Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno**. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – Salvador, 2009.

TURA, Luiz Fernando Rangel. Aids e estudantes: a estrutura das representações sócias. In: JODELET, Denise; MADEIRA, Margot. (Orgs.) **Aids e Representações Sociais: a busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998. p. 121-154.

UNAIDS. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. **Sub-Saharan Africa Latest: epidemiological trends**. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2009/20091124_fs_ssa_en.pdf. Acesso em: 14 nov. 2010.

VALA, Jorge. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta (Coords.). **Psicologia Social**. 6. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. XIV, 457-502.

VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (2002). **Psicologia Social**. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Orgs.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

VASCONCELLOS, D.; NOVO, R. F.; CASTRO, O. P.; VION-DURY, K.; RUSCHEL, A.; COUTO, M. C. P. de P.; COLOMBY, P. de; GIAMI, A. A sexualidade no processo de envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. In: **Estudos de Psicologia**, 2004, 9(3), 413-419. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a03v09n3.pdf>>. Acesso em: 14 nov. 2010.

VERAS, R. P. Aspectos demográficos. In: CALDAS, C. P. (org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro; UERJ/*UnATI*; 1998. p.49-50.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, 43(3), 548-54. 2009.

VERGÈS, P. L'évocation de l'agent: une méthode pour definition du noyau central d'une représentation. **Bulletin de Psychologie**, (405): 203-9.1992.

VERONESE, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 2004.

WAGNER, W. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Orgs.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995.

_____. Sócio-gênese e características das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos Interdisciplina de Representações Sociais**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000.

ZORNITTA, Marlene. **Os novos idosos com aids e desigualdade à luz da bioética**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2008.

APÊNDICE

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Estamos realizando uma pesquisa sobre “**SEXUALIDADE NO OLHAR DE IDOSOS QUE VIVENCIAM HIV/AIDS: um estudo de representações sociais**” é um estudo que tem como objetivos apreender as representações sociais sobre sexualidade construídas por idosos que vivenciam HIV/Aids; verificar a adesão dos idosos às práticas de prevenção à aids e identificar estratégias de atenção à sexualidade para idosos que vivenciam HIV/Aids. Ao concordar com a participação na pesquisa, deverei estar à disposição para responder a uma entrevista semi-estruturada compreendendo também a Teste de Associação Livre de Palavras.

Riscos: O presente estudo não trará riscos para minha integridade física ou moral. Os registros de sua participação serão mantidos em sigilo. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada, garantindo assim seu anonimato.

Benefícios: Os benefícios em participar desse estudo estão na relevância do tema voltado para a população idosa, na vivência de sua sexualidade e adoção de práticas preventivas à infecção pelo HIV e adoecimento pela aids, bem como contribuir na elaboração/implementação de políticas públicas voltadas para a saúde na Terceira Idade.

Danos Advindos da Pesquisa: Se houver algum dano decorrente desse estudo, o tratamento será oferecido sem ônus para o participante sendo providenciado pelas pesquisadoras responsáveis, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira – docente e pela discente Rosana Silva Delmiro.

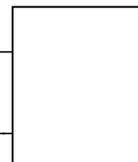
Participação Voluntária: Toda participação é voluntária, não há penalidades para alguém que decida não participar desse estudo, em qualquer época, podendo dessa forma retirar-se da participação da pesquisa, sem correr riscos e sem prejuízo pessoal.

Consentimento para participação: Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, aceito livremente participar do estudo intitulado “Sexualidade no olhar de idosos que vivenciam HIV/Aids: um estudo de representações sociais” desenvolvido pela Mestranda Rosana Silva Delmiro, sob a orientação da Professora Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

Nome da Participante _____

Nome da pessoa ou responsável legal _____



Polegar direito

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____, Jequié, Data: __/__/__

Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações, pode entrar em contato com:

Prof^a. Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira.

Fone: (73) 3525-5534 – email: jpadelaide@hotmail.com

Trav. N. Sr^a. do Perpétuo Socorro, nº 42, Jequiezinho, Jequié-BA

Mest. Rosana Silva Delmiro.

Fone: (73) 9113-9632 – email: rosanadelmiro@yahoo.com.br

Rua Agapito Fernandes, nº 464, Jequiezinho, Jequié-BA.

ANEXOS

Anexo A: Ofício do Comitê de Ética em Pesquisa

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 18 de dezembro de 2009

Of. CEP/UESB 442/2009

Ílma. Sra.
Rosana Silva Delmiro
Mestrado em Enfermagem e Saúde - PPGESUESB

Prezada Senhora,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **194/2009**

Projeto: **SEXUALIDADE NO OLHAR DE IDOSOS QUE VIVENCIAM HIV/AIDS: UM ESTUDO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Pesquisadores: **Rosana Silva Delmiro (mestranda)**
Profa. Maria Adelaide Paredes Moreira (orientadora)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,

Ana Barbosa
Prof^a. Ana Angélica Leal Barbosa
Presidente do CEP/UESB

Anexo B: Ofício à Secretaria Municipal de Jequié

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



GOVERNO DA

Bahia

TERRA DE TODOS NÓS

Of. PPGES nº 02/2010

Jequié, 01 de fevereiro de 2010

Ilm^a Sr^a Stella Souza

Secretária de Saúde do Município de Jequié/ Centro de Referência em Saúde Sexual de Jequié

Prezada Secretária

Apresentamos o Sra. **Rosana Silva Delmiro**, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* (Nível de Mestrado) em Enfermagem e Saúde da UESB (PPGES / UESB) para a realização da coleta de dados do projeto de dissertação de mestrado “*Sexualidade no olhar de idosos que vivenciam HIV/AIDS: Um estudo de representações sociais*”, **protocolo 194/2009, aprovado pelo CEP/UESB.**

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 442/2009 referente à aprovação do projeto 194/2009 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,

Rita Boery
Prof^a. Dr^a. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

Coordenadora

Azize B. Alade
Azize Barreto Alade
Assistente Administrativa
Secretaria Municipal de Saúde
05.03.2010

Anexo C: Ofício à AAGRUTTI

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde



Of. PPGES nº 03/2010

Jequié, 01 de fevereiro de 2010

Ilm^a Sr^a Coordenadora do Grupo de Convivência da AAGRUTI

Prezada Secretária

Apresentamos o Sra. **Rosana Silva Delmiro**, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Strictu Senso* (Nível de Mestrado) em Enfermagem e Saúde da UESB (PPGES / UESB) para a realização da coleta de dados do projeto de dissertação de mestrado “*Sexualidade no olhar de idosos que vivenciam HIV/AIDS: Um estudo de representações sociais*”, **protocolo 194/2009, aprovado pelo CEP/UESB.**

Na oportunidade, salientamos que se encontram em anexo a esta carta de apresentação cópia do ofício CEP/UESB 442/2009 referente à aprovação do projeto 194/2009 e do parecer consubstanciado do referido projeto, emitidos pelo CEP/UESB.

Desde já agradecemos à colaboração!

Atenciosamente,


Prof^a. Dr^a. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery
 Coordenadora

Recebido em
 09.03.10
 Itana