

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEMÓRIA: LINGUAGEM E SOCIEDADE

ALESSANDRA SOUZA DE OLIVEIRA

**ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
IDOSOS QUE CONVIVEM COM O VÍRUS**

VITÓRIA DA CONQUISTA - BA
JUNHO DE 2022

ALESSANDRA SOUZA DE OLIVEIRA

**ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
IDOSOS QUE CONVIVEM COM O VÍRUS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade - PPGMLS, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Discursos e Narrativas.

Projeto Temático: Memória, Envelhecimento e Dependência Funcional: Narrativas de Vida.

Orientador: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis.

VITÓRIA DA CONQUISTA - BA

JUNHO DE 2022

Oliveira, Alessandra Souza de.

O45e

Envelhecer com HIV/AIDS: memória e representações sociais de idosos que convivem com o vírus. / Alessandra Souza de Oliveira - Vitória da Conquista, 2022.

150f.

Orientadora: Luciana Araújo dos Reis.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, Vitória da Conquista, 2022.

Inclui referências: F. 119 – 137.

1. Envelhecimento – Memória. 2. Representações sociais. 3. HIV/AIDS. I. Reis, Luciana Araújo dos. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. III. T.

CDD: 613.0438

Catálogo na fonte: Juliana Teixeira de Assunção – CRB 5/1890

UESB – Campus Vitória da Conquista – BA

Título em inglês: Aging with HIV/Aids: memory and social representations of elderly people living with the virus.

Palavras-chave em inglês: Aging; Memory; Social Representations; HIV/AIDS.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (presidente), Profa. Dra. Tânia Rocha Andrade Cunha (titular), Prof. Dr. Claudio Eduardo Félix dos Santos (titular), Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira (titular), Profa. Dra. Daniela Arruda Soares (titular).

Data da Defesa: 06 de junho de 2022.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

ALESSANDRA SOUZA DE OLIVEIRA

ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM O VÍRUS

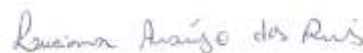
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade

Local e Data da defesa: Vitória da Conquista - BA, 06 de junho de 2022.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis (Presidente)
Instituição: UESB

Ass:




Profa. Dra. Tânia Rocha Andrade Cunha
Instituição: UESB

Ass:



Prof. Dr. Claudio Eduardo Félix dos Santos
Instituição: UESB

Ass:



Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira
Instituição: UFBA/Salvador

Ass:



Profa. Dra. Daniela Arruda Soares
Instituição: UFBA/Vitória da Conquista

Ass:



DEDICATÓRIA

Dedico ao meu Deus;
À minha mãe, Iracy Souza;
Aos meus filhos, Lucca e Isa;
À minha vida, Fredd.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus, pelo dom da vida, e por me permitir concretizar este sonho. Agradeço-te, meu Senhor!

À minha orientadora, Profa. Dra. Luciana Araújo dos Reis, presente de Deus nessa trajetória. Sua compreensão, seus ensinamentos e sua motivação foram combustíveis para a superação diária de todas as dificuldades vivenciadas até a etapa final deste trabalho.

Aos membros da banca, Profa. Dra. Daniela Arruda Soares, Profa. Dra. Tânia Rocha de Andrade Cunha, Dr. Claudio Eduardo Félix dos Santos e Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira, por aceitarem fazer parte da banca e por toda a contribuição dada a este trabalho.

À Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB e ao Programa de Pós-graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, que proporcionam, com excelência, a formação acadêmica e a experiência da pesquisa.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, por todo o conhecimento compartilhado e por contribuir para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, pela dedicação e trabalho.

À minha mãe, por seu amor incondicional e torcida fiel.

Aos meus irmãos: James, Franklin, Hayane e Jônattas, por todo o apoio e a torcida de sempre. São meus companheiros de vida.

Aos meus filhos, Lucca e Isa, por todas as orações em meu favor e por entenderem a minha ausência.

Ao meu esposo, Fredd Renato, minha vida, por seu companheirismo, amor, apoio e todo o esforço para suprir a minha ausência durante todos esses anos.

À minha prima Arianna, por todo o incentivo, inspiração e ensinamentos.

A todos os meus amigos e amigas da UTI SAMUR, pela torcida, força e disponibilidade em me ajudar nos momentos em que mais precisei.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa: Pollyanna, Elaine, Renato, Maykon, Nádía por todo o apoio, a contribuição e a parceria sempre.

Aos profissionais do serviço especializado pela colaboração e pelo acolhimento.

Às pessoas idosas deste estudo por todo o carinho, afeto e confiança.

Sou eternamente grata a todos.

RESUMO

As mudanças no perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil revelam o aumento do número de idosos vivendo com o vírus. A suscetibilidade do idoso está fundamentada no imaginário social que origina: a crença na perda do desejo sexual nesse grupo, a falsa percepção de que o idoso está imune à doença e a invisibilidade de sua sexualidade por parte dos profissionais de saúde. Nessa perspectiva, a presente tese tem como objetivo analisar as memórias e representações sociais da pessoa idosa sobre o HIV/AIDS, após a detecção e o convívio com o vírus. Trata-se de um estudo transversal, de caráter analítico descritivo, com abordagem qualitativa, que tem como suporte teórico-metodológico a Teoria da Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais (RS). O estudo foi realizado com 38 idosos cadastrados em um centro de atendimento a pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS do Sudoeste da Bahia. Foi utilizado um questionário com dados sociodemográficos e condições de saúde, um roteiro para entrevista semiestruturada com questões sobre o tema diagnóstico e viver com HIV/AIDS e um roteiro para consulta em prontuário. A análise e a interpretação dos dados ocorreram com o apoio do Software QRS NVivo® Versão 12, à luz da Análise de Conteúdo de Bardin. Da análise dos resultados encontrados, emergiram dois eixos temáticos: (1) diagnóstico e (2) vivendo com HIV/AIDS. Quanto ao eixo diagnóstico, as lembranças são de manifestações de doenças oportunistas e de uma longa trajetória em busca de um diagnóstico tardio. O resgate da fé e da religiosidade, ancorados em crenças vivenciadas ao longo da vida, foram estratégias de apoio, associadas à melhora dos sintomas com o início da terapia medicamentosa, apesar das representações ambivalentes devido à sua inserção na nova rotina. As representações sociais evocadas enfatizaram a influência cultural e histórica da experiência da exposição e imposição do sexo inseguro na vida conjugal. No que se refere ao eixo viver com HIV/AIDS, as representações sociais evocadas materializaram os significados atribuídos à doença; preconceitos e estigmas refletidos nas rupturas ocasionadas em seu cotidiano, o silenciamento sobre o diagnóstico, o isolamento social e a solidão vivenciados em um cotidiano de luta pela sobrevivência, na qual o medo da morte e da revelação do diagnóstico intensificam os sentimentos negativos em relação à doença. No que se refere às relações com familiares, amigos e companheiro, as lembranças evidenciam os sentimentos de culpa, recriminação e rejeição. Apesar disso, mantém-se uma vida sexual ativa, mesmo em meio à perpetuação de tabus e desinformação sobre a sexualidade. Conclui-se que a memória e as representações sociais dos idosos sobre o HIV/AIDS em seu processo de envelhecimento evocam o convívio com o tratamento medicamentoso com sentimentos ambivalentes atribuídos, em que a percepção de bem-estar e estabilização da doença se misturam aos sentimentos negativos de conviver com reações adversas pela inclusão dessa terapia na rotina das pessoas idosas que vivenciam os danos causados nas relações sociais.

Palavras-chave: Envelhecimento; Memória; Representações Sociais; HIV/AIDS.

ABSTRACT

Changes in the epidemiological profile of HIV/AIDS in Brazil reveal the increase in the number of elderly people living with the virus. The susceptibility of the elderly is based on the social imaginary that originates: the belief in the loss of sexual desire in this group, the false perception that the elderly are immune to the disease and the invisibility of their sexuality on the part of health professionals. In this perspective, the present thesis aims to analyze the memories and social representations of the elderly person about HIV/AIDS after detection and living with the virus during the aging process. This is a cross-sectional study, with a descriptive analytical character, with a qualitative approach, having as theoretical and methodological support the Theory of Collective Memory and the Theory of Social Representations (SR). It was carried out with 38 elderly people, registered in a care center for people with sexually transmitted infections and HIV/AIDS in the Southwest of Bahia. A questionnaire with sociodemographic data and health conditions, a script for a semi-structured interview with questions on the theme of diagnosis and living with HIV/AIDS and a script for consultation in medical records were used. The analysis and interpretation of the data took place with the support of the QRS Software NVivo® Version 12, in the light of Bardin's Content Analysis. From the analysis of the results found, two thematic axes emerged: (1) diagnosis and (2) living with HIV/AIDS. Regarding the diagnostic axis, the memories are of manifestations of opportunistic diseases, and of a long trajectory in search of a diagnosis that was belated. The rescue of faith and religiosity, anchored in beliefs experienced throughout life, were support strategies, associated with the improvement of symptoms with the start of drug therapy, despite ambivalent representations due to their inclusion in the new routine. The evoked social representations emphasized the cultural and historical influence of the experience of the exposure and imposition of unsafe sex within a marital life. In regard to the living with HIV/AIDS axis, the evoked social representations materialized the meanings attributed to the disease; prejudices, and stigmas reflected in the ruptures caused in their daily lives, the silencing about the diagnosis, the social isolation and loneliness experienced in a struggle daily life for survival, where the fear of dying and of the diagnosis being disclosed intensify the negative feelings toward the disease. Regarding relationships with family members, friends and the partner, the recollections show emphasis on feelings of blame, recrimination and rejection. Despite this, an active sexual life is maintained, even in the midst of the perpetuation of taboos and misinformation about sexuality. It is concluded that the memory and the social representations of the elderly people about HIV/AIDS in their aging process evoke the conviviality with the drug treatment with attributed ambivalent feelings, where the perception of the improvement of the well-being and stabilization of the disease are mixed with the negative feelings of living with adverse reactions by the inclusion of that therapy in their routine, The ruptures experienced make up the representational structures and contents, where silencing, loneliness and fear of the disclosure of the diagnosis plague the daily lives of those who experience the damage caused in social relationships.

Keywords: Aging; Memory; Social Representations; HIV/AIDS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Seleção das Pessoas Idosas que convivem com HIV/AIDS, cadastradas no Centro de Atenção Baiano, em 2019/2020.....	56
Figura 2 - Tela de início do Nvivo	60
Figura 3 - Tela do banco de dados.....	61
Figura 4 - Tela de nós /categorização	61
Figura 5 - Tela da frequência de palavras.....	62
Figura 6 - Tela da Nuvem de palavras do software Nvivo	62
Figura 7 - Nuvem de palavras do eixo temático diagnóstico - Categoria em busca do diagnóstico - Via QRS NVivo.....	69
Figura 8 - Nuvem de palavras do eixo temático diagnóstico - Categoria memórias da descoberta do contágio com o HIV/AIDS - Via QRS NVivo	77
Figura 9 - Nuvem de palavras do eixo temático diagnóstico - Representações sociais acerca do contágio com o HIV/AIDS - Via QRS NVivo	84
Figura 10 - Nuvem de palavras do Eixo Temático Convívio com HIV/AIDS - Representações Sociais sobre o conviver com o HIV/AIDS - Via QRS NVivo.....	94
Figura 11 - Nuvem de palavras do Eixo Temático Convívio com HIV/Aids - Memórias sobre o conviver com o HIV/AIDS - Via QRS NVivo.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência das 10 palavras mais citadas na categoria	69
Tabela 2 - Frequência das 10 palavras mais citadas na categoria	77
Tabela 3 - Frequência das 10 palavras mais citadas na categoria	85
Tabela 4 - Frequência das 10 palavras mais citadas na categoria	94
Tabela 5 - Frequência das 10 palavras mais citadas na categoria	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa que convive com HIV/AIDS - Vitória da Conquista/BA, 2022	64
Quadro 2 - Variáveis das circunstâncias do diagnóstico, internação hospitalar, manifestação de infecções oportunistas -Vitória da Conquista/BA, 2022	65
Quadro 3 - Variáveis da sexualidade e do tratamento - Vitória da Conquista/BA, 2022.....	66
Quadro 4 - Eixos temáticos, categorias e subcategorias da análise de conteúdo da pesquisa. Bahia, 2019/2020.....	67

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

a.C.	Antes de Cristo
ADT	Assistência domiciliar terapêutica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/ <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais
DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
FAINOR	Faculdade Independente do Nordeste
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana/ <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	Papilomavírus humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISTs	Infecções sexualmente transmissíveis
MEEM	Miniexame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não governamental
PN-DST/AIDS	Programa Nacional de DST e Aids
PrEP	Profilaxia pré-Exposição
RS	Representações Sociais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VELHICE E SEXUALIDADE: CUIDADO COM A SAÚDE.....	20
3. ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA COLETIVA, TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	30
4. METODOLOGIA.....	54
4.1 Abordagem e tipo de pesquisa.....	54
4.2 Local e período do estudo	55
4.3 Participantes do estudo	55
4.4 Instrumentos para coleta de dados	56
4.5 Procedimentos para a coleta de dados e questões éticas	58
4.6 Análise e interpretação dos dados.....	59
5. CONVIVENDO COM HIV/AIDS: MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS COM O VÍRUS.....	64
5.1 Caracterização sociodemográfica e econômica, sexualidade e condições de saúde da pessoa idosa	Erro! Indicador não definido.
5.2 EIXO TEMÁTICO 1: diagnóstico hiv/aids.....	68
5.2.1 Em busca do diagnóstico.....	68
5.2.1.1 Sexualidade velada e a tríade do itinerário para o diagnóstico: diagnóstico tardio, doenças oportunistas e hospitalização	70
5.2.2 Memórias da descoberta do contágio com HIV/AIDS	77
5.2.2.1 Resgate da fé e da Religiosidade.....	78
5.2.2.2 Ambivalência acerca do tratamento medicamentoso.....	80
5.2.3.1 Sexo (in)seguro, sexo (in)seguro na conjugalidade.....	85
5.3 EIXO TEMÁTICO 2: convívio com hiv/aids 92	
5.3.1 Representações Sociais sobre o conviver com o HIV/AIDS.....	92
5.3.1.1 Rupturas: conviver com tratamento e o enfrentamento do preconceito	94
5.3.1.2 Luta pela (sobre)vivência: medo de morrer e da propagação do diagnóstico	99
5.3.2 Memórias sobre o conviver com HIV/AIDS	102
5.3.2.1 As relações: família, companheiro(a), amigos.....	104
5.3.2.2 Sexualidade Pós-Diagnóstico	108
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	114

REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....	138
APÊNDICE B - Miniexame do Estado Mental (MEEM)	143
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	145
ANEXO A - Parecer de aprovação do CEP	148

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento humano tem sido um dos maiores desafios globais para a demografia e a sociedade na atualidade. Isso porque ele impõe mudanças radicais no âmbito social, econômico, político e de saúde, requisitando dos atores de todos esses campos estratégias enérgicas e funcionais passíveis de serem aplicadas a esse coletivo operante que tem refletido o seu espaço com vigor.

Pesquisadores do envelhecimento humano, demógrafos e organizações internacionais e nacionais apregoam a rápida progressão desse fenômeno e a irreversibilidade dos dados, por décadas, com base em duas variáveis demográficas: a diminuição da natalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, responsáveis por conduzir e perpetuar o ritmo do envelhecimento humano em todo o mundo (OMS, 2015; CAMARANO, 2016).

Em 2020, muitos países, sobretudo os desenvolvidos, já estão convivendo com uma população com idade de 60 anos ou mais, a qual ultrapassa a proporção de crianças menores de cinco anos. Entretanto, estima-se que, em 2050, 80% das pessoas idosas farão parte dos países de baixa e média renda (OPAS, 2018).

Neste cenário, o Brasil será o sexto país, em nível mundial, com o maior número de pessoas idosas até 2025. Isso revela a enorme diferença existente entre o fenômeno de envelhecimento ocorrido em países desenvolvidos, que tiveram tempo e recursos para lidar com a mudança demográfica, a exemplo da França, que dobrou de 7% para 14% a proporção de idosos de sua população em 115 anos, e o Brasil, que, em 19 anos, passará pela mesma transformação, com um saldo de inúmeros problemas de ordem social, econômica e de saúde de sua população (FELIX, 2007; OMS, 2015).

Por esse motivo, por mais vitorioso que seja tornar possível o envelhecimento de uma população, a responsabilidade não se finda com o acréscimo de anos de vida; são necessárias estratégias que possibilitem a adição de mais vida aos anos que serão desfrutados por esses que estão envelhecendo. Para isso, é preciso considerar o holismo que envolve o processo de envelhecimento humano, uma vez que as mudanças que o constituem influenciam o ser que envelhece em seus aspectos biopsicossociais, espirituais e culturais.

Portanto, todas essas modificações devem ser pensadas numa perspectiva atual, em que sejam abandonados os estereótipos que sustentam o ageísmo, isto é, o preconceito por idade, que se nutre do que Ayres nomeou de “vícios ideológicos”, os quais impedem a capacidade de reconhecer a pluralidade da pessoa idosa atualmente (AYRES, 2001; FRANÇA *et al.*, 2017). Generalizar esse fenômeno, especialmente com a determinação de uma trajetória

negativa, tem sido um dos maiores equívocos da sociedade (OMS, 2015).

É imperativo reconhecer a necessidade de investimentos levando em consideração a equidade, sobretudo para não negligenciar os que demandam mais atenção ou restringir as inúmeras perspectivas de vida que ainda estão por vir, aos que desfrutam de vitalidade e estão motivados a experienciar ou redescobrir novos caminhos.

A sexualidade da pessoa idosa, por exemplo, é uma necessidade básica do ser humano, que, historicamente, vem sendo negada por todo um coletivo que rotulou e perpetua no imaginário social a pessoa idosa como assexuado (AGUIAR *et al.*, 2020).

Sob essa lógica, é possível inferir que alguns dos problemas de ordem social e de saúde que envolvem a pessoa idosa na contemporaneidade são diretamente influenciadas pela negligência sofrida por esse público nesse aspecto. A incongruência é real quando os números desvelam aumento da expectativa de vida, aumento de utilização de métodos para perpetuar a aptidão sexual, como reposição hormonal e as medicações que contribuem para a melhoria no desempenho sexual. Por outro lado, a temática é classificada como um grande tabu ou abordagem desnecessária por uma parcela importante dos profissionais de saúde e da área social (BEZERRA *et al.*, 2015; QUADROS *et al.*, 2016).

Estudos têm propagado o aumento de contágio de pessoas idosas por infecções sexualmente transmissíveis (IST), a exemplo do vírus da imunodeficiência humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (AGUIAR *et al.*, 2020; ARAÚJO *et al.*, 2020), com alcance de um aumento em 80%, nos últimos 14 anos, de idosos diagnosticados com a doença. Essas mudanças no perfil epidemiológico do HIV/AIDS no Brasil revelam a suscetibilidade da pessoa idosa e desmistifica a crença na perda do desejo sexual desse grupo, uma vez que a maioria do contágio acontece por via sexual, durante a relação heterossexual (heterossexualização) e com relato de prática sexual insegura, ou seja, sem o uso do preservativo (ALENCAR; CIOSAK, 2015; QUADROS *et al.*, 2016).

Todavia, esses fatos não são as únicas preocupações dos estudiosos desse grupo etário. Soma-se a isso uma sucessão de infortúnios que corporificam a vulnerabilidade da pessoa idosa à infecção pelo HIV/AIDS, a exemplo da falsa ideia de imunidade à doença por esse grupo e da invisibilidade de sua sexualidade por parte dos profissionais, que resultam em um diagnóstico tardio do HIV/AIDS em idosos. Assim, favorece-se o acometimento de doenças oportunistas e demais agravos à saúde da pessoa idosa, até mesmo a morte (AYRES *et al.*, 2006; ALENCAR; CIOSAK, 2015). Há, ainda, a dificuldade de adesão ao uso do preservativo nas relações sexuais, especialmente por parte dos homens, por se considerarem

invirís, ou até mesmo por ser uma forma de questionar a sua própria fidelidade (SILVA, 2002; SANTOS *et al.*, 2016). Esses comportamentos desconsideram o contágio com o HIV, um retrovírus que atinge o sistema imunológico, infecção sexualmente transmissível, responsável por desenvolver a AIDS (BRASIL, 2018).

O Brasil tem sido destaque no modo como enfrenta corajosamente a epidemia, por meio de um programa com a distribuição de preservativos e medicamentos antirretrovirais para todos os pacientes de forma gratuita, bem como com a implantação de uma rede pública de laboratórios para diagnóstico e acompanhamento clínico de pacientes e suporte para pesquisas do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS).

Essas medidas não são suficientes para interromper a disseminação da epidemia, mas têm demonstrado capacidade de aumentar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida das pessoas que convivem com HIV/AIDS, além de possibilitar a melhoria das condições técnico-científicas dos profissionais da saúde (BRASIL, 2018).

Apesar de reconhecermos todos os avanços e acesso ao tratamento por parte dos que convivem com o vírus, há de se considerar que existe um longo e difícil caminho a ser percorrido quando se trata da reconstrução da cidadania e da identidade social de todos que convivem com HIV/AIDS, principalmente quando se refere a pessoas idosas que, costumeiramente, já sofrem com a exclusão social e com a representação do idoso assexuado.

Na busca por dar voz a esses atores sociais que são silenciados pelo duplo estigma social de serem idosos e conviverem com HIV/AIDS, esta tese apresenta a seguinte questão-problema: quais as memórias e representações sociais de idosos que convivem com HIV/AIDS acerca de sua condição sorológica, da sua trajetória com o vírus e dos enfrentamentos vivenciados no cotidiano?

Assim, para responder à questão-problema, estabelecemos como objetivo geral do estudo: analisar as memórias e representações sociais da pessoa idosa sobre o HIV/AIDS, após a detecção e o convívio com o vírus.

Com vistas a contemplar o objetivo geral do estudo, definimos como objetivos específicos: traçar o perfil sociodemográfico e de saúde da pessoa idosa; analisar os conteúdos e a estrutura representacional sobre o convívio com o HIV/AIDS para o idoso; desvelar as memórias da pessoa idosa sobre o período e as circunstâncias de suas vidas de quando contraíram o HIV/AIDS; conhecer quais os fatores que dificultam a adesão ao tratamento pós-

diagnóstico; apreender as estratégias desenvolvidas em sua vivência com o HIV/AIDS; conhecer o nível de informações que os idosos detêm na atualidade sobre o assunto; compreender as experiências e o estilo de vida adotado após o diagnóstico..

Para a consecução dos objetivos, adotamos uma metodologia baseada em um estudo caracterizado como transversal, de caráter analítico, com abordagem qualitativa, tendo como aporte teórico-metodológico a Memória Coletiva e a Teoria das Representações Sociais.

O estudo foi desenvolvido em um Centro de Atenção a pessoas que convivem com Infecções Sexualmente Transmissíveis e HIV/AIDS, localizado na Bahia. Trata-se de um serviço especializado, com atendimento médico, psicoterápico e social aos que convivem com IST e HIV/AIDS, que está inserido na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e atende em média 600 pacientes por mês. Desse total, 132 idosos possuem um cadastro ativo, sendo 114 deles com vínculo e adesão ao tratamento clínico e medicamentoso na unidade.

O contato inicial com o campo de trabalho ocorreu no mês de agosto de 2019, momento em que os propósitos iniciais do projeto foram apresentados à equipe de saúde, com início da coleta de dados no referido mês de 2019 até dezembro de 2020.

Os participantes do estudo foram 38 pessoas com 60 anos ou mais de idade, diagnosticados com o HIV/AIDS, selecionados por critérios de elegibilidade. A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação dos seguintes instrumentos: 1. Miniexame do Estado Mental (MEEM); 2. Questionário sociodemográfico e econômico; 3. Questionário de Condições de Saúde; 4. Questionário para coleta em prontuário; 5. Roteiro para entrevista semiestruturada.

A análise e a interpretação dos dados foram submetidas ao *Software* Nvivo e, após seleção das categorias, foram avaliadas à luz da análise de conteúdo de Bardin (2011). Segundo Bardin (2011, p.15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR), conforme Protocolo parecer nº 3.394.696.

A Teoria das Representações Sociais foi eleita para este estudo por permitir que o universo representacional das pessoas idosas que convivem com HIV/AIDS seja contemplado em suas minúcias.

As representações sociais são fruto das relações e experiências vivenciadas por um coletivo operante que extrai dessas representações a sua identidade coletiva, por essa razão, as

representações norteiam condutas, valores, crenças e o modo de vida de um determinado grupo que se reconhece.

Para Parker (2000), os desdobramentos resultantes das relações intersubjetivas entre indivíduos e o cenário social de construção da sexualidade e interações sexuais devem ser o ponto de partida para fomentar estratégias assertivas e fundamentais para dar voz à pessoa idosa, mediante as vulnerabilidades traduzidas nos dados epidemiológicos. As representações construídas acerca do HIV/AIDS, bem como as experiências vivenciadas após o diagnóstico (medo, dificuldades, anseios, estigmas sociais, adoecimento e sexualidade) são dados que podem nortear o cuidado a esse público, que requisita cada vez mais ações e estratégias individualizadas.

A Teoria da Memória coletiva, como recurso teórico para estudo de um fenômeno que é social, a epidemia do HIV/AIDS, é essencial, visto que a memória coletiva determina crenças, práticas e valores que são transmitidos de geração a geração.

Este estudo emergiu de minha constante atenção à biografia e à trajetória social dos pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em que atuo como enfermeira assistencial no cuidado ao paciente grave e vivencio esse laboratório relacional há 14 anos. Entre as vivências experimentadas na prática clínica assistencial, houve duas pessoas idosas admitidas com um quadro grave e com múltiplas disfunções orgânicas já instaladas, em decorrência do diagnóstico tardio de HIV/AIDS, com desfecho, nos dois casos, desfavorável.

No desenrolar dos dois casos clínicos, entre um emaranhado de descobertas, duas situações, as quais serão relatadas a seguir, em especial, me instigaram e impulsionaram esta pesquisa. Já no primeiro momento, chama a atenção a incredulidade do diagnóstico pelos familiares; em um dos casos, houve, inclusive, ameaça de que a instituição de saúde que havia evidenciado o diagnóstico de HIV do seu familiar fosse demandada judicialmente, na certeza de que o diagnóstico seria inverídico.

Por outro lado, houve estranheza da equipe de saúde por estar diante de uma pessoa idosa com HIV. Os questionamentos que emergiam eram os mais diversos, porém o aprendizado agregado aos já adquiridos em meio a tantos títulos e especialidades foi o de que a pessoa idosa permanece carente de assistência social e assistência à saúde, pagando, muitas vezes, com a sua própria vida a perpetuação dos estigmas e tabus que cercam o envelhecimento humano.

Por essa razão, é improrrogável conhecer a dinâmica da epidemia de HIV/AIDS entre idosos, as percepções, os comportamentos e as redes sociais da pessoa idosa, ou seja, a

experiência de viver com HIV/AIDS para o ser que envelhece nesse cenário tão frio e indiferente às suas necessidades biopsicossociais. Promover esse diálogo é fundamental, a fim de trazer à luz um problema de saúde pública dessa dimensão, visto que é crescente o incremento no número de pessoas idosas convivendo com HIV/AIDS, expostas cotidianamente, enquanto se mantêm invisíveis para a sociedade, familiares e aos que deveriam promover um caminho de prevenção, promoção e proteção à saúde dessas pessoas, até então, negligenciadas.

É perceptível que vem ocorrendo drásticas mudanças na forma de viver a velhice. Entretanto, a forma como a sociedade lida com o envelhecimento humano e a pessoa idosa permanece imutável.

Quanto à organização e estruturação do estudo, este foi dividido em seis seções, dispostas do seguinte modo: a primeira seção introduz a temática do envelhecimento, do fenômeno do HIV/AIDS e suas repercussões biopsicossociais, seguidas da delimitação do objeto de estudo. Em seguida, na mesma seção, explicita-se a forma de aproximação com a temática do objeto em questão, com base na justificativa e relevância do trabalho. Além disso, são apresentados os pressupostos teóricos e os objetivos.

A segunda seção aborda os conceitos sobre o envelhecimento humano e a construção social da velhice. Aborda também a contextualização da sexualidade na velhice e apresenta dados sobre o cuidado à saúde da pessoa idosa.

A terceira seção é dedicada ao diálogo acerca do HIV na velhice e sua associação ao referencial teórico que norteia todo o estudo, ancorado, especialmente, na Teoria da Memória Coletiva e na Teoria das Representações Sociais.

A quarta seção revela a abordagem metodológica que orienta toda a pesquisa por meio da caracterização do estudo e seu cenário, bem como de seus participantes com seus critérios de elegibilidade, os instrumentos e procedimentos para a coleta de dados, a análise e interpretação dos dados e as questões éticas observadas.

A quinta seção expõe os resultados da pesquisa e as discussões das análises realizadas por meio das categorias e subcategorias que emergiram das entrevistas. Por fim, apresentamos as considerações finais do estudo, que descortinam o seu desfecho, bem como as sugestões para pesquisas futuras.

2. CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VELHICE E SEXUALIDADE: CUIDADO COM A SAÚDE

O envelhecimento é um fenômeno natural, progressivo, universal e inevitável que tem seu início desde o nascimento do indivíduo e ocorre de forma individual e heterogênea, considerando os aspectos biopsicossociais envolvidos na trajetória de vida do ser humano (OMS, 2015).

Desse modo, podemos inferir que a velhice representa uma categoria socialmente construída, para além dos aspectos naturais biológicos, uma vez que os fatores culturais, psicossociais, étnicos e de gênero vão constituindo a pessoa idosa a depender da sociedade e do tempo histórico em que ela está inserida, como já considerava Beauvoir:

[...] para compreender a realidade e a significação da velhice é, portanto, indispensável examinar o lugar que é destinado aos velhos, que representação se faz deles em diferentes tempos, em diferentes lugares (BEAUVOIR, 1990, p. 48).

Entretanto, em todo o mundo, para definir pessoa idosa, são utilizados a referência cronológica e os determinantes socioeconômicos de sua nação, orientados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em países em desenvolvimento, considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais de idade, já nos países desenvolvidos, considera-se a pessoa idosa a partir de 65 anos (OMS, 2015). Esse dado se restringe aos aspectos jurídicos e biológicos, estando bem à margem do universo em que reside o envelhecimento humano.

No Brasil, o Estatuto do idoso e a Política Nacional do Idoso estabelecem 60 anos ou mais para a pessoa idosa, o que significa que as pessoas de 60 até 100 ou mais anos de vida estão nesse grupo etário de múltiplas facetas, como pode ser visto.

O fato a se considerar é que existe uma heterogeneidade no modo de conceber o envelhecimento. Ele não ocorre de forma homogênea, em um ciclo natural, “a velhice não é uma categoria natural” (MORAES; BARROS, 2013, p. 50). À luz de Beauvoir (1970), há duas formas distintas de se pensar a velhice: uma categoria social, que tem seu valor mensurado, de acordo com cada realidade vivenciada, e para o ser humano, um “destino singular, o seu próprio” (BEAUVOIR, 1970, p. 109).

Camarano (2011) ressalta a diversidade do ser idoso e salienta a necessidade de atenção à trajetória de vida desse grupo, que é repleta de desigualdades sociais, culturais, regionais e raciais latentes no país. Veras (1995) destaca a imprecisão do termo velhice. Uma vez que essa é uma fase da vida mal definida, não existem “ritos de passagem” e ela ainda

sofre a interferência do tempo e do lugar a que pertence o indivíduo (BEAUVOIR, 1990).

Por sua grandiosidade, o envelhecimento populacional tem estado presente nas agendas dos principais fóruns no âmbito mundial. O foco das discussões tem valorizado principalmente as variáveis sociais, econômicas e de saúde que envolve o ser que envelhece. Afinal, estamos vivendo a “Era do Envelhecimento”, período correspondente a 1975 até 2025, eleita pela Organização das Nações Unidas (2002).

Foram décadas de previsões e projeções que os países desenvolvidos vivenciaram enquanto coexistiam mobilizações intelectuais e financeiras a fim de preparar o território para a transição demográfica, enquanto, para os países em desenvolvimento, como o Brasil, os dados demográficos se apresentam em uma progressão tão veloz, que parece não oportunizar, na mesma proporção, o agrupamento de ações e estratégias políticas para o cuidado aos que estão envelhecendo.

As evidências da disparidade na evolução demográfica em países com níveis de desenvolvimento variados foram destacadas pelo Fundo de População das Nações Unidas (2012): no universo de 15 países com mais de 10 milhões de pessoas idosas, 7 desses estão em desenvolvimento. Quanto às projeções acerca do envelhecimento populacional no mundo, os dados trazem uma previsão de 1,2 bilhões de pessoas idosas em 2025 e 2 bilhões em 2050 (FUNDO, 2012).

No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015) reafirma que a população de idosos é a que mais cresce em todo o país, com taxa de 4% ao ano entre 2012 e 2022 e com projeção de aumento de 3,75 vezes mais em 2060, quando comparado a 2010.

É sabido que, no Brasil, uma das motivações para o incremento do envelhecimento populacional ocorre principalmente pela diminuição abrupta da taxa de fecundidade, essa, por sua vez, somada à diminuição da mortalidade nas idades mais avançadas, contribui para o “envelhecimento pelo topo”, marcado pelo envelhecimento da própria população idosa (CAMARANO, 2011).

O índice de envelhecimento, que é a relação entre a porcentagem de idosos e de jovens, tem projeções de aumento de 43,19% em 2018 para 173,47% em 2060, seguindo uma tendência mundial de completa modificação da pirâmide etária, em que ocorre o estreitamento da base, com a redução no número de crianças e jovens e alargamento do corpo e topo, impulsionados pelo aumento no número de adultos e idosos (IBGE, 2019).

Destarte, não há como negar o fenômeno do envelhecimento populacional. Para além dos dados demográficos, é possível perceber a materialização desses dados no interior dos

grupos familiares em todo o mundo e no Brasil. Nas palavras de Veras (2007, p. 2.464): “País jovem com cabelos brancos”, já se faz alvo o arcabouço do seu corpo social.

À vista disso, todas as unidades da Federação vivenciaram, entre 2012 e 2017, um aumento significativo no quantitativo populacional de idosos em seu território, com destaque para os estados do Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, que alcançaram a taxa de 18,6% de sua população com 60 anos ou mais (IBGE, 2018).

A Bahia protagonizou o sétimo maior aumento da população idosa, entre os estados brasileiros, ao avançar a casa de 1,9 milhão em 2015 para mais de 2 milhões de pessoas idosas em 2016. Esse crescimento foi de 6,8%, muito além da média nacional (+3,7%) para o mesmo período (BRASIL, 2017).

Estudiosos do tema clamam por discussões que tragam à luz as especificidades de atenção exigidas em seus múltiplos aspectos ao ser que envelhece. Reconhecem que o envelhecimento é um processo multifacetado e multifatorial, que tem como produto a tão malquista velhice, carente de aproximação e repleta de representações negativas e de tabus.

Para Papaléo Neto (1999), são de longa data as ideias sobre a velhice, tão antigas quanto a humanidade. É que, no imaginário social, a velhice vem sendo constituída por um corpo frágil, uma mente falha, um desfalque aos cofres públicos (Estado) e privados (família), uma sobrecarga aos serviços de saúde e sociais, sinônimo de dependência funcional e ausência de papéis sociais (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002).

O fato é que a mesma sociedade que recorre a inúmeros recursos para prolongar a vida das pessoas não reconhece a velhice, não reconhece o seu próprio envelhecimento (DA CRUZ SANTOS; DAMICO, 2009). Por esse motivo, faz-se premente entender de que modo a sociedade estabelece as posições e atribuições por cada grupo etário que a compõe. Somente assim será possível vislumbrar o lugar social que ocupa a pessoa idosa (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002).

Debert (2004) reforça que, a partir da segunda metade do século XIX, a velhice é relacionada a um contínuo de fatos negativos e perdas, e estes constroem a identidade social da pessoa idosa. Ao mesmo tempo, ressalta que foram esses os parâmetros basilares que fundamentaram os direitos sociais das pessoas que estão envelhecendo, a exemplo da universalização da aposentadoria. Tal perspectiva também foi apontada por Beauvoir (1970, p. 136), quando afirmou que “é preciso que o corpo permaneça intacto para que a velhice seja feliz: uma bela velhice é aquela que tem lentidão da idade, mas sem deficiências”.

Por outro lado, todo esse fardo que recai sobre os ombros da pessoa idosa faz brotar

nela sentimentos de negação acerca do envelhecimento, o que motiva a busca incessante por uma imagem ideal de si mesma, que seja socialmente aceita, incluída entre as possibilidades que estão postas na sociedade. O resultado disso tudo é a negação da sua própria identidade (LINS DE BARROS, 2000).

A impossibilidade do homem de se imaginar uma pessoa idosa é o que sustenta grande parte dos problemas relacionados à velhice (BEAUVOIR, 1990). Há, no imaginário social, uma projeção do envelhecer sobre o outro, sem, contudo, a recordação de que “nenhum homem que vive muito tempo escapa à velhice; é um fenômeno inelutável e irreversível” (BEAUVOIR, 1970, p.46).

Apesar de, há muito tempo, desde a década de 1970 até os dias atuais, imperar o culto à juventude e o que ela representa (o belo, saúde, vida, liberdade, autonomia, independência, força produtiva), isso continua não apenas a nutrir, mas, acima de tudo, a encantar o imaginário social, com a potência desse tempo e as inúmeras tecnologias, estratégias e ofertas milagrosas para a prevenção do tão temido envelhecimento que acomete a todos, sem distinção, mesmo que de modo particular.

Em um breve percurso histórico acerca da velhice, podemos observar que, na sociedade primitiva, o lugar da pessoa idosa era o lugar do privilégio, da sabedoria e do conhecimento, por toda a bagagem social, cultural e de poder que lhes era transferida pelos mais jovens e por todo o coletivo.

Relativamente à cultura, é possível vislumbrar, no Egito, há aproximadamente 3000 a.C., em registros históricos, a responsabilidade dos filhos de cuidar dos idosos e o quanto a longevidade era sagrada (LEME, 1996). O mesmo autor descreve que o Sinédrio (Superior Tribunal dos Judeus) tinha anciãos do povo em sua composição, tamanho era o prestígio e a representatividade política da pessoa idosa na época.

Na china, o *status* hierárquico dos idosos, seu poder de decisão e sua influência social aumentavam na mesma proporção que seus anos de vida. Na Grécia antiga, os reis contavam com um conselho de anciãos, por reputar aos mais velhos a sabedoria, experiência e a autoridade (BEAUVOIR, 1990), apesar do predomínio da capacidade física da juventude durante as revoluções.

Já no final do século XIX, na França, a velhice passa a ter uma divisão social, na qual os sem posse eram chamados de velho ou velhote, enquanto os que detinham bens e de classe social mais favorecida eram conhecidos como idosos (PEIXOTO, 1998). Daí emerge a condição pejorativa e estigmatizante do termo velho.

Em meados da década de 1960, o termo velho vai sendo substituído por completo por idoso em todos os documentos oficiais franceses, ao mesmo tempo em que surge o termo terceira idade, com o intuito de fornecer uma nova roupagem à representação da velhice, à ideia de vida ativa nas dimensões físicas, psicossociais e culturais (SILVA, 2008).

A utilização dessas nomenclaturas tem por finalidade a fragmentação desse grupo populacional em dois grupos distintos: por um lado, a velhice fala acerca da pessoa idosa frágil, fisicamente dependente e socialmente excluída, que onera as despesas públicas, um fardo; por outro lado, está o grupo partícipe da terceira idade, que goza de liberdade plena, vida ativa, com condições socioeconômicas que o permitem circular entre outros grupos e espaços seletos da sociedade sem causar estranheza. A esse grupo é permitida, inclusive, uma vida sexual ativa (DEBERT, 1999).

Isso porque esses balizamentos identitários impõem limites rígidos aos grupos etários, como “Currais psicossociais”, que vão determinar seu modo de agir e a sua identidade social, capaz de aproximar ou afastar por completo um determinado grupo etário semelhante pelo fato de serem socialmente distintos (BIRMAN, 1997).

A sentença atribuída pela sociedade à velhice, enquanto finitude, é expressa por Beauvoir (1970, p.46) como percurso último: “a velhice desemboca sempre na morte”. E essa mesma construção condiciona as motivações para se investir na população idosa, pois:

É o sentido que os homens conferem à sua existência, é seu sistema global de valores que define o sentido e o valor da velhice. Inversamente: através da maneira pela qual uma sociedade se comporta com seus velhos, ela desvela sem equívoco a verdade – muitas vezes cuidadosamente mascarada – de seus princípios e de seus fins (BEAUVOIR, 1970, p. 108).

Importante ressaltar o quanto as representações do declínio biológico e físico da pessoa idosa determinam o seu papel social. Colocam-na em uma posição de expulsão da sociedade, definem a sua identidade social por meio das marcas de sua trajetória de vida, tatuadas em uma pele que simboliza o passaporte para a última viagem aqui na Terra. Por isso, o espelho refletido pelos olhos de toda uma sociedade reafirma a todo o tempo que não há mais nada a fazer, não há como fazer planos, tampouco há como viver.

Essa concepção perigosa, que condiciona papéis e lugares, também é incorporada à própria assistência de saúde, ainda que sutilmente. Um pensamento social que reserva ao idoso o lugar de marginalidade tende a reproduzir tal segregação também no cuidado. Neste sentido, deparamo-nos com programas e redes fragilizados que, na grande maioria das vezes,

funcionam como uma mera repetição de consultas que dispensam medicações, sem oportunizar uma avaliação e condutas capazes de melhorar a condição e qualidade de vida da pessoa idosa.

Veras e Oliveira (2016) e Veras (2020) apontam como esse modelo de atenção à saúde da pessoa idosa possui múltiplas fragilidades, principalmente por se apresentar de maneira fragmentada, como “multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e de imagem, entre outros procedimentos que sobrecarregam o sistema” (VERAS, 2020, p.2).

Ainda segundo esse autor, é necessário encarar o desafio de transformação da lógica do cuidado com ações e inovações, desde a forma de organização e gestão da assistência e seu financiamento até a própria rotina dos serviços e a formação dos profissionais. Esse modelo propõe uma estrutura de atendimento sob o enfoque da assistência integral, ou seja, monitoramento das condições de saúde para garantir que haja prevenção e cuidados coordenados em todas as instâncias (VERAS, 2020).

Merhy (1997), ao tratar do cuidado em saúde e do uso das tecnologias para esse cuidado, explicita que há três recursos tecnológicos como estratégia de cuidado: a tecnologia leve (fruto das relações entre profissionais e a vida humana que recebe o cuidado, acolhimento e vínculo estabelecido); a tecnologia leve-dura (referindo-se aos saberes estruturados, a exemplo dos protocolos institucionais assistenciais); e, por fim, a tecnologia dura (quando trata de equipamentos e recursos materiais e medicamentos de alta tecnologia). O autor salienta o uso abusivo deste último recurso, capaz de promover um maior distanciamento da equipe de saúde com a biografia dos indivíduos e de perpetuar a invisibilidade do ser que necessita do cuidado.

Para a pessoa idosa, o distanciamento do profissional de saúde com sua realidade e necessidades, além de onerar as despesas em saúde pública e no âmbito social, produz um cuidado que conduz à incapacidade para a promoção de saúde e bem-estar do ser que envelhece carente do cuidado individualizado, com foco na pessoa humana.

A rapidez com que o país avança no processo de envelhecimento populacional constitui um dos maiores obstáculos para os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. O processo acelerado, somado aos elementos de desigualdades sociais e econômicas, agrava ainda mais esse cenário, comprometendo o avanço e até mesmo a implementação das políticas públicas de saúde para a pessoa idosa (ANDRADE *et al.*, 2020).

Apesar de imensamente necessário pontuar que o envelhecimento não pode ser

reduzido ao adoecer, os estudos revelam a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) com o avançar da idade, e é claro que tal fato possui impactos nos custos e na gestão da saúde, conforme já apontado (MARENGONI *et al.*, 2011; ANDRADE *et al.*, 2020). Entretanto, o que torna essa discussão urgente e necessária é a inevitabilidade de olhar para a assistência de saúde à pessoa idosa, considerando a sua individualidade, suas necessidades pessoais e reconhecendo-a como sujeito do processo (VERAS, 2020).

A perspectiva atual vai de encontro a essa premissa e permite inferir que vem deste lugar a desassistência da grande maioria da população idosa, nos âmbitos sociais, familiares e de saúde, o que colabora para que esse grupo etário seja acometido por morbidades, sendo esse adoecimento, na verdade, uma reação adversa ao tratamento que tem sido ofertado à população idosa, pois as representações do envelhecer construídas ao longo tempo revelam que não há motivação para investir nesse grupo específico.

Em estudo desenvolvido no norte de Minas Gerais, Cruz *et al.* (2020) buscaram investigar as dificuldades de acesso aos serviços de saúde de 394 idosos comunitários. Os resultados obtidos, em concordância com outros achados da literatura, demonstraram que 33% dos participantes encontraram dificuldade no acesso aos serviços de saúde, e alguns fatores importantes estavam relacionados a essa dificuldade.

Os autores verificaram que condições como: não possuir companheiro, não saber ler, idosos frágeis e que possuem uma percepção negativa da própria saúde são os que enfrentaram maior dificuldade. Tais achados também são apontados por outras pesquisas e denotam as fragilidades do modelo de saúde e dos posicionamentos dos profissionais que o formam (AMARAL *et al.*, 2012; DOMINGUES *et al.*, 2013; PEREIRA *et al.*, 2015).

Neste cenário, ainda em relação às condições de saúde da pessoa idosa, é possível notar que tem sido observado, entre as pessoas com 60 anos ou mais, um aumento significativo no número de casos de ISTs e HIV/AIDS nessa faixa etária. Esses números são associados, entre outros fatores, principalmente, ao avanço tecnológico para diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS no Brasil, onde a política de acesso universal à terapia antirretroviral vem promovendo melhoria na qualidade de vida e aumento na sobrevivência das pessoas que vivem com HIV/AIDS (SILVA *et al.*, 2014).

O desfecho da associação desses fatores resulta em pessoas envelhecendo com HIV/AIDS, ou seja, pessoas que percorrem o trajeto da maturidade à velhice convivendo com o HIV/AIDS e tendo a sexualidade potente ignorada. Segundo alguns estudiosos, isso se deve justamente à vulnerabilidade dessas pessoas devido à concepção errônea de sua

assexualidade.

Ao se considerar a sexualidade como uma reunião de pensamentos, emoções e comportamentos, de manifestação comum em qualquer etapa da vida, distinta apenas em sua intensidade ou duração, faz-se com que ela transponha as barreiras impostas no imaginário social do seu irrelevante papel para o bem-estar e qualidade de vida dos que estão envelhecendo (ALMEIDA; MOURA; PESSOA, 2017) .

Andrade *et al.* (2017) e Aguiar *et al.* (2020) discutem questões importantes desta problemática, demonstrando como uma concepção equivocada sobre a sexualidade de pessoas idosas tende a gerar prejuízos para a saúde, seja por um diagnóstico tardio, seja pela própria falha na prevenção e na educação em saúde.

Em um trabalho com 377 idosos, cadastrados nas 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Botucatu, Andrade *et al.* (2017) buscaram identificar a prevalência e fatores associados a ISTs em idosos. Os resultados dessa pesquisa revelaram dois achados interessantes: o primeiro diz respeito à ocorrência de alguma IST em outro momento da vida, que os autores analisaram e justificaram na relação com a IST na velhice pelo histórico de comportamentos de risco. Já o segundo se refere à maior incidência de IST entre mulheres.

Andrade *et al.* (2017) demonstraram que, mesmo sendo a população feminina a que, de forma geral, tende a se preocupar e buscar mais pelos serviços de saúde, foi entre as idosas que os autores verificaram o maior número de diagnósticos de IST. Esse achado também reflete a vulnerabilidade da mulher idosa nas falhas dos serviços de saúde, quando deixam de prestar um cuidado integral. Inclusive, Aguiar *et al.* (2020) destacam que as ações de prevenção realizadas pelo Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/AIDS) só começaram a incluir a população idosa no grupo prioritário a partir de 2008 (BRASIL, 2010).

Em estudo realizado em um centro de convivência de uma cidade do estado de Minas Gerais, Moreira *et al.* (2012) investigaram a ocorrência de IST e o conhecimento acerca dessa temática, incluindo prevenção, uso e acesso aos métodos contraceptivos, entre 210 idosas que frequentavam as atividades da unidade.

Os autores revelaram que a maioria das participantes (74,8%) indicaram deter algum conhecimento sobre as ISTs, identificando principalmente HIV/AIDS, gonorreia, sífilis e papilomavírus humano (HPV). Entretanto, um achado importante, destacado nessa pesquisa, endossa a discussão, já que, mesmo identificando as ISTs e reconhecendo a ocorrência de alguns sinais e sintomas como coceira vaginal, corrimento e ulcerações/lesões, 87,6% das

idosas acreditavam não ter tido uma doença, isto é, não associaram a presença de sinais e sintomas com o acontecimento da IST.

Com base nesses dados, podemos inferir que, apesar do número crescente de contágio da pessoa idosa por IST e HIV/AIDS, os números devem estar bem maiores do que os que vêm sendo divulgados, uma vez que devemos considerar que parte da população idosa não recebe abordagem acerca do tema e tampouco realiza investigação clínica para obtenção do diagnóstico.

Achados dessa natureza trazem à luz o deficitário cuidado à saúde, principalmente no que tange aos aspectos relativos à sexualidade, às práticas seguras, ao uso de métodos de proteção e ao conhecimento acerca das ISTs entre a faixa etária idosa. Além disso, ainda perdura no senso comum o compartilhamento de dois pensamentos que possuem influência direta na adoção de comportamentos de risco e que resultam na falsa impressão de inutilidade do preservativo.

O primeiro é a noção equivocada de que o uso de preservativos tem como única finalidade a contracepção e, por isso, após a menopausa, não seria mais necessário o seu uso; e o segundo diz respeito à visão do matrimônio ou de uma relação com um parceiro(a) fixo(a) como uma condição protetiva, que novamente dispensaria o uso de métodos de proteção (MOREIRA *et al.*, 2012; ANDRADE *et al.*, 2017; LEITE *et al.*, 2019).

De acordo com Laroque *et al.* (2011), tendo em vista que os assuntos de sexualidade na faixa etária idosa já não consideram a preocupação com a contracepção, a prevenção e o incentivo ao uso de preservativo tendem a receber menor atenção. Em seu estudo, os autores revelam falas de idosas com entendimento errôneo do preservativo como algo dispensável, justamente por estarem vivenciando o período pós-reprodutivo. Contudo, essa percepção está também relacionada à dificuldade de tratar da temática e negociação com o parceiro, para elucidar a necessidade de tal uso sem que ocorra algum tipo de conflito na relação de confiança do casal.

Diversas pesquisas identificaram o casamento e a relação com um parceiro(a) fixo(a) como justificativa para o não uso de proteção por parte dos idosos. Dantas *et al.* (2019) investigaram 383 idosos usuários de cinco casas noturnas, tradicionalmente frequentadas por idosos, no município de Teresina. Os resultados revelaram que 61,8% dos idosos afirmaram não fazer uso de preservativo, pois mantêm relações sexuais com parceiro fixo.

Leite *et al.* (2007) também encontraram resultados semelhantes em seu estudo, visto que os idosos apresentaram uma percepção de menor vulnerabilidade, pois se encontram em

uma relação de confiança, sendo desnecessário adotar qualquer método de prevenção de DSTs e HIV/AIDS. Os autores apontam como justificativa para tais condutas a influência das crenças religiosas e morais sobre as mulheres, que evitam essa discussão por receio de gerar uma quebra na confiança conjugal, já que o parceiro pode entender o uso do preservativo como uma sugestão de infidelidade, o que possui grande impacto no matrimônio.

Silva, Lopes e Muniz (2002) elucidam esse juízo quando apresentam o pensamento de homens acerca do uso descabido do preservativo no casamento. As afirmativas reveladas no estudo evidenciam que, para os homens, a necessidade de proteção existe apenas para as relações extraconjugais.

Esse paradigma, imposto também pelas desigualdades das relações de gênero, associado às demais fragilidades no posicionamento dos profissionais de saúde, reforça a necessidade urgente de mudança na prática e de novas estratégias para o cuidado em saúde.

Para além da indispensabilidade do cuidado integral da pessoa idosa, considerando os comportamentos e o âmbito sexual como elementos componentes do ser humano em sua totalidade, é necessário considerar que, no próprio cenário de prolongamento da vida, há um movimento crescente de busca por estratégias para promover qualidade de vida e uma vida sexual ativa nessa fase, com o desenvolvimento de drogas potencializadoras do desempenho sexual, uso de hormônios e outras alternativas, como a prótese, para corrigir disfunção erétil (MASCHIO *et al.*, 2011).

Se, por um lado, existem profissionais e um mercado que garantem e popagam a vitalidade sexual a todo custo, o diálogo sobre os riscos e potenciais vulnerabilidades a ISTs e a importância do comportamento sexual seguro é ignorado, ou, muitas vezes, secundarizado, assim como as investigações diagnósticas realizadas tardiamente, o que tem gerado complicações à saúde da pessoa idosa.

As consequências de tal desassistência podem ser percebidas no número crescente de idosos sendo diagnosticados com IST e HIV, bem como no silenciamento que impacta a vida dessas pessoas e lhes reserva, no modelo de sociedade vigente, uma condição duplamente estigmatizante.

3. ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA COLETIVA, TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Em todo o mundo, o número de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) é crescente. A estimativa, até o fim de 2019, era a de que havia 38 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo (UNAIDS, 2020). De acordo com Agostini *et al.* (2019), o Brasil vivencia atualmente a quarta década da epidemia de HIV, em que foram notificados, desde o seu início, nos anos de 1980, mais de 900 mil casos em todo o país.

Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) revelam que, de 2007 até junho de 2019, houve 300.496 notificações de casos de infecção pelo HIV no Brasil. De 1980 a junho de 2019, foram evidenciados 966.058 casos de AIDS, registrados a cada ano, uma média de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos (BRASIL, 2019).

Considerando a magnitude dessa condição, que desvela um conjunto de alterações clínicas, alterações de ordem biológica e psicossocial, que podem, inclusive, acarretar inúmeros prejuízos à saúde e à qualidade de vida do indivíduo; a decisão de olhar para esse processo desconsiderando a existência de tais características representa uma atitude reducionista e perigosa (GUEVARA-SOTELO; HOYOS-HERNÁNDEZ, 2018).

Ao longo das últimas décadas, diversas pesquisas têm buscado analisar as implicações desses fatores na gestão do cuidado e no cotidiano das pessoas que convivem com o HIV. É possível notar que há um movimento crescente de investigação acerca do processo de estigmatização do HIV como um obstáculo importante no enfrentamento do HIV/AIDS em todo o mundo (ANDRADE; IRIART, 2015). Tais achados revelam uma grande variedade de motivos que tendem a influenciar a manifestação de estigmas, sejam eles relacionados ao gênero, etnia, condição econômica ou sexualidade (SUIT; PEREIRA, 2008).

Valle (2002) desenvolve uma discussão importante em torno dos processos culturais e comportamentais que resultam na estigmatização e na ocorrência da violência simbólica em contextos do HIV/AIDS. Segundo o autor, por ser considerada como uma fonte segura de informações, a mídia exerceu um papel determinante na elaboração das representações da sociedade a respeito da AIDS nos anos de 1980. Diante de tal responsabilidade e dos discursos produzidos, esse papel pedagógico da mídia revela características ideológicas importantes noticiadas nos primeiros casos de HIV/AIDS divulgados pelos veículos de imprensa e que podem ter sido perpetuadas; podem, portanto, oferecer subsídios para compreender o processo de construção da imagem do HIV/AIDS no país.

Valle (2002) revela que, a partir de 1984, houve uma reconfiguração nos modos de elaboração da imagem do HIV/AIDS a partir da concepção divulgada pela imprensa brasileira como um “mal americano que chegava ao país” (VALLE, 2002, p.184) e de uma definição pautada na identidade sexual, como uma doença tipicamente gay, que, naquela altura, era justificada por atitudes de homens que mantinham relações sexuais com homens. Esse comportamento considerado promíscuo favorecia era responsável, então, pelo crescimento de casos entre a comunidade homoafetiva (BASTOS *et al.*, 1993).

Essa visão restritiva incidiu inclusive na ausência de ações efetivas pelas autoridades sanitárias da época, que também compartilhavam o pensamento difundido na mídia de que o HIV estava restrito aos grupos minoritários. Contudo, com o crescimento do número de casos de HIV entre hemotransfundidos, hemofílicos, mulheres e crianças, a imagem do HIV/AIDS passou a ser reconfigurada, e o descaso no controle da qualidade de sangue e hemoderivados, denunciado (BASTOS *et al.*, 1993; VALLE, 2002).

Nos anos seguintes, novas categorias identitárias também foram associadas ao HIV/AIDS, e a descrição midiática foi novamente ajustada, baseando-se em denominações como “vítima”, “paciente” e “portador de AIDS” e na reprodução de uma imagem de pessoas acamadas em hospitais, debilitadas, necessitando de cuidados. Esse tratamento contribuiu para o distanciamento social e a propagação de uma imagem discriminatória e de degradação, nomeada mais tarde como a categoria de aidético. Nesta fase, toda pessoa diagnosticada com o vírus entrava para essa classificação identitária, que, apesar de possibilitar a utilização dos recursos clínicos disponíveis na época, era também acompanhada de uma sentença de morte, o que potencializava ainda mais o estigma (VALLE, 2002).

Em se tratando de uma condição incurável e considerando a falta de conhecimentos sobre a transmissão e os variados fatores ainda desconhecidos no início da década de 90 do século XX, o diagnóstico do HIV e da AIDS revelava muitos medos, incertezas e representações negativas, inclusive, pela propagação do pensamento de morte anunciada (VILLARINHO; PADILHA, 2014). Nesse sentido, a vinculação da figura do aidético representava a identidade estigmatizada do HIV (GOFFMAN, 1990).

A partir de 1991-1992, a visão do HIV/AIDS ganha uma nova roupagem. Com as medidas de saúde implementadas, a assistência às pessoas soropositivas caminha com novas políticas públicas, que promoveram a elaboração e execução de leis e programas de saúde com Serviços de Assistência Especializada às pessoas com HIV/AIDS, diagnóstico precoce e oferta da terapia antirretroviral, bem como a criação de organizações não governamentais

(ONGs), comissões e portarias que organizaram esses serviços de assistência (VILLARINHO; PADILHA, 2014). Uma dessas ações ocorreu em 1993, quando o governo buscou, junto ao Banco Mundial, um empréstimo para estruturar, em todo o país, a rede de assistência com serviços ambulatoriais, hospitalares e de assistência domiciliar terapêutica (ADT) (SOUZA *et al.*, 2010; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2011).

Dessa forma, as pessoas com diagnóstico de HIV retornam à vida social enquanto realizam o tratamento, e essa nova imagem ganha espaço na imprensa e nas representações da sociedade, traçando uma nova etapa da história cultural do HIV/AIDS pelo discurso dos soropositivos assintomáticos, mesmo sem abandonar a noção de inevitabilidade da morte. Esses indivíduos, ao contrário do que foi apregoado sobre o aidético fragilizado, poderiam “viver uma vida normal”, apesar de conviverem com o vírus; passaram, assim, a representar uma nova configuração da saúde do corpo doente (VALLE, 2002, p. 184).

Todo esse processo identitário em torno da imagem da pessoa com HIV/AIDS e as implicações em sua vida social estão refletidos nas representações sociais que perduram até os dias atuais. Apesar de passados tantos anos, e de muitos estudos científicos demonstrarem a mudança no perfil da epidemia, além de permitirem avanços no tratamento e na qualidade de vida desses indivíduos, a construção social do HIV/AIDS traz essa carga histórico-cultural de segregação, preconceito e estigmatização.

Segundo Ayres (2002), a apropriação dessas identidades construídas de modo plural e subjetivo traz a exigência da revisão dos modos de gestão e da própria intervenção. Para o autor, os contextos intersubjetivos desconsiderados alargam a vulnerabilidade ao HIV e refletem os posicionamentos limitantes que vigoraram por muito tempo, sendo um dos desafios mais decisivos para a prevenção efetiva.

Em uma das diversas tentativas de gerir melhor a situação e reduzir os danos promovidos pelo discurso equivocado de a doença estar restrita a um grupo específico, abandona-se a utilização do termo “grupo de risco”, e, em seu lugar, adota-se o conceito de vulnerabilidade e dos comportamentos de risco (SALDANHA *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2010).

Advindo da epidemiologia, o termo foi incorporado e naturalizado, fazendo com que muitas pessoas não se sentissem expostas ao risco de infecção (VALLE, 2002). Esse posicionamento tem relação com o fator histórico, já mencionado, de como durante muito tempo foi difundido que o HIV/AIDS estava restrito a um grupo determinado, um grupo de risco composto por gays, usuários, dependentes de substâncias psicoativas e profissionais do

sexo.

Em consequência disso, as pessoas tidas como “não componentes dos grupos de risco” assumiram uma postura equivocada e passaram a considerar a imunidade ao vírus. Como resultado desastroso, observou-se o crescimento do número de casos na população em geral e, com isso, a necessidade urgente de romper com a ideia preconceituosa proposta no grupo de risco, ampliando a visão da sociedade acerca das formas de contaminação pelo vírus HIV (VALLE, 2002; SALDANHA *et al.*, 2008; SOUZA *et al.*, 2012; MONTEIRO *et al.*, 2013).

Na mesma direção, Ayres (2002) aponta que a mudança do lugar do risco para o da vulnerabilidade pressupõe que os programas e as ações das políticas públicas estejam centrados nas relações entre os diversos grupos da população, e não mais em grupos identitários ou de risco. O autor recupera o conceito de vulnerabilidade para as práticas em saúde afirmando ser nesse contexto que o próprio conceito se desenvolve:

Ele pode ser resumido justamente como esse movimento de considerar a chance de exposição de pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Por isso as análises de vulnerabilidade envolvem a avaliação de três eixos interligados: componente individual, componente social e componente programático (AYRES *et al.*, 2003, p.127).

Os três planos deste modelo conceitual e metodológico são, portanto, o plano individual, que compreende as múltiplas definições da vulnerabilidade em seus diversos contextos, sejam eles:

[...] epidemiológico, identificando aqueles que apresentam maiores graus de exposição; operacional, aqueles que necessitam de maior grau de proteção e assistência; social, aqueles que não têm seus direitos efetivados e aqueles sem acesso aos serviços e bens sociais disponíveis; econômico, aqueles sem acesso a um nível satisfatório de assistência, devido às limitações financeiras (GARCIA; SOUZA, 2010, p.11).

O plano social perpassa pelos campos da cidadania e dos direitos, neste caso,

[...] o direito humano à saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e o direito à livre orientação sexual; pelo repertório de crenças e valores relacionados ao exercício da sexualidade, ao processo saúde/doença/cuidado; pelos sentidos e significados sociais atribuídos ao pertencimento étnico e racial, à masculinidade, à feminilidade e às identidades de gênero, à idade e geração,

denominação religiosa, dentre outras dimensões (GARCIA; SOUZA, 2010, p.11).

E, por fim, o plano pragmático, que está relacionado aos programas de promoção e prevenção da saúde por meio de educação em saúde, “pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados; e pela adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições” (GARCIA; SOUZA, 2010, p.11).

Ayres (2002) compreende que é necessário assumir uma nova postura diante das condições de exposição, isto é, abandonar a concepção de que as pessoas se expõem por uma questão de vontade ou pelo seu nível de instrução, pois existem questões estruturais importantes que exercem influência sobre tais práticas, e que, durante muito tempo, foram negligenciadas.

[...] não tratar as práticas que expõem as pessoas ao HIV e ao adoecimento por Aids como fruto exclusivo da vontade e do grau de esclarecimento dos indivíduos, mas ver os comportamentos como a resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais de onde essas práticas emergem (AYRES, 2002, p. 20).

Desta forma, acompanhamos, na primeira década da epidemia, tanto nas campanhas quanto nos programas educativos e na própria mídia, um processo comunicativo que construía “uma visão fatalista, normativa e discriminatória” em razão da restrição às informações sobre os modos de não transmissão do HIV (MONTEIRO *et al.*, 2013, p.251). É no final da segunda década da AIDS que vão sendo observados os movimentos de críticas e de mudanças relacionadas às posturas e abordagens de responsabilização individual. Gradualmente, são implementados os modelos multidimensionais, visando ao “*empowerment* coletivo” (MONTEIRO *et al.*, 2013; VILLARINHO; PADILHA, 2014).

Os passos para a mudança foram dados, porém os rastros do antigo pensamento ainda estão presentes em posturas, pensamentos e no próprio silenciamento.

Garcia e Koyama, citando o trabalho de Cogan e Herek (1998), defendem que:

O estigma da Aids se superpõe a estigmas pré-existentes associados a diferentes grupos sociais como homossexuais, trabalhadoras do sexo e usuários de drogas, evocando múltiplos significados. Esses conceitos e imagens pré-concebidas fazem parte da matriz cultural e social que constrói diferenças, cria hierarquias e legitima estruturas de desigualdades sociais. Os estigmas pré-existentes estabelecem associação da Aids com homossexualidade, prostituição e desvio sexual, marcadores ainda atuantes

no processo de estigmatização (GARCIA; KOYAMA, 2008, p. 74).

Sendo assim, a estigmatização do HIV/AIDS foi sendo construída ao longo do surgimento dos primeiros casos, em 1980. A discriminação gerada pelos ideais do grupo de risco, a associação aterrorizante e a condenação de morte diante da não cura são alguns dos elementos que alimentaram esse processo de estigmatização e que, ainda hoje, se refletem nos comportamentos da sociedade e resultam em prejuízos para a saúde dos indivíduos (GARCIA; KOYAMA, 2008).

A necessidade de discutir a estigmatização do HIV/AIDS atualmente está pautada nessa memória socialmente partilhada que faz com que as pessoas relutem em buscar pelo serviço de saúde para realizar um teste, tamanho é o medo do preconceito que virá logo após o diagnóstico. E da mesma forma acontece com a adesão ao tratamento e todas as circunstâncias que formam a vida de uma pessoa que convive com HIV/AIDS que, por receio do julgamento moral, social e até mesmo religioso do outro, negligencia, esconde e silencia a sua condição de saúde (GARCIA; KOYAMA, 2008; ANDRADE; IRIART, 2015).

Simone Monteiro *et al.* preconizam que:

A análise dos processos de estigma e discriminação relacionados aos agravos à saúde deve buscar transcender a concepção da doença como um fenômeno natural que produziria “marcas corporais”, nas quais esses processos teriam origem. É necessário levar em conta as inter-relações específicas entre estruturas macro e microsociais que convergem para produzir mecanismos de exclusão de alguns indivíduos e grupos, tornando-os mais vulneráveis a determinados agravos à saúde, e atribuindo aos seus portadores sentidos morais e sociais desqualificadores (MONTEIRO *et al.*, 2013, p. 62).

O trabalho pioneiro de Erving Goffman (1988) propôs um debate crucial sobre o estigma e a sua relação com a discriminação crescente nas últimas décadas. Para Parker (2013), a obra de Goffman representa um grande contributo no que se refere à compreensão do processo de estigmatização e às doenças, destacando a infecção pelo HIV e o seu crescimento a partir dos anos de 1980 como um divisor de águas na pesquisa sobre o estigma. O autor acredita que o caminho de pesquisa sobre o estigma e a discriminação com o HIV têm sido foco de estudo diante da necessidade de respostas para as suas questões complexas.

O conceito de estigma trazido por Goffman (1988) diz respeito a um atributo conferido ao outro que lhe atribui uma condição de desqualificação diante dos demais. O significado desse atributo é sempre de depreciação, por imprimir a caracterização de inferior e negativo, conforme o autor afirma:

Por definição, é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminações, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida: Construimos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças (GOFFMAN, 1988, p.7).

Goffman (1988) coloca, em um contexto histórico, como os gregos já utilizavam do estigma para identificar e sinalizar algo que considerassem fora da normalidade, ou que, de alguma forma, representasse um elemento negativo da moral na visão de quem o apontava. Os sinais estigmatizantes feitos com cortes ou fogo indicavam para a sociedade que o seu portador era um criminoso, um escravo ou mesmo um traidor, alguém que não deveria compartilhar os espaços, pois essas eram pessoas marcadas, poluídas.

Neste sentido, especificamente no que tange à estigmatização em relação ao HIV/AIDS, observa-se como existe um processo somatório, que acentua uma certa propensão em ser estigmatizado e discriminado, como defende Knauth:

O estigma é, dessa forma, buscado em grupos sociais que previamente já se supõem portadores de estigma e alvo de discriminação. Parte-se, assim, de corpos marcados por determinada condição ou situação – uma doença específica (doença mental, Aids, tuberculose, hanseníase), fase de vida (juventude ou envelhecimento), gênero, raça/etnia – para evidenciar as experiências individuais ou as concepções dominantes em determinados espaços e instituições acerca desses corpos (KNAUTH, 2013, p.82).

Parker *et al.* (2013) endossam a vertente anteriormente referida por Knauth. Eles acreditam que a perspectiva revelada pelos estudos sobre estigma parte do entendimento também proposto pela psicologia social de que há uma atitude e uma atribuição negativa de algumas pessoas em relação a condições ou valores específicos de minorias, sejam elas raciais, étnicas ou de pessoas com questões de saúde, como é o caso dos indivíduos com HIV.

Desta forma, o que está proposto é um direcionamento para que a estigmatização seja tratada além do conceito do Goffman, visto que não surge de um vácuo social, mas da busca por seu enfrentamento a partir de um processo social, que reconhece as bases importantes nas relações de poder e dominação (AGGLETON; PARKER, 2001; ANDRADE; IRIART, 2015).

Parker *et al.* (2013) apontam, inclusive, como o estigma funciona como uma teorização, e a discriminação, como a sua prática. Ademais, existe uma segunda problemática envolvida nesse campo, composta por múltiplas sinuosidades e que merece ser explorada.

Diante das fragilidades dos modelos de assistência à saúde que foram evidenciados no capítulo anterior, é possível compreender como o processo de estigmatização e discriminação resultam em prejuízos e até mesmo negligências para a saúde dos indivíduos, em especial para a dos idosos, que são o foco deste estudo.

Bastos (2013) e Knauth (2013) apontam para uma delas. Esses autores sinalizam que há uma tendência em relativizar as questões psicológicas e sociais do cuidar, tanto no campo prático quanto na gestão e no próprio trabalho científico, e que essas lacunas não representam uma novidade, já que reproduzem os aparelhos de desigualdades sociais e reforçam hierarquias, fazendo com que o próprio processo de estigmatização exerça, simultaneamente, os papéis construtivo e explicativo.

Uma segunda vertente apontada por Knauth (2013), refere-se à falsa ideia do estigma e da discriminação terem sido uma questão importante apenas no início da epidemia. Isto é, a imagem inicial do HIV vinculada aos grupos de risco (homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo), a figura “do aidético” e a postura de promiscuidade estariam restritas às primeiras décadas, e diante dos avanços científicos e das terapias antirretrovirais não exerceriam influência negativa no presente, pois supostamente essa discussão já teria sido superada. Contudo, essa falsa ideia pode ser facilmente derrubada com os resultados de estudos recentes acerca do tema.

Silva e Cueto (2018) destacam o retrocesso evidente diante da análise proposta. Os autores apontam para a “persistência de velhas ‘metáforas’ estigmatizantes” ao destacarem uma matéria publicada pela revista *Época* com o título “*A outra pílula azul: o novo medicamento que está fazendo os gays abandonarem o uso da camisinha*”, que além de endossar o preconceito e a estigmatização que atribui à comunidade gay um lugar inverídico de vetor do vírus, prestou um desserviço ao minimizar a nova estratégia preventiva da Profilaxia pré-Exposição (PrEP) recomendada pela Organização Mundial de Saúde(OMS) desde 2012 e adotada em 11 estados brasileiros, desde dezembro de 2017.

Os autores apontam ainda que esse discurso ultrapassado não pode ser desassociado do movimento conservador e fundamentalista que vem ganhando força no Brasil nos últimos anos. Em um estudo realizado com 30 líderes evangélicos de igrejas pentecostais das cidades do Rio de Janeiro e de Petrópolis, Santo *et al.* (2019) investigaram as representações sociais da Aids e identificaram que, para a maioria dos participantes, as representações sociais estão ancoradas nas concepções de castigo ou maldição divina.

Por condenarem as práticas pecaminosas, para esses líderes religiosos, a infecção pelo

HIV e a Aids resulta de uma desobediência aos mandamentos de Deus, principalmente na relação homoafetiva que, segundo eles, deu origem à Aids no mundo, apesar de reconhecerem que, numa relação heterossexual, também pode ocorrer a transmissão. Ademais, essas representações, próximas do que é partilhado no senso comum, condicionam também o papel da própria igreja e da religião diante desta temática. E, neste sentido, os autores verificaram que os pastores compreendem que, no contexto do HIV/AIDS, a função da igreja, da religião e até mesmo de Deus perpassa a forma de lidar com a pessoa que convive com HIV/AIDS a encontrar a cura.

Buscando perceber as representações existentes entre pessoas de uma faixa etária mais jovem, Castro *et al.* (2019) desenvolveram um estudo de abordagem estrutural com 576 adolescentes estudantes de duas escolas públicas dos estados de Sergipe e PiauÍ. Os participantes, com idade média de 15 anos, revelaram, a partir da análise do Quadro de quatro casas, um núcleo central composto pelas apreensões de conhecimentos acerca da doença, dos meios de transmissão, do tratamento e da prevenção.

Entretanto, ao observarem as zonas periféricas das estruturas representacionais, os autores identificaram que ainda há uma tendência de representações negativas no contexto do HIV/AIDS caracterizadas por concepções discriminatórias tanto por uma certa posição de invulnerabilidade quanto pela ligação desta condição à morte. Essas representações foram reveladas por termos como “morte”, “tristeza”, “incurável”, “sofrimento” e “África”, e endossam a necessidade de promoção da educação em saúde como ferramenta para a desconstrução de tais estigmas.

Sabe-se que as representações sociais são construídas e partilhadas socialmente, que influenciam e conduzem comportamentos e tomadas de decisão. Desta forma, não podem ser desconsiderados os elementos agravantes revelados em tais discursos que, independentemente da faixa etária, demonstram a complexidade da influência de tais representações em suas falas.

Se os traços da estigmatização ainda são evidentes entre adolescentes que não vivenciaram os primeiros anos da epidemia do HIV/AIDS, torna-se indispensável investigar e considerar as percepções de idosos que acompanharam o surgimento e o desenrolar dos primeiros casos, os quais carregam consigo valores históricos e morais de outra época.

Diante de tal inevitabilidade, Sousa *et al.* (2019) realizaram uma pesquisa com idosos a fim de apreender as Representações Sociais elaboradas sobre o HIV/AIDS e de compreender como se dava a relação com a prevenção da infecção pelo HIV.

Os resultados encontrados nessa pesquisa são muito interessantes, pois, ao mesmo tempo em que revelam um movimento de mudança e desconstrução, pautados nos avanços de saúde com as terapias antirretrovirais e o processo de mudança da imagem da AIDS como sentença de morte para doença crônica, resgatam as antigas “metáforas estigmatizantes”. Julgam, por exemplo, ser um problema do outro e se consideram isentos do risco, já que se trata de um problema de jovens, ou retomam a questão dos antigos grupos de risco, destacando os homoafetivos.

Um outro achado importante do estudo de Souza *et al.* (2019) refere-se à rede de informações. Muitos idosos afirmaram que esse é um tema debatido na mídia e que há um movimento pela busca constante da informação, tanto por meio de programas de televisão quanto pela internet. Esse fato merece atenção devido à quantidade e à qualidade das informações que são disponibilizadas por esses meios, já que nem sempre são intermediadas por profissionais de saúde; e, considerando a pluralidade de conteúdos disponíveis à apreensão do conhecimento e à construção das representações, podem sofrer uma influência negativa de *fake news* e informações deturpadas que tendam a reforçar os estigmas e resultar na adoção de comportamentos de risco.

Silva e Cueto (2018) levantam discussões acerca dos impactos da estigmatização de uma condição de saúde, destacando que o trabalho de prevenção eficaz precisa considerar o ambiente sociocultural favorável, isto é, atentar para os moralismos, a desinformação e os estigmas envolvidos. Os autores refletem como os processos de saúde não estão restritos aos ambientes de investigação científica, protocolos, estudos epidemiológicos ou às inovações terapêuticas. Argumentam, ainda, que todo o processo de cuidado, desde a prevenção até o tratamento, pode ser comprometido pela força do estigma. Referindo-se a Susan Sontag (2007), em sua obra “*A doença como metáfora*”, os autores afirmam que: “Quando adquirem um nome e assumem significados, as doenças desdobram signos e percepções culturais arraigadas, manifestando-se nas vidas particulares de indivíduos, que, diagnosticados, adquirem uma outra ‘cidadania’” (SILVA; CUETO, 2018, p.312).

Considerando o debate traçado até aqui a respeito do infortúnio que cerca a estigmatização do HIV/AIDS e suas implicações negativas no processo de prevenção, cabe trazer à luz da discussão os reflexos desta conjuntura no cenário pós-diagnóstico.

As dificuldades e os enfrentamentos vivenciados pelas pessoas com o diagnóstico do HIV são relatadas por Andrade e Iriart (2015), que se referem ao conceito de dimensões do estigma de Corrigan (2004). A primeira dimensão relatada por Corrigan é a do estigma

sentido (*felt stigma*), que está relacionado à percepção de depreciação por parte de quem o sofre. Esse tipo de estigma resulta nos sentimentos de medo, vergonha, ansiedade, que levam as pessoas a um processo de autoexclusão. Já a segunda dimensão diz respeito ao estigma efetivado (*enacted stigma*) e compreende a exclusão por conta do estigma, a experiência real da discriminação que tem como consequência a violação dos direitos, e o “ostracismo social” (ANDRADE; IRIART, 2015, p.567).

Para Zambenedetti e Both (2013), entre as pessoas que convivem com HIV/AIDS, existe uma questão central, que é o fato de o estigma não ser visível, e, portanto, depender de uma revelação. Diante disso, há a possibilidade de controlar quando e como será revelada a tal condição, considerando o momento oportuno e que lhes preserve e permita segurança (SUIT; PEREIRA, 2008).

O silenciamento que rege a condição do HIV/AIDS vem sendo identificado por diversos estudos. Andrade e Iriart (2015) analisaram as implicações do estigma para mulheres com diagnóstico de HIV positivo em Maputo. As participantes afirmaram que revelar o diagnóstico para a família é sempre um momento delicado, e que essa decisão se deu somente por conta de uma exigência dos serviços de saúde para iniciar o tratamento antirretroviral. O receio das mulheres de se assumirem soropositivas é justificado pelo estigma, que as tornará desacreditadas perante a sociedade.

Achados semelhantes foram encontrados por Renesto *et al.* (2014) em uma pesquisa realizada com mulheres no estado de Pernambuco. As participantes revelaram em seus discursos a necessidade de ocultar o diagnóstico para se protegerem do estigma que cerca o HIV/AIDS. A preocupação com o julgamento e a exclusão, principalmente familiar, foi o principal motivo apontado pelas participantes, que temiam ser responsabilizadas ou uma reação violenta por parte de algum ente próximo. Circunstância, referida por Goffman em:

O indivíduo estigmatizado pode descobrir que se sente inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão e o receberão. Essa incerteza é ocasionada não só porque o indivíduo não sabe em qual das várias categorias ele será colocado, mas também, quando a colocação é favorável, pelo fato de que, intimamente, os outros possam defini-lo em termos de seu estigma: Assim, surge no estigmatizado a sensação de não saber aquilo que os outros estão "realmente" pensando dele (GOFFMAN, 1988, p. 19).

Nota-se, portanto, que, em função do preconceito e da discriminação que cercam a condição do HIV/AIDS, o silenciamento representa um artifício para evitar que esse estigma se torne visível. Contudo, novamente é necessário resgatar o debate acerca das consequências

de tais condutas na qualidade de vida e na saúde daqueles que assumem tal postura.

No que tange à população idosa, as implicações desses fatores são ainda mais danosas, já que as suposições negativas elaboradas e partilhadas pela sociedade acerca do envelhecer e do HIV/AIDS encontram, neste âmbito, um espaço favorável para exercerem o duplo estigma.

Inicialmente, duas condições resultam desse processo e, portanto, merecem destaque. O silenciamento que cerca o diagnóstico do HIV/AIDS entre a população idosa está, também, intimamente relacionado ao silenciamento em torno da sua sexualidade. No capítulo anterior, discutiu-se a idealização do envelhecer e como essa idealização resulta na concepção de assexualidade da terceira idade.

Silva *et al.* (2015) ponderam como esse “pacto de silêncio” tende a mascarar as reais dificuldades de enfrentamento da condição de soropositividade, tanto pelos idosos quanto por seus familiares, amigos e demais pessoas que formam a sua rede. Os autores recorrem aos ideais de Goffman (1988) para justificar essa estratégia de enfrentamento da população idosa que convive com o vírus, considerando a pressão social do cumprimento das expectativas e como cada indivíduo recebe e internaliza essas pressões em torno de tais estereótipos e comportamentos socialmente aceitos.

Esse constrangimento revelado pelos idosos é influenciado pelo estereótipo da pessoa idosa que busca uma vida sexual ativa e pela idealização de o HIV estar vinculado aos comportamentos inadequados e à promiscuidade (SALDANHA *et al.*, 2009). Desta forma, os idosos temem que sejam julgados a partir dessa condenação dupla.

A carga sociomoral que incide sobre a vida de uma pessoa que convive com o HIV possui grandes impactos, e, quando se trata de uma pessoa idosa, torna-se ainda mais acentuada, pois os indivíduos dessa faixa etária normalmente possuem valores e influências de sua época que tornam a superação de tais dificuldades ainda maiores (SALDANHA; FELIX; ARAÚJO, 2008).

A exemplo disto, Silva *et al.* (2017) apontam como alguns dos idosos participantes do estudo, por medo da dupla rejeição social, passaram a adotar como estratégia de aceitação afirmar que a forma de contágio se deu por meio de transfusão sanguínea, o que, na percepção deles, excluiria a condição de comportamento sexual inadequado e, assim, reduziria o julgamento moral.

A formação dos idosos acerca da sexualidade ainda sofre forte influência de tabus socioculturais e religiosos de outras épocas, que tendem a conceber o diálogo e a exposição de assuntos relacionados a esta temática como algo inadequado, pejorativo, que resultará no

juízo social de “velho assanhado” quando for um homem e de vulgar ou sem valores quando for uma mulher idosa (UCHÔA *et al.*, 2016).

Em uma pesquisa com 14 idosos (sete mulheres e sete homens), com idades entre 60 e 77 anos, Silva *et al.* (2015) verificaram a confirmação de como o tabu em torno da temática da sexualidade e do HIV entre os próprios indivíduos dessa faixa etária é um reflexo dos modos de criação e cultura da sua época de juventude.

Os autores demonstram, a partir dos relatos dos idosos, a carga cultural existente sobre a temática, principalmente entre as participantes mulheres. De maneira geral, as idosas afirmaram que a temática relativa ao sexo e à sexualidade sempre foi muito proibitiva, não sendo um assunto adequado para ser discutido por elas, inclusive, a própria vivência da sexualidade após HIV/AIDS demonstra a distinção entre homens e mulheres. Enquanto no grupo dos idosos houve uma reformulação das práticas sexuais, com adoção do uso do preservativo e redução de parceiras sexuais, para as idosas, o diagnóstico do HIV culminou no fim de sua atividade sexual, tanto pelo impacto de conviver com uma doença sexualmente transmissível quanto pelo desinteresse e redução do prazer sexual.

Nesse trabalho, os pesquisadores exemplificam essa carga cultural associada aos termos que as participantes adotaram quando faziam referência ao sexo ou às práticas sexuais e utilizavam palavras como “aquilo”, “aquele negócio” e “porcaria” para se referir ao preservativo.

Essa é uma conduta que demonstra como a simples pronúncia de palavras relacionadas à sexualidade influencia o discurso moralista. Já entre os participantes idosos, apesar de mencionarem que a educação sexual recebida não era algo acessível ou bem fundamentada em conhecimentos científicos, os estudos confirmaram como para as mulheres esse assunto era muito restritivo, enquanto para eles parecia muito mais permissivo e aceitável.

Desta forma, compreende-se que, em função das pressões sociais, muitos idosos silenciam sua condição como enfrentamento dos preconceitos da velhice e do HIV. Contudo, é importante ressaltar que, apesar de esse silenciamento representar uma forma de enfrentamento, ao silenciarem sua condição, acabam dificultando sua adesão ao tratamento, considerando a manipulação e ingestão dos medicamentos na presença de outras pessoas, e tornando inviável a formação de uma rede de apoio próxima, que poderia, inclusive, auxiliar a pessoa idosa em suas dificuldades (SALDANHA, 2003).

Observa-se, portanto, que a preocupação do sigilo pode ser acentuada de acordo com o avanço da idade. Porém, chamam atenção os dados encontrados em um estudo realizado com

peessoas idosas que convivem com HIV na Suíça, onde se verificou que a discriminação foi reduzida conforme o aumento da idade (NIDERÖST; IMHOF, 2016).

Os autores elencaram algumas justificativas que pautassem tal achado e sugeriram que, por estarem com uma vida social mais ativa e inseridos no mercado de trabalho, os jovens poderiam estar mais expostos a situações de preconceito, e, ainda que pela maturidade e experiência de vida adquirida com a idade, os idosos assumiram posturas de enfrentamento que lhes permitiram lidar de maneira positiva com tais situações (NIDERÖST; IMHOF, 2016).

Apesar de todos os esforços em ações educativas que buscam informar e auxiliar na desconstrução de tais preconceitos e estigmas, o que se observa na realidade brasileira vai de encontro às justificativas do estudo suíço. O que se evidencia na literatura é justamente o reflexo negativo das posturas desde o tratamento ao idoso na atenção básica, que incide tanto no diagnóstico tardio quanto após o seu diagnóstico (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010; SILVA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2017; CALIARI *et al.*, 2018).

O medo da rejeição dos familiares, dos amigos e das demais pessoas da sua rede é uma preocupação recorrente entre os estudos com pessoas idosas que convivem com o HIV/AIDS. Na pesquisa de Santana *et al.* (2018), buscou-se investigar os fatores que influenciavam negativamente a qualidade de vida de idosos convivendo com o HIV/AIDS, e percebeu-se que, entre esses fatores, encontravam-se a preocupação com o sigilo do seu diagnóstico, as comorbidades e outras sintomatologias, a autoimagem negativa, a depressão e, logicamente, a rejeição.

Já no trabalho de Vieira, Alves e Sousa (2012), os idosos alegaram que o afastamento dos membros da família e de pessoas do convívio pela não aceitação era um dos seus receios, associados à falta de conhecimento e aos tabus dessas pessoas sobre o HIV/AIDS e à sexualidade. Já nos achados de Silva *et al.* (2015), o que ganha destaque é a preocupação dos idosos, e até mesmo a própria experiência de perda de interesse por atividades que antes lhes eram prazerosas, a perda do autocuidado, “paralisia do desejo” e o isolamento.

Nessa pesquisa, grande parte dos idosos revelou que deixaram de participar de atividades de convívio, como a prática de esportes, as atividades de grupos religiosos, e até mesmo de frequentar salões de beleza, pois temiam que seu diagnóstico viesse a ser descoberto ou mesmo que alguém fosse contaminado. Uma parte menor dos participantes, inicialmente, negou que situações de preconceito e estigma lhes tivessem ocorrido, mas os pesquisadores constataram que, na verdade, houve uma dificuldade em admitir que tivessem

sofrido com tais experiências.

Todas essas questões apontadas em decorrência da estigmatização do HIV/AIDS na velhice, e até mesmo a justificativa apontada pelo estudo suíço, elucidam a postura perigosa do silenciamento, não só pelas complicações do diagnóstico tardio mencionado, mas também em decorrência de uma preocupação com os aspectos emocionais e psicológicos que precisam ganhar visibilidade.

A postura silenciosa, o receio pela descoberta do diagnóstico, o movimento de afastamento das pessoas de convívio e o isolamento do idoso denunciam uma consequência perigosa, principalmente na velhice. Além disso, conforme destacou Saldanha *et al.* (2019), a associação do HIV/AIDS a uma sentença de morte ainda perdura no imaginário social, somada à visão da velhice como última fase, como um entendimento de “missão cumprida”, pode levar a pessoa idosa a encarar o diagnóstico com conformismo e daí dificultar a adesão ao tratamento, ou mascará-lo com uma postura positiva de enfrentamento. Essa condição, na verdade, não está sendo bem superada no âmbito social e psicológico, muito menos no âmbito psíquicoemocional.

Ademais, considerando que as possíveis condições avançadas do HIV, ocasionadas por um diagnóstico tardio, podem representar uma demora da resposta imunológica ao tratamento da Terapia Antirretroviral, esse processo pode fazer com que a idade avançada resulte em um prognóstico ruim (SANTANA *et al.*, 2018).

Ponderando as condições clínicas de uma pessoa jovem e de um idoso, pode-se observar que, entre os indivíduos de maior idade, a resposta ao tratamento tende a ser mais lenta, o que reflete uma evolução mais acelerada da doença e maiores chances de surgimentos ou agravamento de outras comorbidades, visto que o sistema imunológico pode estar mais fragilizado por conta da queda brusca das células CD4+ (ALENCAR; CIOSEK, 2015). A imunossenescência que acontece no sistema imunológico durante o processo de envelhecimento do corpo, em que ocorre um declínio fisiológico do sistema imunológico, é a principal causa por trás do risco elevado de a pessoa idosa desenvolver infecção por HIV e outras doenças (NARDELLI *et al.*, 2016).

A urgência dessa discussão em torno do estigma do HIV/AIDS na velhice se faz cada vez mais necessária, pois, conforme exposto ao longo deste capítulo, existe um processo de estigmatização prévia da população idosa que, somado à condição do HIV, é acentuado e exerce uma carga duplicada. A assistência fragmentada que, na grande maioria das vezes, não lhes confere uma atenção integral e compromete a prevenção da saúde, acrescida das

estratégias de enfrentamento adotadas após o diagnóstico, submete a pessoa idosa que convive com o HIV/AIDS a situações de violência, negligência e autonegligência.

Neste cenário, requisita-se a discussão teórica em torno da memória, que, nesta tese, constitui a vertente epistemológica e o método analítico, e que tem no trabalho do sociólogo Maurice Halbwachs o destaque e o pioneirismo enquanto fenômeno coletivo/social. O teórico, que defende a memória a partir do seu caráter individual e coletivo, considera a memória como componente do processo social, visto que as lembranças são resultantes das interações sociais. Para o autor:

A memória coletiva tira sua força e sua duração por ter como base um conjunto de pessoas, são os indivíduos que se lembram, enquanto integrantes do grupo. Desta massa de lembranças comuns, umas apoiadas nas outras, não são as mesmas que aparecerão com maior intensidade a cada um deles. De bom grado, diríamos que cada memora individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, que este ponto de vista muda segundo o lugar que ali ocupo e que esse mesmo lugar muda segundo as relações que mantenho com outros ambientes (HALBWACHS, 2003, p. 69).

Maurice Halbwachs sofreu influência de outros grandes nomes da memória, como o filósofo Henri Bergson e o sociólogo Émile Durkheim e, a partir das influências e diálogos estabelecidos com os conhecimentos de seus mestres, elaborou uma sociologia da memória.

No que se refere ao seu percurso bergsoniano, Halbwachs afasta-se da teoria de Bergson, pois passa a discordar de alguns dos pressupostos que o filósofo defendia. Enquanto Bergson compreende que as experiências passadas eram estocadas fisicamente e integralmente pelos indivíduos, Halbwachs questionava os seus fundamentos para explicar o sonho, a afasia e a amnésia, e discordava da noção de intuição proposta pela filosofia bergsoniana. Além disso, Halbwachs questionou a representação do cone da memória, argumentando que, “se indivíduos guardassem em suas terminações neurológicas todo o seu passado, eles sempre seriam capazes de reconstruir qualquer aspecto do passado através de recordações e sonhos” (SANTOS, 2012, p.55).

De acordo com Namer (2004, p.368), Halbwachs refuta a tese de Bergson de que a memória seja “uma experiência vivida das imagens cobertas pelo passado” ao pautar que, na verdade, “nenhuma memória é uma vivência, mas sim uma reconstrução racional do passado realizada com elementos e mecanismos presentes na atualidade na consciência do grupo”. Ao defender tal perspectiva, o autor delinea sua vertente sociológica, “ao considerar que o concreto se apresenta na sociedade e não no corpo físico” (SANTOS, 2012, p.55).

Com o distanciamento inevitável da filosofia bergsoniana, Halbwachs se aproxima da

Sociologia e conhece Émile Durkheim, tornando-se um grande discípulo pela singularidade dos conceitos e pensamentos que viriam a sustentar os seus princípios (WEBER; PEREIRA, 2010). Ochoa, Argueta e Muñoz (2005) e Magalhães, Santos e Souza (2009) são autores que discorrem sobre a passagem de Halbwachs pelas concepções durkheimianas para elaborar a sua construção social da memória, a partir da compreensão do fato social.

De acordo com Santos (2012), a influência de Durkheim sobre as concepções de Halbwachs foram determinantes para que o autor defendesse a sua assertiva de preponderância das ideias aparadas pela coletividade, em comparação aos pensamentos individuais.

As principais obras de Halbwachs que destacam o conteúdo da memória enquanto fenômeno coletivo e social são “Os quadros sociais da memória/*Les cadres sociaux de Lamémoire*” (1925), em que o autor explora o caráter social da memória a partir das convenções sociais, denominadas de quadros sociais da memória, e a sua obra póstuma “Memória Coletiva” (1950), em que a teoria da memória é explorada em aspectos diversos (SANTOS, 2012).

Ao considerar o caráter coletivo/social da memória, Halbwachs defende que a memória existe a partir dos grupos sociais, como o trabalho, a família e as classes sociais, e das convenções sociais compartilhadas entre eles.

Segundo Halbwachs (2004, p. 10), “os quadros são instrumentos que a memória coletiva utiliza para reconstruir uma imagem do passado de acordo com cada época e em sintonia com os pensamentos dominantes da sociedade” e “é porque podemos nos apoiar na memória dos outros que somos capazes de recordá-las a qualquer momento e quando o desejamos” (HALBWACHS, 2003, p.67). Isto é, a partir de Halbwachs, a memória passa a ser compreendida mediante um ordenamento coletivo/social, e as interações e práticas são resultantes desse movimento (SANTOS, 2012).

Contudo, essa premissa defendida pelo sociólogo não descarta a existência do caráter individual da memória. O que o autor defende é o fato de a memória individual estar vinculada à memória coletiva/social, visto que “o que recordamos enquanto indivíduos é sempre condicionado pelo fato de pertencermos a um grupo” (PERALTA, 2007, p.06). Assim, para Halbwachs:

Nossas lembranças permanecem coletivas e nos são lembradas por outros, ainda que se trate de eventos em que somente nós estivemos envolvidos e objetos que somente nós vimos. Isto acontece porque jamais estamos sós. Não é preciso que outros estejam presentes, materialmente distintos de nós,

porque sempre levamos conosco e em nós certa quantidade de pessoas que não se confundem (HALBWACHS, 2003, p.30).

Para Namer (2004), a gênese de toda memória individual é a memória coletiva/social, pois a memória de um passado constitui uma memória do passado intersubjetivo, que é recordado de modo conjunto que, para lembrar-se, ancora-se nas lembranças dos outros. Desta forma, o autor defende que, na tese de Halbwachs, “existe uma memória individual que é portadora dos quadros sociais, uma memória na sociedade e um indivíduo que seria o lugar de coexistência e interação das memórias coletivas” (NAMER, 2004, p.387).

A memória individual, desse modo, representa um ponto de vista sobre a memória coletiva, sem que possa ser resumida ou confundida com ela. Essa perspectiva também é endossada por Santos (2012, p.40), quando a autora argumenta que as “construções do passado são sustentadas por estruturas coletivas e criadas por atores sociais”.

Considerando que, segundo as concepções do próprio Halbwachs, a possibilidade da lembrança está posta pela interação dos indivíduos com a sociedade, o autor determina:

É na sociedade onde normalmente o homem adquire suas recordações, é ali onde as evoca, as reconhece e as localiza [...]. Neste sentido, existiria uma memória coletiva e os quadros sociais da memória, e é na medida em que nosso pensamento individual se realoca nestes quadros sociais e participa nesta memória que seria capaz de recordar. [...] Os quadros coletivos da memória seriam o resultado da combinação das recordações individuais de muitos membros da mesma sociedade. Os quadros ajudariam a classificar, ordenar as recordações de uns em relação com as de outros (HALBWACHS, 2004, p.9-10).

Nesse sentido, Santos (2012, p.30) ainda acrescenta que a memória “excede o escopo da mente humana, do corpo, do aparelho sensitivo e motor e do tempo físico, pois ela também é o resultado de si mesma, ela é objetivada em representações, rituais, textos e comemorações”. Isso porque, enquanto seres sociais, não é possível conceber o indivíduo isolado, apartado da sociedade, já que, ao longo da sua vida, a interação com outros indivíduos se dá a partir de estruturas sociais definidas em um processo natural (SANTOS, 2012).

Rios (2013) discorre acerca da premissa de Halbwachs e analisa os pressupostos defendidos pelo autor. Segundo ele, confirmando o que já foi discutido, ao indivíduo torna-se possível recordar-se, na medida em que esse indivíduo pertence a um grupo. O processo de recordação, de acessar as lembranças não é possível a quem está isolado, pois não há a viabilidade de sustentação, que virá, justamente, pela validação, pelo testemunho de outros.

Sendo assim, “recorremos a testemunhos para reforçar ou enfraquecer e para completar o que sabemos de um evento sobre o qual já temos alguma informação” (HALBWACHS, 2006, p.29).

Neste movimento de compreensão da memória enquanto fenômeno coletivo/social, Lavabre (1998) chama atenção para o fato de o testemunho do outro, que, simultaneamente, constrói e valida a memória, não precisar estar presente materialmente no espaço e no momento da evocação da lembrança. Segundo a autora, o testemunho está na própria construção da memória coletiva e das representações, já está posto na sociedade. Isto é, o grupo fornece ao indivíduo que recorda o que lhe é necessário para reconstruir o passado. É por meio dos elementos, tais como: as convenções sociais, os espaços e a linguagem, que são partilhados enquanto sociedade, que o indivíduo acessa o passado e dele se recorda.

Nesse sentido, os valores e normas sociais são constantemente partilhados e reproduzidos por meio da memória coletiva/social, e permeiam todo o processo que a constitui. Mais especificamente em relação aos idosos, faixa etária dos participantes da pesquisa, o passado possui um sentido de valor que influencia e condiciona percepções e hábitos ideológicos importantes.

Beauvoir (1990) já destacava a importância do passado para os idosos; compreendendo que, do passado, são conservados os saberes, as relações que formam o ser, a autora afirmava: “eu conservo, do passado, os mecanismos que se montaram no meu corpo, os instrumentos culturais de que me sirvo, meu saber e minhas ignorâncias, minhas relações com outrem, minhas ocupações, minhas obrigações” (BEAUVOIR, 1990, p.459).

Ademais, por considerar que os idosos são os responsáveis pelas lembranças, Beauvoir (1990, p. 480) assegurava que “o passado pesa sobre o sábio idoso, sobretudo, sobre a forma de hábitos de espírito e de interesses ideológicos”, e sobre eles está depositado o seu passado e o de outrem, pois “o velho é alguém que tem muitos mortos por trás de si. É o nosso próprio passado que as pessoas mais idosas que nós, levam consigo” (BEAUVOIR, 1990, p.452).

Há muitas coisas que não conseguimos evocar e que, entretanto, somos capazes de reconhecer. Mas nem sempre esse reconhecimento nos restitui o calor do passado. O espaço volta a assumir as trações do tempo: os lugares mudam. Mas mesmo os que aparentemente permaneceram intactos não o são mais, para mim (BEAUVOIR, 1990, p.451).

Nesse sentido, com base na tese de Halbwachs de que a lembrança só é possível por meio do quadro social, e com justificativa na perspectiva de Simone de Beauvoir de que os

idosos vivem da lembrança e evocam com complacência, é comum a elaboração do pensamento de que a memória evocada pela pessoa idosa esteja ancorada em um passado com uma realidade de costumes e valores distintos dos atuais.

Posto isto, amplia-se a discussão, recorrendo à Teoria das Representações Sociais para compreender o processo de aquisição e reprodução dos saberes determinantes da prática, visto que são as memórias que alimentam tais representações.

Representação Coletiva foi o termo alcunhado pelo sociólogo francês Emile Durkheim (1858-1917), que deu origem à Teoria das Representações Sociais (TRS) por Moscovici (1961). A Teoria Durkheimiana desvela que a essência do homem se manifesta na religião, isso porque, para o sociólogo, as reproduções das práticas coletivas no âmbito religioso são capazes de impulsionar e fortalecer os laços entre gerações, capazes de perpetuar as representações coletivas de uma sociedade por meio de práticas e crenças compartilhadas. Essas foram as suas conclusões ao tomar como objeto de estudo as práticas religiosas de tribos primitivas na Austrália, período dedicado à busca do conhecimento acerca da natureza e da estabilidade da humanidade (NOBREGA, 2003).

Tomando como ponto de partida a Representação Coletiva, o psicólogo social romeno, naturalizado francês, Serge Moscovici, propôs a Teoria das Representações Sociais. As divergências entre as teorias se fundam na dicotomia das representações propostas por Durkheim (2003), ao considerar a existência da representação individual manifesta na psicologia, que se ocupa da consciência própria de cada indivíduo, em respeito à subjetividade e flutuações existentes, e as representações coletivas, oriundas da sociologia, representadas por práticas sociais coletivas, a exemplo de costumes, religião e crenças. Essa divisão é refutada por Moscovici, que não considera possível haver a separação entre representação individual e coletiva, uma vez que as representações emergem das interações sociais; para ele, as Representações são sociais, e o sujeito, o objeto e a sociedade são indivisíveis (SÁ, 2004).

Posto isso, o autor legitima o uso do termo Representações Sociais (RS), em detrimento de Representações Coletivas, considerando essencial a compreensão do conceito de RS como uma opção descritiva e explicativa dos fenômenos sociais; desse modo, além de determinar condutas, justifica sua expressão, construindo significados para a realidade com base nas representações constituídas das interações sociais, não de forma estática, como postulava Durkheim (MOSCOVICI, 1978).

A grande Teoria influenciou diversos autores nos mais variados campos de conhecimento. Assim, observam-se desdobramentos que são complementares e possibilitam

uma maior robustez à base teórica metodológica da TRS, tais como: a abordagem antropológica, dimensional ou processual, desenvolvida por Moscovici e Jodelet; a abordagem estrutural ou teoria do núcleo central, desenvolvida por de Jean-Claude Abric e Flament; e a abordagem societal ou teoria da Escola de Genebra, desenvolvida por Willem Doise (JODELET, 2001).

A abordagem antropológica, ou processual, considera o processo de interação comunicativa entre os partícipes de grupos sociais por meio de dois mecanismos basilares da TRS: a ancoragem e a objetivação (JODELET, 2001).

O processo de ancoragem se fundamenta em duas vertentes: nomear e classificar coisas. “Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (MOSCOVICI, 2015, p.61). A classificação emerge de ideias presentes em nossa memória, nas quais inserimos o novo objeto e o nomeamos com denominações familiarizadas no interior de nossa cultura (FERREIRA; BRUM, 2000). Para Moscovici (2003), ao categorizar uma pessoa ou objeto, fazemo-lo estabelecendo relações positivas ou negativas, com base em nossas representações contidas em nossa memória. Ao mesmo tempo em que, ao nomearmos determinado objeto, nos aproximamos dele, e a barreira da estranheza é desfeita.

A objetivação, por sua vez, tem como fundamento proporcionar a materialidade a uma ideia abstrata, ou pensamentos, como ligar uma palavra ou ideia a uma imagem; por meio deste processo, é possível materializar a representação, torná-la palpável e visível (NÓBREGA, 2003).

A abordagem estrutural proposta por Jean-Claude Abric (2000) tem como cerne a Teoria do Núcleo Central, proposta para ser aplicada de forma articular e complementar com a grande teoria moscoviciano. As representações são analisadas com base em seu conteúdo e organização, com relevância equânime ao conteúdo e à forma de organização, que envolvem elementos distribuídos hierarquicamente, determinados pelo Núcleo central, e em seu entorno constam os elementos periféricos (ABRIC, 2000). Dessa forma, o núcleo central seria rígido e estável, coletivo, coerente, mais resistente às mudanças e normativo por natureza, somado a um núcleo periférico, mutável e flexível composto de vivências individuais e de circunstâncias cotidianas imediatas (ABRIC, 2000; VALA; CASTRO, 2013).

Em relação à abordagem societal, desenvolvida por um dos discípulos de Moscovici, Doise (1993), as representações são princípios geradores de tomadas de posição com base nas inserções específicas do sujeito no conjunto das relações sociais. Desse modo, um objeto

social pertence aos níveis individual e coletivo simultaneamente, por seu valor social. Almeida (2009) salienta que Willem Doise se ocupa em compreender as representações das relações sociais entre os grupos.

Em síntese, observa-se que, independentemente do conceito a ser tomado como base, o estudo das representações sociais mostra-se uma metodologia de melhor aprofundamento na interpretação dos fatos da vida cotidiana, sobretudo em seu papel na orientação de condutas e práticas sociais, fundamental para a análise do fenômeno, objeto deste estudo.

As teorias anteriormente debatidas encontram em sua trajetória a convergência das relações e interações sociais sobre o indivíduo. É possível observar que, tanto a Teoria da memória coletiva/social quanto a Teoria das Representações sociais defendem o caráter social que cerca o indivíduo e sua maneira de recordar o passado e ressignificá-lo no presente.

Inicialmente, nota-se que, na própria origem das duas vertentes teóricas, encontram-se como ponto de interseção os pressupostos do sociólogo Émile Durkheim. Halbwachs e Moscovici trilharam as suas experiências e ideias na aproximação e na crítica desse pilar defendido pelo sociólogo em sua tese das representações coletivas.

O itinerário de Halbwachs, que rompeu com os ideais filosóficos de Bergson, constrói uma sociologia da memória, por compreendê-la enquanto fenômeno social. Já Moscovici propõe uma direção mais voltada à estruturação da psicologia social, visto que o autor não desconsidera os fenômenos psíquicos envolvidos na elaboração das representações (ALBA, 2014). Alba (2014) considera que:

[...] a noção de memória coletiva de Halbwachs se aproxima mais do conceito de representação social de Moscovici, que de Durkheim. Isso ocorre porque a memória é processo inteligente, em que as representações sociais desempenham um papel primordial, tanto que dotam o sujeito de insumos para ter uma visão do passado que faça sentido para ele e para os grupos em que participa. A memória não se conserva intacta, mas é reconstruída a partir do presente (ALBA, 2014, p.554).

No intuito de defender o sujeito coletivo de sua vertente, Moscovici considera o que o sociólogo alemão Glumpowicz (1905) sustenta ao afirmar que:

Aquilo que pensa o homem, não é de todo ele, mas a sua comunidade social. A fonte do seu pensamento não se encontra de forma alguma nele, mas no meio social em que vive, na atmosfera social que respira, e ele não saberia pensar de outra forma para além do que deriva necessariamente das influências, concentradas no seu círculo, no meio social que o rodeia (GLUMPLOWICZ, 1905 *apud* MOSCOVICI, 1961, p. 305).

Do mesmo modo, na memória coletiva/social, outros pensadores discorreram acerca da teoria proposta por Halbwachs. Jedlowski (2000), por exemplo, argumenta que o caráter coletivo da memória não se justifica apenas pelos conteúdos comuns compartilhados no passado, mas principalmente por serem um produto das interações sociais, e que, por meio da comunicação, selecionam o que vem a ser significativo para os indivíduos que formam o grupo, como é possível notar em:

[...] la memoria colectiva de cada individuo está inscrita en marcos de referências colectivos, de los cuales el principal es el lenguaje; tanto la memoria individual como la memoria de los grupos conservan el pasado a través de los procesos de selección e interpretación: la memoria es, por ello, reconstrucción (JEDLOWSKI, 2000, p. 123).

Diante disso, o atributo coletivo e social verificado nas duas teorias novamente direciona a compreensão das correlações existentes entre elas. Em ambas, o indivíduo é também um ser social.

Para Alba:

Quando Halbwachs propõe que a lembrança está condicionada a nos localizar no ponto de vista do grupo, significa que não pode haver lembrança sem considerar o homem como um ser social. Na verdade, a própria capacidade de pensar e recordar depende da nossa natureza social. Este é um postulado epistemológico da teoria. O mesmo se aplica à TRS, o caráter social do sujeito está presente na construção da representação de algo: os processos de ancoragem e objetivação da sociedade fazem a sociedade intervir nas operações cognitivas. Tanto para Halbwachs como para Moscovici, a sociedade não representa um conjunto homogêneo, rígido e estático, mas os indivíduos e grupos imprimem nela heterogeneidade, flexibilidade e dinamismo (ALBA, 2014, p. 556).

Assim, na perspectiva de Halbwachs, a memória só é possível dentro dos quadros sociais, pois é neles que o indivíduo é capaz de recuperar as suas recordações e, assim, também a partir deles, tomar decisões e agir no mundo. Para Moscovici, as representações sociais são fruto da interação e comunicação com o meio, sendo uma de suas funções permitir a comunicação e, para isso, oferece ao indivíduo enquanto ser social um código que irá nomear e classificar fatos, interpretações e pensamentos (DUVEEN, 2007).

Quanto a esse propósito, os dois autores discorrem em uma mesma direção:

As convenções verbais constituem o marco mais elementar e estável da

memória coletiva, marco singularmente impreciso e indeterminado, posto que deixa de passar todas as recordações ainda que sejam pouco complexas e só conserve uns detalhes isolados e uns elementos descontínuados de nossas representações (HALBWACHS, 2004, p.56)

A própria linguagem, quando ela carrega representações, localiza-se a meio caminho entre o que é chamado de a linguagem de observação e a linguagem da lógica; a primeira, expressando puros fatos - se tais fatos existem - e a segunda, expressando símbolos abstratos. Este é, talvez, um dos mais marcantes fenômenos de nosso tempo - a união da linguagem e da representação (MOSCOVICI, 2007, p. 46).

Desta forma, nota-se que a conexão existente entre os fenômenos da memória e das representações sociais perpassa pelo sentido da constituição de ambos, num movimento que os alimenta simultaneamente, já que “o que permite a construção da lembrança é um sistema de noções (que também poderíamos considerar como representações sociais) que são marcos sociais” (ALBA, 2014, p. 563).

Conforme propõe Jodelet (2001), as representações alimentam-se das memórias, pois precisam dos elementos e das representações do passado para se constituírem. Ainda nesse sentido, Santos (2012) acrescenta que a memória coletiva faz uso das representações para tornar possível a reconstrução das lembranças a serem evocadas, pois as representações sociais são evocadas a partir de uma necessidade do que é atual. Já Alba (2014, p.560) endossa a discussão ao assegurar que “a bagagem de conhecimentos em que a representação social se ‘ancora’ é a memória social: por meio do processo de ancoragem, o passado se faz presente”.

Diante da complexidade e do caráter subjetivo do objeto de pesquisa em questão, e pela proposição construída e mencionada anteriormente, as duas correntes teóricas vinculam-se e constituem o aporte teórico-metodológico fundamental para desvelar e compreender como o passado e suas vivências/interações sociais são representadas e influenciam no presente. Interessa alcançar os marcos sociais da lembrança e as ancoragens das representações sociais que constroem e alimentam a percepção e a realidade da pessoa idosa.

4. METODOLOGIA

Esta seção tem por objetivo percorrer a trajetória trilhada em busca do alcance dos objetivos a que este estudo se propõe, a ênfase no envelhecimento e os desdobramentos acerca do fenômeno de HIV/AIDS na velhice, a começar do itinerário para obter o diagnóstico até o convívio da pessoa idosa com a doença.

Tudo isso ancorado em duas grandes teorias, a Teoria das Representações Sociais e a Teoria da Memória Coletiva, ambas apresentam em seu constructo teórico elementos essenciais para a compreensão das representações sociais que operam no interior deste grupo social. A memória coletiva, por sua vez, colabora com a materialização destas representações, aportadas nas experiências vivenciadas individualmente pelas pessoas idosas nos grupos sociais a que pertencem, suas relações, posicionamentos, valores, a sua identidade social.

Para isso, seguimos o este delineamento: caracterização do estudo, com ênfase no tipo de pesquisa realizada e demais elementos partícipes deste processo, como o cenário e os participantes do estudo. Em seguida, são apresentados os instrumentos e procedimentos realizados para a coleta de dados, e, após esta atividade, a análise dos dados.

4.1 Abordagem e tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo de caráter analítico-descritivo, com abordagem qualitativa, fundamentada na teoria da Memória Coletiva e na Teoria das Representações Sociais.

A abordagem qualitativa, conforme Silva e Menezes (2000, p.20), “considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números”. Esse método é capaz de desvelar as representações, crenças e percepções da população do estudo, de modo complementar, a pesquisa descritiva tem por finalidade trazer à luz atributos de determinada população ou fenômeno (GIL, 2008).

A Teoria das Representações Sociais parte da fundamentação teórica do estudo que tem como principal objetivo, interpretar e justificar a realidade cotidiana vivenciada pela pessoa idosa com HIV/AIDS, a forma como ocorre a construção dos saberes, crenças e valores deste grupo tão singular. Do mesmo modo, a Teoria da Memória Coletiva, segundo Halbwachs (2004), tem sua importância determinada por meio da perpetuação destas representações entre gerações, ancoradas nas experiências vivenciadas por um determinado grupo social e por meio dos quadros sociais constituídos coletivamente, uma vez que a nossa

memória é uma construção social, fruto de todas as interações e relações com os grupos sociais a que pertencemos.

Diante disso, a Técnica de Análise de Conteúdo, proposta pela Bardin (2011), foi requisitada no intuito de colaborar com a interpretação dos conteúdos pertencentes ao estudo, de forma sistemática, guiando o percurso metodológico e as questões centrais do estudo.

Assim, prontamente seremos conduzidos ao cenário do estudo.

4.2 Local e período do estudo

Este estudo foi desenvolvido em um Centro de Atenção a pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) HIV/AIDS no interior da Bahia.

Trata-se de um serviço especializado de referência regional em atendimento médico, psicoterápico e social aos que convivem com IST e com HIV/AIDS. O centro de atenção completa 22 anos de existência em 2021, e, ao longo desses anos, foi e ainda é um dos principais centros de prevenção e tratamento para pessoas que convivem com o vírus HIV/AIDS na Bahia. Está inserido na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e atende em média 600 pacientes de toda a região Sudoeste da Bahia e do norte de Minas Gerais por mês (PMVC, 2021).

Dentre as ações efetuadas mensalmente, estão: distribuição de 60 ml preservativos, realização de 1.700 testes de HIV/Sífilis. Seus dados assistenciais ostentam a realidade de 0% de transmissão vertical de HIV/AIDS no município. Como reconhecimento em nível nacional, em 2010, ganhou a premiação de Município Mundo de Boas Práticas de Prevenção das ISTs, HIV/AIDS e hepatites virais. Alcançou o primeiro lugar na X EXPOEPI (Mostra Nacional de Experiências Bem-sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças) pelos trabalhos de pesquisa operacionais realizados no serviço.

4.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo são 38 pessoas idosas, com 60 anos ou mais, diagnosticadas com o HIV/AIDS, em tratamento no Centro de Atenção a pessoas com ISTs HIV/AIDS, no interior da Bahia, que foram contatados/selecionados por meio da coleta de dados em prontuários clínicos e por meio de entrevistas semiestruturadas. Assim, foram adotados como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos e estar cadastrado na unidade de referência.

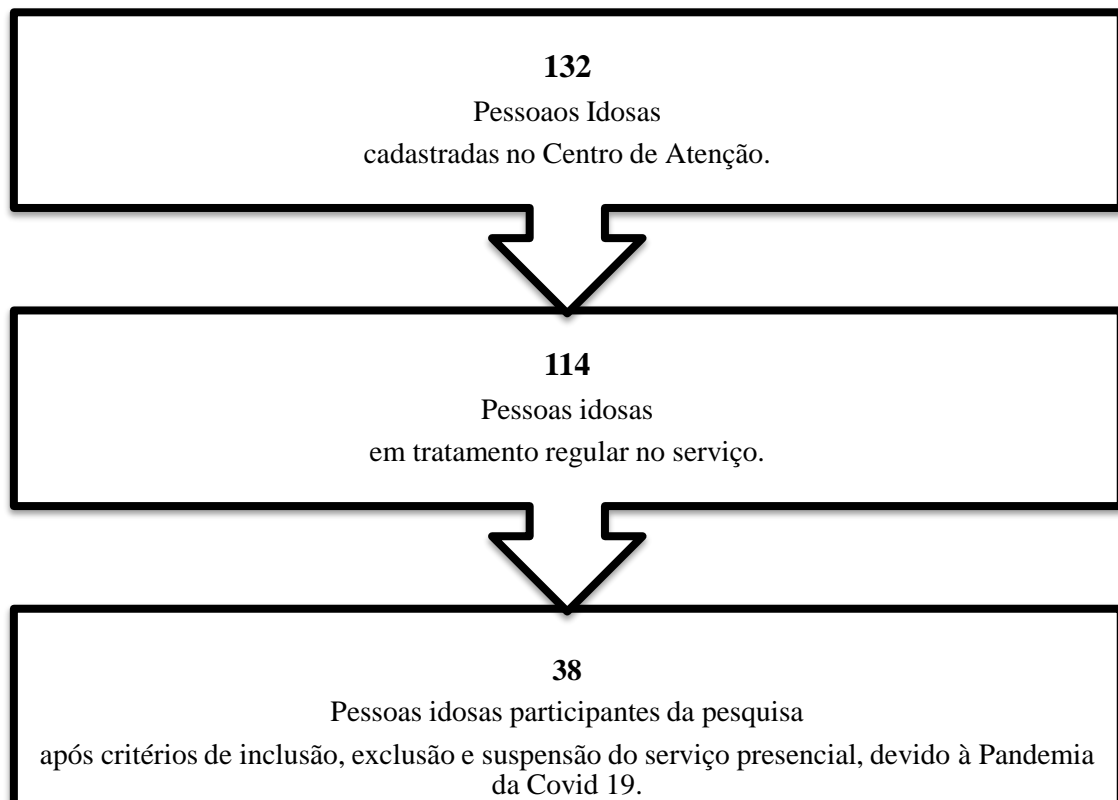
Nesse sentido, os critérios de exclusão foram: idosos com déficit cognitivo que impossibilitasse a participação na pesquisa (avaliados pelo Miniexame do Estado Mental - MEEM) e idosos que, após duas tentativas de contato para a entrevista, não estiveram disponíveis.

Após a aplicação do MEEM, não houve pacientes excluídos por sua capacidade cognitiva, entretanto houve sete recusas: três não aceitaram participar da pesquisa, e quatro realizaram o agendamento, mas não compareceram, mesmo após duas novas tentativas de contato.

Com o advento da Pandemia da Covid 19, em março de 2020, ocorreu a suspensão do atendimento presencial na unidade. Essa foi uma outra conjuntura que impactou na seleção da amostra deste estudo, finalizado por impossibilidade de acesso à pessoa idosa, não por saturação da amostra no serviço.

Assim sendo, a amostra foi selecionada segundo as etapas descritas a seguir, na figura 1.

Figura 1- Seleção das Pessoas Idosas que convivem com HIV/AIDS, cadastradas no Centro de Atenção Baiano, em 2019/2020



Fonte: elaboração própria.

4.4 Instrumentos para coleta de dados

Os Instrumentos de coleta de dados deste estudo foram utilizados em duas etapas, em um mesmo dia de aplicação: no primeiro momento, houve a aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEEM), utilizado para exclusão das pessoas idosas com déficit cognitivo.

O MEEM completo é composto por duas seções que avaliam as funções cognitivas (MORÉS, 2013). Na primeira seção, avaliam-se a orientação, a memória e a atenção, totalizando 21 pontos. Já na segunda seção, avalia-se a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito e de cópia de um desenho complexo, no caso, um polígono, totalizando nove pontos. O escore total é de 30 pontos, e o ponto de corte é 23/24, sendo essa uma pontuação sugestiva de déficit cognitivo (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Neste sentido, os idosos que apresentaram o ponto de corte entre 23 e 24 em seus resultados foram excluídos do estudo.

Na sequência da primeira etapa de coleta, segue a aplicação do Questionário sociodemográfico, econômico e Condições de Saúde referentes à pessoa idosa. As variáveis analisadas no Questionário sociodemográfico e econômico foram: sexo, idade, idade do diagnóstico, estado civil, escolaridade, profissão. Em relação às Condições de Saúde, foram abordadas as seguintes questões: circunstância da vida em que ocorreu o diagnóstico, internação hospitalar, tempo de internação, infecções oportunistas, tratamento. As variáveis que contemplaram sexualidade e tratamento foram: outras infecções sexualmente transmissíveis, vida sexual ativa, sexo seguro, quantidade de medicações de uso diário, reações adversas e fatores que dificultam o tratamento. Os questionamentos foram elaborados pela pesquisadora.

É importante destacar que, concluída esta etapa, com vínculo e interação estabelecidos, seguiu-se para a segunda etapa, composta por Roteiro para a entrevista semiestruturada com questões abordando: a doença, o diagnóstico, o tratamento, o conviver com HIV/AIDS, a família e as redes de apoio social. Ao término da entrevista, prosseguiu-se com a coleta em prontuário clínico, com questionário construído pela pesquisadora com base em dados do prontuário da instituição, respeitando-se os objetivos do estudo. Este instrumento foi utilizado especialmente para verificar o tempo de diagnóstico da doença, tratamentos já utilizados, acompanhamento na instituição, casos de doenças oportunistas, entres outros.

4.5 Procedimentos para a coleta de dados e questões éticas

O contato inicial com o campo de trabalho ocorreu no mês de maio de 2019. Na ocasião, após a análise de aplicação do projeto por parte da Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde, o serviço especializado emitiu o parecer acerca da existência de pendências referentes ao quantitativo estimado da amostra descrita no projeto, dados mensurados com base em banco de registro do município. A Comissão sugeriu um contato com a coordenação do Serviço, para posterior descrição da amostra. Após visita ao serviço e apresentação do projeto à coordenação, houve a autorização para solicitar novamente a análise do projeto à Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa, a qual, em julho de 2019, emite o parecer de aprovação do projeto para a coleta de dados no serviço.

Após o projeto ser deferido e aprovado para execução da coleta de dados, foi realizada uma reunião com a equipe técnica. Nessa reunião, os propósitos iniciais do projeto foram apresentados a todos os membros da equipe, momento oportuno em que dúvidas foram sanadas e alguns protocolos acerca de encaminhamentos, forma de abordagem e manuseio das informações coletadas, identificação de qual a melhor abordagem a ser feita com os participantes, melhor horário e local disponível na unidade onde seria realizada de modo privativo a coleta de dados foram instituídos. Após passar pelo crivo da equipe e coordenação, a coleta de dados foi iniciada, em agosto de 2019.

Em seguida, realizou-se o contato inicial com os participantes a serem entrevistados. Esse contato aconteceu na sala de espera, onde aguardavam por atendimento; após a aprovação em participar, realizou-se a entrega do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e coletou-se a assinatura dos entrevistados. Posteriormente, realizaram-se a aplicação dos instrumentos de coleta e a entrevista individual. Ao final, realizou-se a análise de prontuário. A coleta dos dados foi executada em uma sala reservada no Centro de Atenção, a partir de dispositivo móvel e com auxílio do software KoBoToolbox, plataforma em que foram inseridos os questionários do estudo. Trata-se de software gratuito que auxilia na coleta, tabulação e análise de dados (DA SILVA; SILVA, 2020).

As entrevistas foram concretizadas na sequência, após solicitada previamente a autorização para gravação. Essas entrevistas seguiram um roteiro composto por vinte e sete questões norteadoras, relacionadas ao itinerário para diagnóstico de HIV/AIDS e às suas relações com a doença. O tempo de duração das entrevistas variou entre uma hora (60m) e uma hora e meia (90m), e o período transcorrido contemplou os meses de agosto/2019 a fevereiro/2020, com interrupção em março de 2020 devido ao reconhecimento da pandemia

da Covid 19 pela OMS, momento em que a maior parte dos serviços foram suspensos, especialmente para o público idoso, alvo de maior vulnerabilidade ao contágio e à letalidade da ação do vírus, em âmbito mundial. Após algumas tentativas não exitosas por telefone, a manutenção da coleta foi encerrada no mês de março de 2020.

Este projeto de pesquisa foi realizado de acordo com as normas expressas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, sob protocolo de parecer nº 3.394.696 e, após autorização, os dados foram coletados, atendendo às exigências éticas e científicas fundamentais para pesquisas com seres humanos.

4.6 Análise e interpretação dos dados

A partir dos dados coletados, procedeu-se à transcrição integral das gravações. Em seguida, para análise e interpretação dos dados coletados nas entrevistas, foi utilizada a Análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin, com auxílio do Software QSR NVivo versão 12. Segundo Bardin (2011, p. 15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”.

Para a análise, optou-se, então, por elencar as etapas da técnica conforme Bardin (2006), o qual as organiza em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

De acordo com Bardin (2011), a primeira fase, a pré-análise, envolve a leitura “flutuante”. Nela, são escolhidos os documentos, formulam-se as hipóteses e os objetivos para a pesquisa.

A segunda fase é a exploração do material, com a definição de categorias; é uma etapa importante, porque pode permitir ou não a interpretação do conteúdo (BARDIN, 2011).

A terceira e última fase diz respeito ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação; é designada ao tratamento e à interpretação dos resultados obtidos; é a hora da inspiração, da análise do que foi obtido. Essa fase leva ao avanço da pesquisa (BARDIN, 2006).

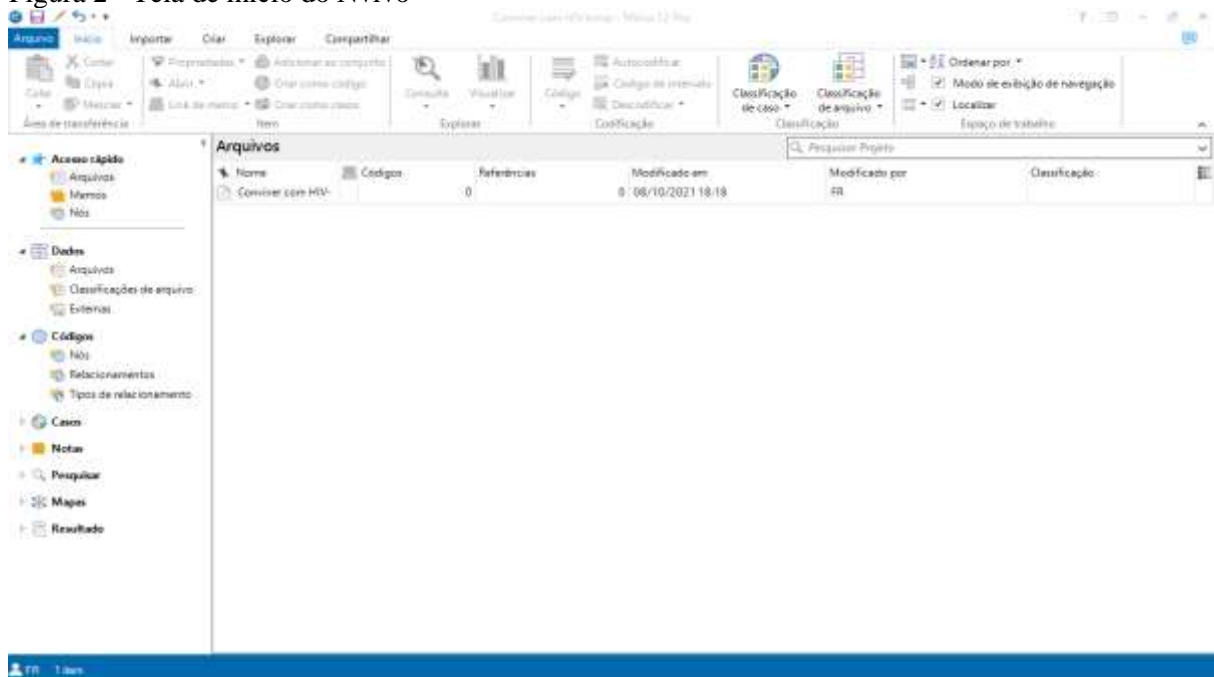
No tocante ao QRS NVivo, trata-se de um software que permite a importação e o armazenamento dos dados. Após a criação de um projeto no NVivo, é possível o

gerenciamento das informações por meio de alguns campos responsáveis como fontes, nós e codificações, classificação e atributos.

As fontes são compostas por todo o conteúdo empírico da pesquisa, e podem ser importadas como arquivo de texto, conjunto de dados, imagens ou vídeos. Já os nós são compostos pelas unidades temáticas ou categorias analíticas, enquanto as classificações e atributos permitem classificar as fontes ou nós em alguns atributos (TEIXEIRA, 2015). A partir de então, é possível criar as nuvens de palavras com as palavras citadas com maior frequência pelos entrevistados. Esse recurso coloca em destaque os conteúdos mais relevantes constituintes das categorias e contribui para a análise de conteúdo.

A fim de demonstrar as etapas de processamento dos dados do presente estudo no Nvivo versão 12, seguem figuras sequenciais da análise por meio do software.

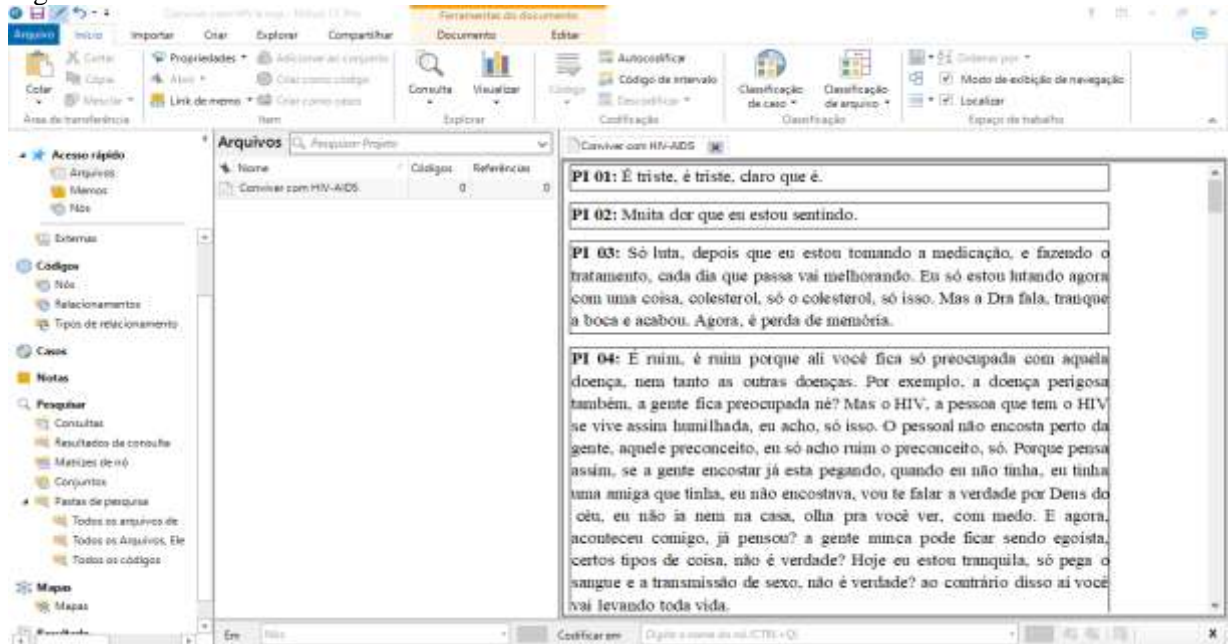
Figura 2 - Tela de início do Nvivo



Fonte: elaboração própria.

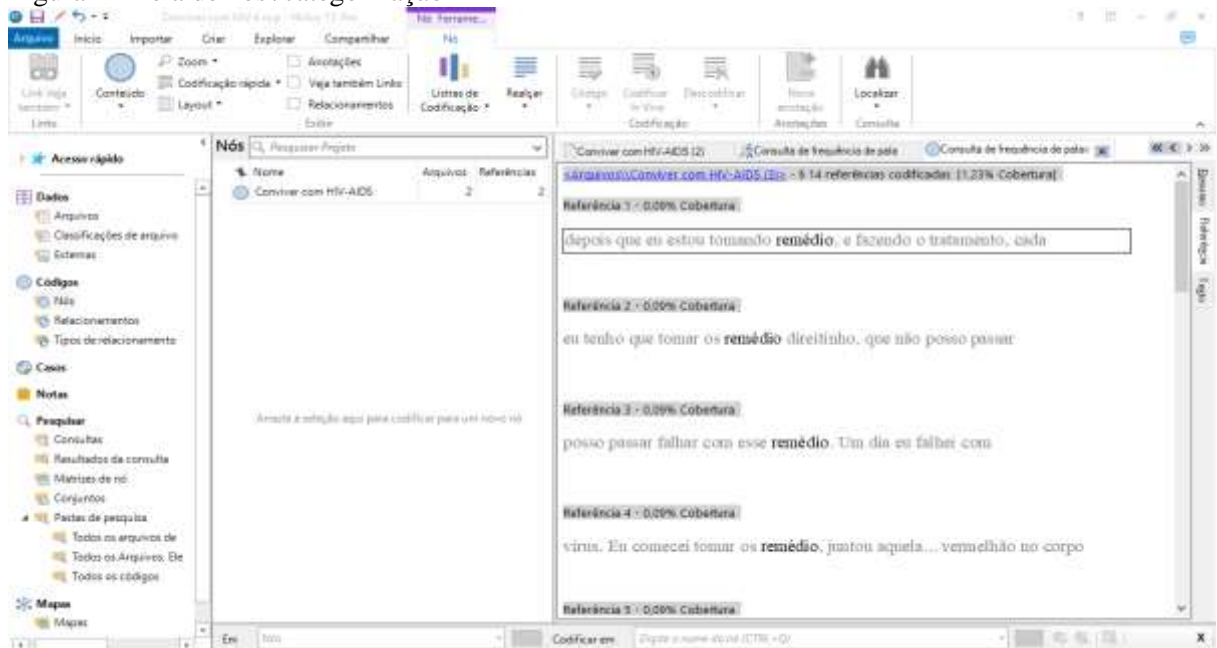
Após o tratamento dos dados da entrevista, o conteúdo é anexado aos arquivos do software; posteriormente, a categorização é realizada.

Figura 3 - Tela do banco de dados



Fonte: elaboração própria.

Figura 4 - Tela de nós /categorização

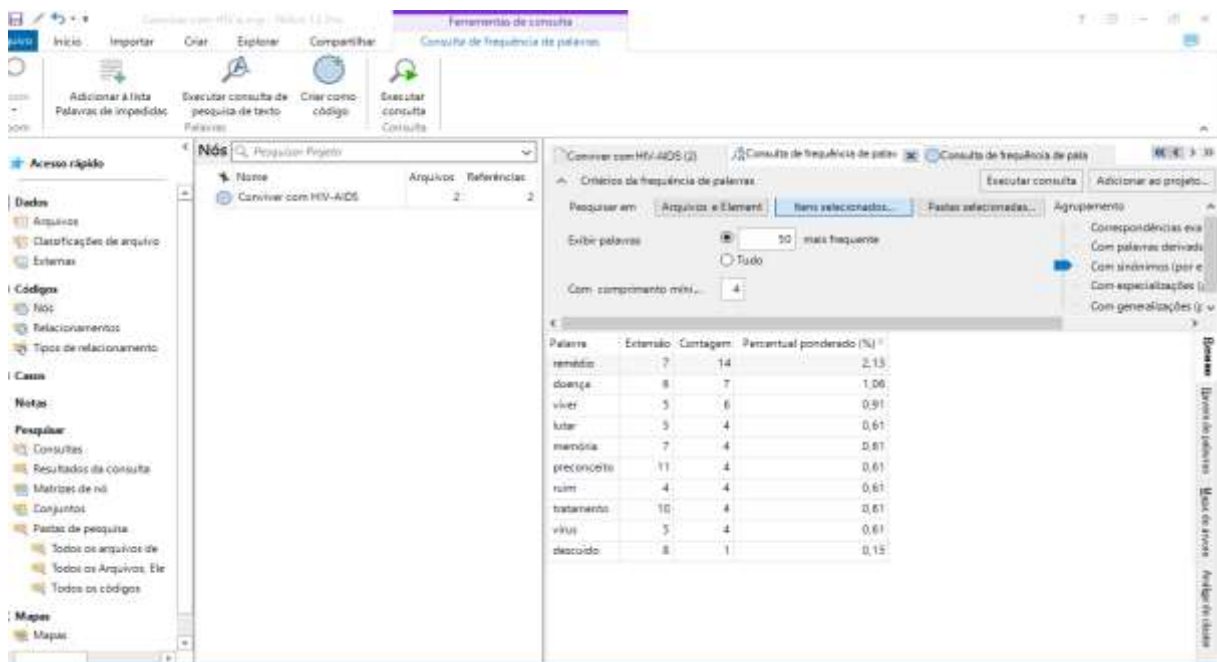


Fonte: elaboração própria.

Os nós e subnós emergem da categorização, que, além de demonstrar os sentidos atribuídos às palavras que originam as categorias, também possibilita a visualização da frequência das palavras, organizadas de forma hierárquica.

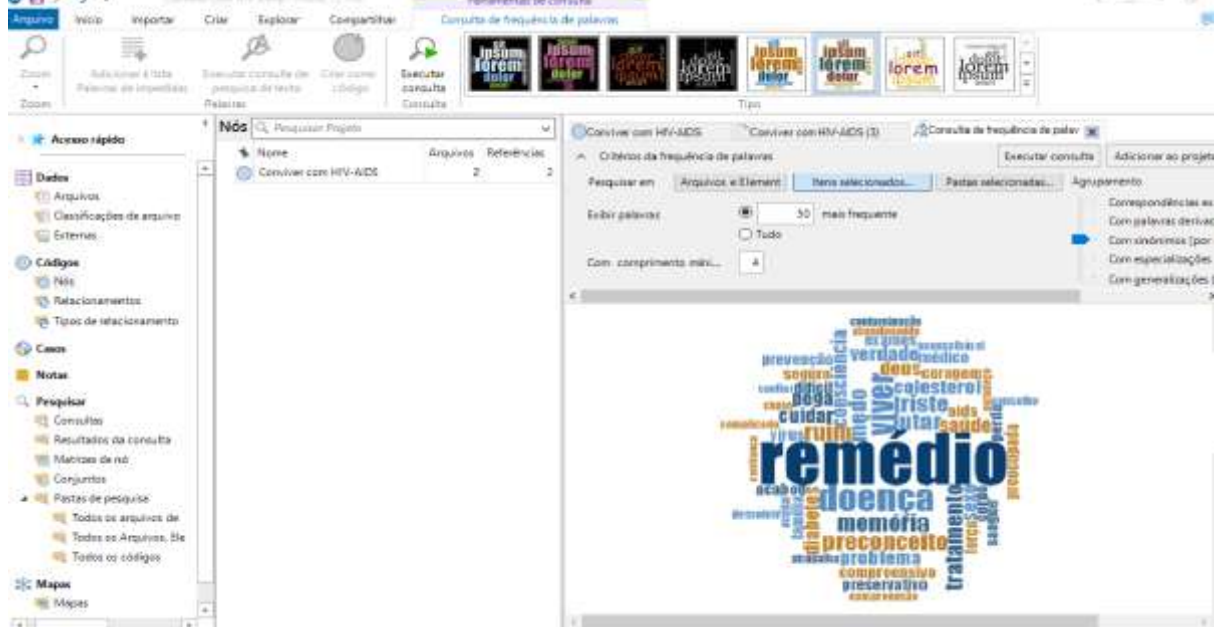
Nesta etapa da análise, é possível definir o número de palavras a serem analisadas, a extensão silábica mínima da palavra e o agrupamento de sinônimos.

Figura 5 - Tela da frequência de palavras



Fonte: elaboração própria.

Figura 6 - Tela da Nuvem de palavras do software Nvivo



Fonte: elaboração própria.

A nuvem de palavras, composta com as palavras que apresentaram maior frequência na categoria, torna-se um recurso de extrema importância na apresentação visual das representações oriundas das entrevistas.

Por seus vínculos com o objeto deste estudo, as análises dos resultados e das categorias emergentes do estudo serão estruturadas com o amparo do referencial teórico.

5. CONVIVENDO COM HIV/AIDS: MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PESSOAS IDOSAS COM O VÍRUS

Apresentamos, nesta seção, os resultados e discussões inerentes aos aspectos sociodemográficos, as circunstâncias do diagnóstico, internação hospitalar, manifestação de infecções oportunistas, sexualidade e tratamento das pessoas idosas participantes deste estudo.

5.1 Caracterização sociodemográfica e econômica, sexualidade e condições de saúde da pessoa idosa

Segundo os dados apresentados no quadro 1, é possível inferir que há o predomínio de pessoas idosas com HIV/AIDS do gênero masculino (n=30), na faixa etária de 60-69 anos (n=26), diagnosticados com a doença no período de 50-60 anos de idade (n=26), separados (n=11), com escolaridade referente ao ensino fundamental incompleto (n=10) e autônomos quanto a profissão exercida (n=16).

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica da pessoa idosa que convive com HIV/AIDS - Vitória da Conquista/BA, 2022

Variáveis	Número
Gênero	
Masculino	30
Feminino	08
Faixa etária atual (anos)	
60 – 69 anos	26
70 -79 anos	11
80 anos ou mais	01
Faixa etária de contágio HIV/AIDS (anos)	
50-60	26
61-71	12
Estado Civil	
Separado (a)	11
Casado (a)	10
Solteiro (a)	09
Viúvo (a)	05
União Estável	03
Escolaridade	
Fundamental Incompleto	10
Fundamental Completo	10
Ensino Médio Incompleto	08
Ensino Médio completo	05
Não alfabetizado	03
Superior Completo	02
Profissão	
Autônomo (a)	16
Gerente de vendas (a)	04
Dona de casa	03
Lavrador (a)	03

Caminhoneiro	02
Cozinheiro	02
Pintor	02
Pedreiro	02
Comerciante	01
Cuidadora de Idosos	01
Monitora de creche	01
Profissional do sexo	01

Fonte: dados da pesquisa.

Em relação às circunstâncias da vida em que ocorreu o diagnóstico do HIV/AIDS, (n=12) relataram que foi secundário ao diagnóstico do parceiro e mais (n=12) por meio de manifestações de doenças oportunistas. Quanto à internação hospitalar, a maioria dos participantes não tinha relato de internação hospitalar (n= 28), entretanto, entre os que relataram internação hospitalar (n=10), a maior parte (n=5) relatou a permanência de até 15 dias em internação nosocomial. Quanto às infecções oportunistas de maior frequência, foram citadas a síndrome consumptiva (n=16), a tuberculose (n=8) e a pneumonia (n=5). Esses dados estão apresentados no quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis das circunstâncias do diagnóstico, internação hospitalar, manifestação de infecções oportunistas -Vitória da Conquista/BA, 2022

Variáveis	Número
Circunstância da vida em que ocorreu o diagnóstico	
Diagnóstico do parceiro (a)	12
Manifestação de doença oportunista	12
Exames de rotina	10
Em campanhas de testagem	02
Outros	02
Internação hospitalar	
Não	28
Sim	10
Tempo de Internação	
Até 15 dias	05
01 mês	03
45 dias	02
Infecções oportunistas	
Síndrome consumptiva	16
Tuberculose	08
Pneumonia	05
Candidíase	05
Herpes zoster	02
Hanseníase	01
Neurotoxoplasmose	01

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto à outras infecções sexualmente transmissíveis (n=5) relataram conviver também com a sífilis e (n=2) com hepatite B. Relativo à vida sexual, (n=22) participantes do estudo declararam vida sexual ativa, sendo que (n=13) relataram sexo seguro. A maioria faz uso de duas medicações diárias (n=10), com diarreia (n=10) e náusea (n=9) como as principais reações adversas. A maioria (n=7) considera como maior dificuldade para a manutenção da adesão o deslocamento, conforme dados do quadro 3.

Quadro 3 - Variáveis da sexualidade e do tratamento - Vitória da Conquista/BA, 2022

Variáveis	Número
Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis	
Sífilis	05
Hepatite B	02
Hepatite A	01
Gonorreia	01
Vida sexual ativa	
Sim	22
Não	16
Sexo seguro	
Sim	13
Não	09
Quantidade de medicações de uso diário	
02 medicamentos	10
03 medicamentos	08
04 medicamentos	08
05 medicamentos	07
07 medicamentos	05
Reações adversas	
Diarreia	10
Náusea	09
Vômitos	08
Anorexia	05
Tontura	02
Cefaleia	02
Desmaio	01
Fatores que dificultam a adesão	
Deslocamento	07
Dificuldade de aceitação	05
Reações adversas Uso de substâncias psicoativas	02

Fonte: dados da pesquisa.

Da análise dos dados obtidos neste estudo, emergiram dois eixos temáticos: (1) diagnóstico e (2) convívio com HIV/AIDS, e as categorias e subcategorias analíticas relacionadas no quadro 4.

Quadro 4 - Eixos temáticos, categorias e subcategorias da análise de conteúdo da pesquisa. Bahia, 2019/2020

Eixos temático	Categorias	Subcategorias
Eixo temático 1. Diagnóstico do HIV/AIDS	<p>Categoria 1. Em busca do diagnóstico.</p> <p>Categoria 2. Memórias da descoberta do contágio com HIV/AIDS.</p> <p>Categoria 3. Representações Sociais acerca do contágio.</p>	<p>1.1 Sexualidade velada e a tríade do itinerário para o diagnóstico.</p> <p>2.1 Resgate da fé e da religiosidade.</p> <p>2.2 Ambivalência acerca do tratamento medicamentoso.</p> <p>3.1 Sexo (in) seguro, sexo (in) seguro na conjugalidade.</p> <p>3.2 Incerteza acerca da via de contágio com o HIV/AIDS.</p>
Eixo temático 2. Convívio com HIV/AIDS	<p>Categoria 1. Representações Sociais sobre o conviver com HIV/AIDS.</p> <p>Categoria 2. Memórias sobre o conviver com HIV/AIDS.</p>	<p>1.1 Rupturas: conviver com tratamento e o enfrentamento do preconceito.</p> <p>1.2 Luta pela (sobre) vivência: medo de morrer e da propagação do diagnóstico.</p> <p>2.1 As relações: família, companheiro (a) e amigos.</p> <p>2.2 Sexualidade pós diagnóstico.</p>

Fonte: dados da pesquisa.

As narrativas das pessoas idosas participantes deste trabalho fundamentam a discussão que segue nesta seção. Com intuito de preservar o anonimato dos entrevistados, optou-se por identificá-los pelas palavras cravo para o gênero masculino e rosa para o gênero feminino, seguindo a ordem numérica de realização das entrevistas; na sequência, serão apresentados a idade e estado civil.

5.2 EIXO TEMÁTICO 1: DIAGNÓSTICO HIV/AIDS

5.2.1 Em busca do diagnóstico

O diagnóstico se apresentou como preâmbulo de todas as narrativas, como se, a partir deste, tivesse ocorrido uma reconstrução da identidade individual e social da pessoa idosa que o recebe. Conviver com HIV/AIDS na velhice é conviver com duplo estigma, impacto capaz de modificar suas experiências, identidade e seu modo de ser e se comportar no mundo (CASTRO; COSTA; CARVALHO; BARROS JUNIOR, 2014).

O diagnóstico, passaporte para inclusão em um novo grupo social do qual o idoso não se sente pertencente, para a maioria, não faz sentido algum. Ocorre após um caminho árduo, com sintomatologias e complicações que apontam, de modo evidente, um destino provável, mas que parece deixar todos em volta, até os mais habilidosos profissionais, descrentes da rota, o que torna essa categoria em busca do diagnóstico repleta das mais variadas circunstâncias.

Estudos apontam alguns fatores etiológicos que impulsionam o que denominam de “vulnerabilidade epidemiológica”, são eles: a invisibilidade da sexualidade da pessoa idosa, o fim da idade reprodutiva e a estigmatização determinada pela sociedade a este grupo populacional (FONSECA; SANTANA, 2020).

O fato é que as representações sociais construídas sobre a velhice, a sexualidade e o HIV/AIDS ao longo do tempo permanecem quase que imutáveis na sociedade contemporânea, não apenas nos discursos, mas são partes constituintes da identidade dos indivíduos; logo, estão presentes nas ações e comportamentos, crenças e valores destes e os desobrigam da abordagem e informações acerca de temas como: sexualidade, infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS.

Segundo Moscovici (2003), as representações sociais são construídas e compartilhadas pelas interações públicas entre atores sociais, em práticas de comunicação do cotidiano. Essas práticas e discursos são responsáveis pelo fortalecimento dos tabus e pelo desinteresse no tema, assunto desnecessário na percepção dos profissionais e das pessoas idosas. Em seu estudo, Aguiar *et al.* (2020) conceituam de modelo ideológico de representação do HIV/AIDS o responsável pela indiferença à prática de sexo seguro e pelas informações importantes acerca da doença por parte da população.

Na contramão do que se tem praticado no cuidado à saúde pelos serviços de atenção primária à saúde, os dados do Boletim Epidemiológico - aids e IST de 2017 do Ministério da

Saúde demonstram que, em 2016, quando foram registrados 1.294 casos de HIV no país, houve o crescimento de 15,0% no índice de pessoas acima de 60 anos com o vírus em relação ao ano anterior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O crescimento de HIV entre a população idosa, seja pelo fato de estarem envelhecendo com HIV/AIDS, seja pelo contágio com 60 anos ou mais, exige maior esforço e novo olhar para o diagnóstico e o acolhimento das pessoas idosas em relação ao tratamento proposto, com a finalidade de garantir a adesão e prevenir complicações associadas à doença, tão prevalentes no cenário atual do diagnóstico de HIV/AIDS em idosos (TAVARES *et al.*, 2019).

Isto posto, apresentamos a figura 7, composta pelas palavras mais evocadas pelas pessoas idosas quando rememoraram o caminho percorrido e o momento do diagnóstico.

Figura 7 - Nuvem de palavras do eixo temático diagnóstico - Categoria em busca do diagnóstico - Via QRS NVivo



Fonte: dados da pesquisa.

A tabela 1, construída pelas 10 palavras mais frequentes nas narrativas das pessoas idosas nesta categoria, demonstra, de modo sistemático, o número de vezes em que cada palavra aparece.

Tabela 1 - Frequência das 10 palavras mais citadas na categoria

Palavra	Contagem
Febre	23
Teste	22
Hospital	21
Doença	19

Deus	18
Corpo	13
Peso	9
Família	8
Revelação	8
Diagnóstico	7

Fonte: dados da pesquisa.

A partir da análise da nuvem de palavras e da tabela de frequência das 10 palavras mais citadas na categoria, emergiu a subcategoria: sexualidade velada e a tríade do itinerário para o diagnóstico: diagnóstico tardio, doenças oportunistas e hospitalização, apresentada a seguir.

5.2.1.1 Sexualidade velada e a tríade do itinerário para o diagnóstico: diagnóstico tardio, doenças oportunistas e hospitalização

A sexualidade é parte elementar na vida do ser humano e o acompanha durante todo o ciclo vital, desde o nascimento até a morte. Isso inclui jovens, adultos e pessoas idosas. Composta por caráter biopsicossocial, com características individuais que sofrem modificações contínuas por influência dos processos e relações sociais de convivência ao longo das experiências da vida, a sexualidade interfere no modo de ser e de se posicionar no mundo (GALATI *et al.*, 2014).

Portanto, por seu caráter biopsicossocial, a sexualidade ultrapassa o campo físico/biológico da necessidade de reprodução; acontece, ao mesmo tempo, um misto de prazeres que vão desde afeto e bem-estar nas relações até aspectos culturais e sociais, transmitidos de geração em geração (EVANGELISTA *et al.*, 2019). Os estudos corroboram a afirmativa de que a vida sexual ativa se perpetua na fase idosa (ALENCAR; CIOSAK, 2016; VIEIRA *et al.*, 2021). Os idosos, muitas vezes, têm um vigor adicional, oriundo do suporte das tecnologias medicamentosas, do uso de próteses e do aumento das oportunidades sociais. A recusa da prática sexual segura, por rejeição ao uso de preservativo, pode impulsionar o comportamento de risco a este grupo social, tornando-o mais vulnerável a infecções sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV/AIDS (ALMEIDA; PINHEIRO, 2017; SANTOS *et al.*, 2019).

Ainda assim, a sexualidade da pessoa idosa é um conteúdo proscrito na abordagem realizada pelos profissionais de saúde, pela sociedade, no repertório acadêmico e em pesquisas científicas. A representação social de uma velhice assexuada se consolida cotidianamente por meio da memória coletiva, perpetuando a desassistência de modo tão

protocolar e homogêneo, que legitima a exclusão completa da abordagem da sexualidade do ser que envelhece, desde o interior dos grupos sociais até a formulação das políticas públicas e programas de prevenção das ISTs e HIV/AIDS na atenção primária à saúde. Assim, desconsideraram em seu escopo a visibilidade necessária capaz de nortear condutas e práticas dos que estão à frente do cuidado.

Por esta razão, as pessoas idosas se mantêm desenformadas ou vão em busca de informações em outros meios que não por intermédio dos profissionais de saúde, como mostram os resultados de um estudo qualitativo realizado no Sul do país, em que todos os participantes negaram ter abordado, em sua consulta com profissional de saúde, informações acerca de sexualidade, e relataram buscar informações nos meios de comunicação (ANDRADE *et al.*, 2017).

Neste cenário, apesar dos números crescentes de diagnósticos de pessoas idosas com HIV/AIDS, o diagnóstico tardio tem sido a realidade, seguido por manifestações de doenças oportunistas, com complicações já instaladas e, na maioria das vezes, com mais de um episódio de hospitalização (ALENCAR; CIOSEK, 2016). Ressalta-se que, apesar de tardio, o diagnóstico tem sido realizado pelo serviço secundário ou terciário de saúde, materializando as lacunas existentes na atenção integral à saúde da pessoa idosa no serviço primário (MARTINELLI *et al.*, 2021).

Dados epidemiológicos internacionais revelam que, em toda a Europa, quase um terço dos indivíduos infectados são diagnosticados tardiamente, aumentando, de forma progressiva e rápida, o risco de desenvolvimento de uma condição definidora de AIDS (ANTINORI *et al.*, 2011). A mesma literatura apresenta um consenso definidor de apresentação tardia para tratamento de HIV com dois critérios a serem considerados: pessoas que se apresentam para atendimento com uma contagem de CD4 abaixo de 350 células / μ L ou apresentando um evento definidor de AIDS e doença avançada por HIV, com um evento definidor de AIDS, independente da contagem de CD4.

A esse respeito, ressalta-se que diagnosticar o HIV tardiamente em uma pessoa idosa favorece o maior risco de desenvolvimento da AIDS e de complicações. Mas não só: se a pessoa idosa diagnosticada tardiamente possuir contagem de CD4 inferior a 200 células/ml³, apresentará 14 vezes mais chances de morrer no primeiro ano do diagnóstico (CRUZ *et al.*, 2020).

Nesse sentido, é possível observar tais características evidenciadas nas narrativas das pessoas idosas deste estudo, um itinerário repleto de indagações, desesperança e medo até o diagnóstico:

Eu fiquei 3 anos doente e 3 meses internada, me atacou muito, eu não suspeitava disso. Me atacou assim, eu emagrecendo, com falta de apetite para não comer, só perdendo peso (Rosa 04, 65 anos, casada).

Fiquei por 1 ano sentindo dor, foi enfraquecendo o corpo, quando eu fui descobrir, já tinha paralisado as pernas. Fiquei internado no hospital um bom tempo, fiz o exame lá no hospital, eu fiquei 30 dias da primeira vez (Cravo 07, 64 anos, casado).

Levou dois anos até descobrir. Perdi muito peso, fiquei fininha. Tinha muita diarreia e sífilis também (Rosa 17, 61 anos, em união estável).

Alguns estudiosos têm se ocupado em se aprofundar nas razões pelas quais as pessoas idosas estão recebendo diagnóstico de HIV tão tardiamente, e foram elencados alguns achados, dentre eles: a falta de investigação sobre atividade sexual da pessoa idosa, por parte dos profissionais de saúde, por estes acreditarem que este grupo seja assexuado, ou por constrangimento e vergonha em abordar tal conteúdo com o idoso durante assistência à saúde. Assim, conseqüentemente, ocorrem graves falhas na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis como HIV/AIDS; a não solicitação de exames sorológicos, apesar de sintomatologias e manifestações de doenças oportunistas, por estas serem atribuídas às morbidades e declínios que acometem a pessoa idosa; a falha no sistema de saúde em relação às informações sobre a doença para este público (ANDRADE *et al.*, 2017; FONSECA BATISTA; SANTANA, 2020; MARTINELLI *et al.*, 2021).

Cruz *et al.* (2020), em seu estudo sobre o diagnóstico tardio de HIV em idosos, alertam para os fatores de risco para o indivíduo e a população de um diagnóstico tardio, como o atraso no início do tratamento, o risco de transmissão por indivíduos infectados que desconhecem o seu diagnóstico, o aumento dos custos de saúde e dos índices de morbidade e mortalidade em decorrência da doença.

Esses dados foram materializados nos depoimentos dos participantes deste estudo, que relataram manifestações de doenças oportunistas, complicações clínicas e nível de gravidade na ocasião em que foram diagnosticados:

Tive muita diarreia e pneumonia, eu estava muito magro aí comecei a fazer o tratamento, fiquei mais de 6 meses internado. Tive pneumonia e tuberculose (Cravo 05, 70 anos, viúvo).

A candidíase foi detectada na endoscopia, antes da cirurgia tive muita diarreia, aí eu comecei a desconfiar, pensei, esse negócio está estranho demais, era aquela diarreia água (Cravo 08, 66 anos, separado).

Deu tuberculose. E foi muitos dias que eu fiquei internado e sem eles descobrir nada. Eu fiquei mais ou menos três meses internada, sentindo mal do pulmão. Fiquei até na UTI, fiquei inconsciente (Rosa 24, 68 anos, solteira).

Os sintomas apresentados são considerados sinais de progressão da infecção pelo HIV, fragilidade do sistema imunológico e manifestações da AIDS. Os mesmos sinais e sintomas foram encontrados em outros estudos e foram considerados como condição indicadora de HIV/AIDS, nos pacientes com diagnóstico tardio, são eles: perda de peso, febre, diarreia, candidíase, pneumonia, tosse e herpes zoster (GARGALLO-BERNAD *et al.*, 2018; DA ROSA MESQUITA; FRANZMANN; FONTENELE, 2021).

Estudo epidemiológico da morbimortalidade pelo HIV, realizado no nordeste brasileiro, entre 2013 e 2017, trouxe a evidência de que as pessoas idosas que convivem com HIV tiveram maior mortalidade (SOUZA JUNIOR *et al.*, 2021). Essa informação corrobora os dados de um outro estudo, realizado no Malawi, que objetivou avaliar risco de mortalidade em pessoas convivendo com HIV, estratificando-as por grupo de idade. Segundo este estudo, o grupo de 50 anos ou mais iniciou o tratamento com estágio clínico da doença mais avançado e a contagem de CD4 mais baixa do que os mais jovens, e, neste grupo etário, houve resposta imunológica mais lenta e maior mortalidade em comparação com os demais grupos (TWEYA *et al.*, 2017). Isso porque a demora no diagnóstico, além de permitir a progressão do comprometimento do vírus no organismo e manifestações das doenças oportunistas, como pneumonia, tuberculose, comprometimento cardiovascular e neurológico, entre outros, faz com que aconteça a diminuição da eficácia da Terapia Antirretroviral (TARV) na restauração da resposta imunológica (SANTANA *et al.*, 2018; SANTOS *et al.*, 2019).

Tudo isso, somado às doenças crônicas, na maioria das vezes, já pré-existentes, ao declínio natural típico do processo de envelhecimento humano e às questões socioeconômicas desfavoráveis em que estão vivendo a maior parcela das pessoas idosas no Brasil, aumenta a complexidade do cuidado, exigindo estratégias múltiplas, inclusive medicamentosas, e recursos de maior complexidade (TWEYA *et al.*, 2017). Exemplo disso é a internação hospitalar a que se referiram os participantes deste estudo:

Fiquei internada 1 mês em um primeiro hospital e 2 meses no segundo. E... Aí só tomando remédio, remédio e remédio, eu não aguentava nem levantar da cama, depois Deus foi me dando força, aí eu melhorei. Fui no dermatologista, procurei os médicos tudo, aí não fez o diagnóstico né? sobre a verdade da doença (Rosa 04, 65 anos, casada).

Fiquei internado 21 dias. Só que eu não tomava medicação nenhum ainda (Cravo 06, 69 anos, viúvo).

Fiquei internado no hospital um bom tempo, fiz o exame lá no hospital, eu fiquei 30 dias da primeira vez (Cravo 07, 64 anos, separado).

A internação hospitalar, muitas vezes prolongada devido à criticidade do estado clínico da pessoa idosa pela manifestação da patologia, ainda sem diagnóstico, somada à recorrência de internações, marca negativamente as memórias do itinerário ao diagnóstico para as pessoas idosas deste estudo. O diagnóstico que acontece tardiamente e incidentalmente no âmbito hospitalar, com um desfecho desfavorável, muitas vezes, é o que tem colaborado com os dados estatísticos acerca da maior mortalidade desta população. Neste contexto, muitos não conseguem acessar o tratamento em decorrência da gravidade, e o diagnóstico vem seguido da impossibilidade terapêutica, que culmina no óbito, como pode ser visto na narrativa que segue:

Minha segunda esposa morreu disso, quando os médicos descobriram não teve mais jeito. Ela nem sabe como pegou isso, ela era de uma família muito nobre, ficou internada umas duas vezes e saiu. Na terceira vez, os médicos falaram que era isso aí. E ela acabou falecendo no hospital (Cravo 13, 71 anos, solteiro).

Entre os países em desenvolvimento, o Brasil foi um dos primeiros a garantir o acesso universal e gratuito à TARV, no Sistema Único de Saúde (SUS), em 1996, e tem sido uma referência em modelo de assistência aos que convivem com HIV/AIDS até os dias atuais, tendo como um dos principais objetivos reduzir as internações hospitalares. Por isso, conta com serviços ambulatoriais, hospital dia com laboratórios exclusivos e com equipe multidisciplinar para garantir a integralidade do cuidado (CERQUEIRA, 2019).

Essas medidas têm se mostrado insuficientes na garantia do acesso aos serviços para diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS no serviço especializado, com os profissionais qualificados para tal abordagem inicial e condução da terapêutica; desse modo, o contato inicial com a pessoa idosa e/ou familiares vem sendo realizado por profissionais no exercício da função em assistência hospitalar, muitas vezes em circunstâncias e agravos clínicos agudos, sem que haja um preparo da equipe responsável por transmitir tal achado clínico de

tamanho impacto para os que o recebem, seja o familiar, seja a pessoa idosa. As pessoas que recebem este diagnóstico estão em condições ainda mais desfavoráveis, desprovidas, na maioria das vezes, da mínima informação acerca da doença e com a completa incerteza do seu futuro.

Em pesquisa qualitativa realizada no interior de São Paulo com a população de 60 anos ou mais, o diagnóstico do HIV/AIDS ocorreu na atenção terciária à saúde, na ocasião de internação hospitalar ou durante atendimento dos pacientes em pronto atendimento hospitalar (ALENCAR; CIOSAK, 2015).

O Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde orientam, por meio de protocolos, a investigação diagnóstica de HIV/AIDS em pronto atendimento hospitalar em grupos com comportamento de risco e ou pacientes com sintomatologias que se apresentam entre os sinais clínicos de manifestação do HIV. De acordo com o protocolo, após a confirmação diagnóstica, quando da alta hospitalar, o paciente deve ser encaminhado a uma unidade básica de referência ou a ambulatórios especializados para acolhimento e seguimento da investigação para outras infecções sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2013).

Importante ressaltar que a existência do protocolo em unidades não especializadas é uma medida que pode colaborar com a redução do diagnóstico tardio, entretanto não garante o acesso à testagem nem a abordagem do profissional de saúde para o diagnóstico, principalmente quando se trata de pessoa idosa, isso porque, além da invisibilidade da sexualidade deste grupo, já referenciada neste estudo, a literatura aponta o constrangimento em falar sobre a temática, declarado pelos profissionais de saúde como outro fator impeditivo para a abordagem profissional (CUNHA *et al.*, 2015). Enquanto isso, acontece de modo progressivo o prolongamento e a recorrência das internações hospitalares, com comprometimento da saúde das pessoas idosas e o alto custo assistencial prestado durante as internações, que demandam múltiplos recursos tecnológicos, a exemplo do entrevistado que menciona ter passado por uma semana em internação em unidade de terapia intensiva.

Com isso, podemos inferir que o aprofundamento das discussões sobre a sexualidade da pessoa idosa deve ser conteúdo fomentado continuamente na academia, durante a formação profissional, nas pesquisas científicas, com as equipes assistenciais, na sociedade e no interior dos grupos sociais que a compõem.

A grandiosidade do fenômeno de envelhecimento humano traz consigo, na mesma proporção, desafios não apenas estruturais, mas de mudança de paradigmas e apurado olhar sobre todas as questões biopsicossociais do ser que envelhece, em sua maioria, tão órfão de

cuidado em sua trajetória de vida. É fundamental que os diagnósticos de agravos à saúde da pessoa idosa, não apenas para o HIV, seja o mais precoce possível, uma vez que esse grupo já convive com o declínio do sistema imunológico e está mais predisposto a complicações e morbimortalidade, de acordo com os dados apresentados neste estudo.

5.2.2 Memórias da descoberta do contágio com HIV/AIDS

Das memórias das pessoas idosas sobre a descoberta do diagnóstico do contágio com HIV/AIDS, emergiram as subcategorias, que serão discutidas na sequência, a saber: o resgate da fé e da religiosidade e a ambivalência do tratamento medicamentoso.

Assim, a nuvem de palavras apresentada a seguir expõe a representação gráfica das lembranças dos participantes do período em que se descobriram com o vírus.

Figura 8 - Nuvem de palavras do eixo temático diagnóstico - Categoria memórias da descoberta do contágio com o HIV/AIDS - Via QRS NVivo



Fonte: dados da pesquisa.

Seguem, na tabela 2, as 10 palavras mais frequentes das pessoas idosas que dão origem a esta categoria.

Tabela 2 - Frequência das 10 palavras mais citadas na categoria

Palavra	Contagem
Exame	27
Problema	15
Médico	13
Deus	12
Doente	12
Remédio	10
Tratamento	10
Emagrecendo	6

Morrer	6
Hospital	5

Fonte: dados da pesquisa.

5.2.2.1 Resgate da fé e da Religiosidade

Halbwachs (2004), em sua obra intitulada: *Les cadres sociaux de la mémoire*, reafirma a memória como um fenômeno social, reconstruída por meio dos quadros sociais da memória, dentre eles: a linguagem, a família, a religião e as classes. Para o autor, as convenções sociais ou marcos sociais da memória são a base para a reconstrução da memória, ou seja, para a rememoração. Faz-se um destaque nesta categoria: a memória coletiva religiosa, adotada pelas pessoas idosas deste estudo como estratégia de enfrentamento do diagnóstico.

Isso porque religiosidade e espiritualidade representam uma das mais importantes ferramentas de suporte emocional para a pessoa idosa, impactando não só sua saúde emocional, mas também física e, por seu caráter sociocultural, são transmitidas de geração em geração, como um sólido recurso simbólico capaz de dar sentido à existência humana, desde o nascer até o morrer (REIS; MENEZES, 2017). A fé em um Deus é a ligação com o sobrenatural, tão necessária em situações de aflição e angústias, como ocorre com o adoecimento, tornando-se o fio condutor para a solução dos problemas, estratégia que costuma ser amplamente utilizada na busca da restauração da saúde (OLIVEIRA; HERBES, 2016).

Conforme podemos verificar neste estudo, o resgate da fé e da religiosidade fazem parte das memórias das pessoas idosas de forma significativa, como amparo psíquico emocional para lidar com a descoberta, sendo a fé na cura o conteúdo central dos discursos referentes à busca do sobrenatural em um ser superior, Deus, na maioria dos relatos, como podemos constatar abaixo:

Tem que pedir a Deus e confiar nele, Deus levanta os mortos, imagina os doentes (Rosa 22, 81 anos, separada).

Com fé em Deus eu estou tratando para sarar (Cravo 23, 64 anos, solteiro).

Eu sei que é uma doença que não tem cura aqui na Terra, mas para Deus pode ser que tenha (Rosa 28, 62 anos, solteira).

O conceito de fé perpassa a subjetividade de cada indivíduo, segundo as suas experiências de vida, crenças, valores, estando relacionada às realizações pessoais ao longo de sua trajetória (MOURA *et al.*, 2020). O autor ressalta que, embora a fé possua inúmeros

sentidos, mediante a vivência espiritual, ela possibilita um caminho em que a confiança depositada no transcendente, no sagrado, transmite ao ser humano um novo sentido à vida. Nos depoimentos, por se tratar de uma doença sem cura, a fé exercida requisita o milagre da cura ao Deus onipotente, que tudo pode. Nesse sentido, a fé é sinônimo da confiança e da esperança tão almejadas e, ao mesmo tempo, tão distantes nas situações de vulnerabilidade, fragilidade e impotência (ABREU; NASCIMENTO; SANTOS, 2018).

Assim, o exercício da fé e da religiosidade tem se mostrado, em estudos com pessoas idosas, um fator determinante para a qualidade de vida e a possibilidade de reconstrução do sentido da vida durante o diagnóstico e convivência com uma doença crônica capaz de transformar por completo a rotina, os hábitos e o modo de ser e de se comportar no mundo (BRUSTOLIN; FILIPIAK; PIGATTO, 2015).

A desesperança e o medo dão lugar à resiliência e à superação, que emergem da fé no sobrenatural. Um estudo que avaliou a influência da religiosidade e da fé na adesão ao tratamento e melhora dos sintomas de pacientes que convivem com doenças constatou que, após o diagnóstico de uma patologia, a intensificação da fé e a influência da religiosidade e da oração favorecem o alívio de sintomas e a qualidade de vida e traz tranquilidade e otimismo no enfrentamento e adesão ao tratamento proposto (MARTELLI, 2018).

Esses benefícios psicoemocionais se estendem aos familiares que vivenciam cotidianamente os enfrentamentos dos que convivem com doenças crônicas (SOUZA JUNIOR *et al.*, 2015). Apesar do sofrimento e das angústias vivenciadas com o diagnóstico de HIV/AIDS, muitas vezes, até mesmo a descrença na possibilidade real de conviver com o vírus, não há abalos na fé e na religiosidade dos participantes deste estudo, o que comprova nas afirmações que seguem:

Faço minha oração, depois da oração. Peço a Deus para me dar minha saúde (Cravo 05, 70 anos, viúvo).

Pedi a Deus que me mostrasse uma solução. Eu sei que Deus não vai deixar nada de mal acontecer (Cravo 06, 69 anos, viúvo)

É para não desanimar, ir em frente, pegar com Deus e tomar os remédios direitinho. E confiar no Senhor! Deus me dá mais energia, saúde para eu viver, sair, passear (Cravo 09, 64 anos, separado).

Importante ressaltar que, além de não haver abalo na fé, acontece um maior investimento e envolvimento religioso, os quais são capazes de alterar as percepções e memórias das pessoas idosas acerca da doença. A estabilização do quadro clínico e melhora

dos sintomas são atribuídas, muitas vezes, ao retorno a práticas religiosas, como as orações, em razão da situação de sofrimento motivadora pela busca de explicações e percepções que ultrapassam o campo terreno de entendimento (MARTELLI, 2018).

Não só a religiosidade, tida como um conjunto de práticas, rituais e valores de uma comunidade, mas a espiritualidade, que é a busca pelo sentido da vida em dimensões sobrenaturais, não terrenas, têm sido objeto de estudo em relação aos sentimentos e percepções positivas que mobilizam nos grupos de pessoas em situação de desesperança devido ao diagnóstico de uma doença grave, sem cura para a tecnologia e a ciência humana (ARRUEIRA, 2018).

Por essa razão, a autora destaca que a espiritualidade faz parte do cerne dos cuidados paliativos, que têm como foco a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar das pessoas que convivem com doenças ameaçadoras da vida, por meio do diagnóstico precoce e dos cuidados biopsicossociais e espirituais, modificando o sentido do cuidado, inclusive para os profissionais de saúde, além de fortalecimento do vínculo equipe, paciente e família.

5.2.2.2 Ambivalência acerca do tratamento medicamentoso

A infecção pelo vírus HIV envolve algumas fases de durações variáveis e sintomatologias diferentes, influenciadas pela resposta imunológica da pessoa infectada e pela carga viral detectada. Na primeira fase, conhecida como fase aguda, ocorrem os primeiros sintomas inespecíficos para doença, que podem durar até a terceira semana pós infecção; a fase seguinte é assintomática e pode durar anos até que se manifestem as doenças oportunistas, neste caso, o diagnóstico de AIDS é consumado (BRASIL, 2015).

Todas estas modificações e sintomatologias sentidas pela pessoa idosa que recebe o diagnóstico de HIV/AIDS exigem desta uma reestruturação do seu cotidiano e uma reorganização de sua própria identidade, com ênfase no cuidado de si, para controle dos sintomas e da progressão da doença. O Ministério da Saúde (2015), por meio do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas em que orienta o manejo da infecção do HIV em adultos, determina que o início da TARV seja o mais precoce possível, imediatamente após o diagnóstico, independente da carga viral identificada.

Isso porque o uso da TARV de forma adequada, conforme orienta o protocolo, acarreta inúmeros benefícios aos que convivem com HIV/AIDS nos primeiros seis meses de uso contínuo, como, por exemplo: melhora do quadro clínico, da resposta imunológica e, conseqüentemente, regressão da carga viral (ARAÚJO; HILDEBRANDT; BEUTER, 2018).

Essas melhorias foram vivenciadas e verbalizadas pelas pessoas idosas desta pesquisa, que rememoram o alívio dos sintomas e de todas as complicações experienciadas no itinerário para o diagnóstico, ao ser iniciado o tratamento medicamentoso, com retorno do bem-estar, a sensação de cura e o retorno da normalidade cotidiana.

Os remédios, nossa, tiraram a dor no estômago, eu vomitava bastante do nada, doía a cabeça direto, aí depois dos remédios acabou tudo, todo atraso que tinha na minha vida, no meu corpo, esse remédio é uma benção. Parece que tirou aquela maldição de dentro do meu corpo. Agora eu me sinto assim, normal (Cravo 01, 66 anos, separado).

Tenho que fazer o tratamento correto, tomar os remédios direitinho. Tem mais de 20 anos que eu tenho, mas eu decaí, porque fiquei mais de 6 anos sem tomar remédio, aí eu dei espaço para a doença me dominar. Mas, graças a Deus, eu comecei a tomar, aí eu vou em frente, eu acho que vou chegar aos 90, 100 anos (Cravo 05, 70 anos, viúvo).

Fazer o tratamento foi a maior e melhor coisa que aconteceu na minha vida (Cravo 06, 69 anos, viúvo).

O acesso à potente combinação da TARV tem acarretado a redução da morbimortalidade, a melhora da condição física e psicoemocional dos que convivem com HIV/AIDS. O uso da TARV por pessoas idosas, tem sido associado à melhor condição de vida e diminuição do estigma da sentença de morte atribuída aos que recebiam o diagnóstico de HIV/AIDS (SANTANA et al., 2018). Ressalta-se que a distribuição da TARV no Brasil é completamente gratuita no Sistema único de Saúde (BRASIL, 2017).

Apesar dos benefícios comprovados, fato, inclusive, que modificou os dados de mortalidade associados à doença e foi responsável por sua inclusão entre as doenças com características de cronicidade, conforme relato acima de convívio da pessoa idosa há mais de 20 anos com HIV/AIDS, a adesão à terapêutica medicamentosa não tem alcance completamente favorável. Foresto *et al.* (2015) relaciona à complexidade que envolve o tratamento a duração, já que deve ser contínuo ao longo da existência do indivíduo, como acontece com terapias medicamentosas para controle de doenças crônicas e, por último, também citado entre os participantes deste grupo populacional, as inúmeras reações adversas apresentadas, como podemos observar abaixo:

A minha maior dificuldade é a medicação. Se eu precisar sair à noite, eu fico até um determinado horário, daí, eu tenho que tomar a medicação, e sei que vou passar mal (Cravo 08, 66 anos separado).

Tem um que, na hora de dormir, você vê caveirinhas, um bocado de coisas, eu não vejo mais. É triste se acostumar com ele (Cravo 10, 68anos, casado).

A única coisa que me perturba é a medicação, porque o povo é curioso, aí fica falando: nossa, você toma remédio demais, para quê que é isso? Para quê que é aquilo? Esse mesmo que eu tomo à noite, todo mundo sabe que é para a mente (risos). Aí eu falo, gente eu estou tão esquecida, falo para as clientes, aí minha família fala: nega, você já toma tanto remédio, para que você toma aqueles remédios à noite? Eu digo: um é para dormir, que eu tenho problema de insônia, e o outro é para a mente, então a mente quem paga o pato (Rosa 27, 62 anos, casada).

Estudo qualitativo de coorte, de observação retrospectiva, internacional, realizado com 3.406 pessoas, com 50 anos ou mais de idade, com HIV/AIDS, em uso da TARV, concluiu que as pessoas em idade mais avançada apresentam toxicidade ao uso da terapia com maior frequência quando comparado com grupos etários mais jovens e requisita mais estudos relacionados ao uso da TARV a longo prazo por pessoas idosas, bem como às interações medicamentosas neste população, que, normalmente, convive com o uso continuado de múltiplas terapias medicamentosas (TWEYA *et al.*, 2017).

Isso faz com que ocorra o incremento na complexidade do cuidado, uma vez que afeta a saúde física, psíquica e as relações sociais em decorrência da carga de doenças crônicas adicionais de convivência da pessoa idosa; por isso, há necessidade de cuidados abrangentes, essenciais com o avançar da idade (BALDERSON *et al.*, 2013).

A esse respeito, é importante destacar que as Diretrizes para a Organização do Centro de Testagem (CTA) no âmbito da prevenção combinada e nas redes de atenção à saúde discorrem sobre o tratamento com o TARV em idosos com HIV, entretanto não dispõem de elementos adicionais capazes de nortear uma assistência direcionada às necessidades específicas dessa população (BRASIL, 2017).

A interação medicamentosa é responsável pela alteração de um medicamento na administração simultânea ou prévia de outros medicamentos, o que pode interferir na redução ou aumento da eficácia ou da toxicidade (TURGEON; MICHAUD, 2016). Moreira *et al.* (2017) destacam que os principais fatores de risco para interação medicamentosa associados ao paciente são: idade, patologia coexistente e polifarmácia, todos estes existentes na situação da pessoa idosa que convive com HIV/AIDS. Entre estes fatores, ressalta-se a polifarmácia, que pode influenciar no abandono do tratamento, elevar o número de hospitalização, além de induzir reações adversas (SANTOS *et al.*, 2016).

Estudos que avaliam interação medicamentosa entre pacientes com HIV/AIDS comprovam que a ocorrência desta é comum, principalmente quando se trata de pessoas idosas. Os autores sugerem a capacitação e comunicação integrada entre a equipe multidisciplinar que assiste esse público como medida preventiva, a fim de identificar precocemente o risco de interação medicamentosa (SOUSA BERNARDES *et al.*, 2021).

Chama a atenção em um dos relatos dos participantes deste estudo a dúvida acerca do uso correto ou não da medicação, o que pode estar relacionado à informação deficiente sobre o tratamento medicamentoso ou dificuldade de entendimento a respeito. A literatura alerta que o apoio social e o vínculo estabelecido entre o binômio paciente/equipe podem influenciar positivamente a melhor adesão à TARV, e a falta de informação ou conhecimento relativo ao tratamento podem ser considerados como fatores contributivos para a não adesão, sendo o entendimento e envolvimento do paciente no tratamento medicamentoso uma condição primordial para o progresso da terapêutica (FERREIRA *et al.*, 2020).

Em vista disso, é fundamental a participação efetiva da pessoa idosa em seu tratamento e na efetivação do seu autocuidado para que se responsabilizem junto com a equipe de cuidado, inclusive mediante tomadas de decisões e condutas terapêuticas.

Outro fator que dificulta a adesão à TARV diz respeito ao medo de ser reconhecido pela descoberta do uso das medicações por terceiros, como foi evidenciado por uma participante deste estudo. O medo leva à ocultação da medicação e à negação da doença, o que pode ocasionar uso incorreto e até mesmo o não uso por receio de revelação do diagnóstico (PASCHOAL *et al.*, 2014). Isso reforça mais uma vez a importância do suporte social e familiar neste processo de adesão e enfrentamento das dificuldades relativas ao tratamento medicamentoso.

Importante destacar que as representações do processo de adesão são promotoras de mudanças simbólicas que acontecem desde o diagnóstico até a estabilização do quadro e são expressas nas atitudes frente à doença e nas imagens representativas acerca do vírus e do tratamento medicamentoso, processo que contribui para a superação das intempéries oriundas do tratamento e são capazes de transformar as percepções acerca deste em uma nova motivação para a vida (PASCHOAL, 2014)

5.2.3 Representações sociais acerca do contágio com o HIV/AIDS

As representações sociais são uma forma de conhecimento particular que, por meio das interações sociais e relações com os grupos de convivência, possibilita a familiarização

A tabela 3 com a frequência das 10 palavras mais evocadas, desvela o conteúdo principal das narrativas:

Tabela 3 - Frequência das 10 palavras mais citadas na categoria

Palavra	Contagem
Preservativo	10
Usava	10
Proteção	9
Camisinha	8
Usar	6
Marido	5
Relação	5
Sexo	5
Doença	4
Problema	4

Fonte: dados da pesquisa.

5.2.3.1 Sexo (in)seguro, sexo (in)seguro na conjugalidade

A sexualidade está na composição da personalidade do indivíduo e sofre interferências diretas da cultura e das representações da sociedade em que estes estão inseridos (ANDRADE; BENITO, 2016). A representação social da assexualidade da pessoa idosa ou o conceito reducionista que limita a sexualidade apenas ao órgão genital e ao coito estão presentes na sociedade contemporânea com um vigor capaz de nortear condutas individuais e coletivas neste aspecto, a começar pelas campanhas de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis que são deficitárias para este público; na mesma lógica, os profissionais de saúde consideram conteúdo desnecessário e vergonhoso para abordagem com a pessoa idosa (CUNHA *et al.*, 2015; SILVA UCHOA *et al.*, 2016).

Para a família e a sociedade, resta a função de minorar a importância dos desejos e da vontade da pessoa idosa, o sujeito ativo, submetido à inversão dos papéis, que é mandatória: pessoa idosa deve ser readaptar à passividade e à transferência da tomada de decisões como responsabilidade dos filhos, que consideram sexualidade nesta etapa da vida como algo depreciativo, tido como manifestação de demência (SOUZA *et al.*, 2015).

Mediante o entendimento da importância das representações sociais no comportamento e modo de lidar em todos os aspectos da vida da pessoa idosa, tem acontecido investimento intelectual em estudos acerca das representações sociais da pessoa idosa sobre a sexualidade, com achados representacionais de amor, carinho, respeito, considerada como

elemento essencial para a manutenção da qualidade de vida nesta etapa da vida (QUEIROZ; COELHO; BARBOSA, 2015; VIEIRA; COUTINHO; SARAIVA, 2016).

Acrescido a estes dados, estudos que retratam o aumento do HIV/AIDS na população idosa apresentam a via do contágio principal como sendo a via sexual, associada ao sexo inseguro, ou seja, sem o uso do preservativo. Neste cenário, as representações sociais da pessoa idosa acerca do HIV/AIDS, principalmente referente ao que vigorou acerca de determinados grupos de risco, fazem com que a crença na imunidade relativa ao contágio fortaleça a ideia de diminuição de prazer, ou diminuição da virilidade masculina com o uso do preservativo, somadas à desobrigação de prevenção de gravidez. Com isso, a decisão sobre o sexo inseguro se torna algo natural até a descoberta do diagnóstico, como pode ser verificado nas narrativas abaixo:

Eu ficava com muitas mulheres, não escolhia quem e nem usava preservativo, dificilmente. Dependendo da ocasião, tinha preservativo ou não tinha (Cravo 06, 69 anos, viúvo).

Eu era muito mulherengo e não usava preservativo (Cravo 07, 64 anos, separado).

Eu era uma pessoa que não conhecia camisinha, é onde pega o cara é por aí, ninguém sabe o que você tem. Aí a gente vai caindo na idade também e você esquece, não é que esquece, nunca usou (Cravo10, 68 anos, casado).

Estudo quantitativo, realizado com 52 pessoas idosas com objetivo de identificar o conhecimento destes, todos participantes de grupos de terceira idade acerca das ISTs e HIV/AIDS, evidenciou que 73,07% não consideram fazer parte de risco para estas comodidades e 38,46 % afirmaram que nunca fazem uso de preservativo em suas relações sexuais (LEITE; MOURA; BERLEZI, 2019).

O fato é que as pessoas idosas estão se permitindo vivenciar novas experiências sexuais. Na contramão de uma vida sexual ativa, existe a redução do uso do preservativo, por não saber manusear, pela diminuição no desempenho sexual, por conta de um relacionamento estável, ou pela busca nas redes sociais por parceiros, o que aumenta a exposição aos fatores de risco para HIV/AIDS nesta população (SILVA *et al.*, 2020).

O autor chama a atenção para a representação de imunidade, ou ausência de risco de contágio pelo HIV/AIDS da população idosa que convive com um único parceiro, em uma relação duradoura e estável, dispensando o uso do preservativo com base na confiança da

fidelidade do outro. A esse respeito, foram obtidos relatos entre os participantes deste estudo, como pode ser constatado a seguir:

Praticamente, quer dizer... aí eu estava me expondo, eu nunca usei. Porque era muito difícil fazer o ato sexual fora de casa. Sou casado há 33 anos (Cravo 03, 60 anos, casado).

Eu convivi com um companheiro, ele adoeceu e morreu, a única pessoa que eu tinha. Pela nossa convivência, e confiança que eu tinha, nunca usei, depois tudo aconteceu, ele viveu 3 meses e faleceu (Cravo 12, 61 anos, viúvo).

Foi desesperador, porque eu descobri de vez, ah você também tem HIV, foi um susto, quando eu saí, já tinha quase certeza, porque eu e minha esposa não usávamos preservativo. Porque era uma união estável, a gente já tinha um certo tempo juntos já, não tinha traição (Cravo 30, 73 anos, separado).

A percepção da imunidade ao HIV/AIDS na população idosa se destaca em estudo realizado com 55 idosos, em João Pessoa (PB), no qual quase 77% responderam não haver possibilidade de adquirir ISTs ou HIV, seguido por 16,4% que acreditavam ter baixo risco de contaminação, utilizando como uma das justificativas para a impossibilidade de contágio ou baixo risco o fato de possuir parceiro(a) fixo(a) (BRITO *et al.*, 2016).

O estudo de Bezerra, que investigou as práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV, evidenciou que um dos obstáculos à prática sexual segura é negociar o uso de preservativo nas relações afetivas, sobretudo para as mulheres, porque o sexo seguro em um relacionamento tido como estável é dispensável para estas (BEZERRA *et al.*, 2015). Neste mesmo estudo, é relatado o não uso do preservativo, apesar da certeza da infidelidade do cônjuge, principalmente por conta do sentimento de impotência da mulher idosa para exigir o sexo seguro.

Isso acontece, porque, apesar de todas as mudanças e conquistas ocorridas nos últimos anos no que se refere ao casamento, ainda permanece no imaginário social o ideal de instituição que absorve e reproduz valores do casamento ideal, reforçando a representação construída em torno dos comportamentos e relações entre mulheres e homens.

Saffioti (1997) expõe que a legitimação desta visão androcêntrica se dá por meio da ordem social que garante a dominação masculina sem qualquer necessidade de justificação, seja na divisão social do trabalho, seja em outras circunstâncias tidas como específicas de cada sexo, como, por exemplo, lugares ou momentos. E, conforme afirma a própria autora,

“as mulheres são treinadas para viver a impotência, os homens são treinados para viver a potência” (SAFFIOTI, 1998, p. 29).

A confiança na aliança estabelecida na conjugalidade tem desprotegido a mulher em seus múltiplos aspectos: psíquicos, emocionais, sociais e físicos, não somente em decorrência da exposição a contágio de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), mas também em razão do poder exercido sobre a mulher na imposição do sexo desprotegido, que, para o dominador, parece ser algo inegociável e inaceitável.

O arcabouço das desigualdades de gênero, segundo Cunha e Alves (2014), funda-se no contexto histórico da educação familiar vivenciada pelas mulheres entre as décadas de 1950 e 1970, pautada no domínio do homem sobre a mulher, um poder assegurado pela legislação vigente na época. A mulher era educada para o casamento, e deveria se portar com dedicação completa às tarefas do lar, cuidar dos filhos e do marido, satisfazendo as necessidades deste, inclusive as sexuais, de modo submisso, não sendo possível fazer questionamentos sobre suas decisões.

O impacto emocional pode ser maior ainda, em decorrência de todo o investimento no relacionamento, do qual se espera proteção, zelo e companheirismo, com base na confiança. Isso pode ser constatado por meio das falas de duas idosas, quando perguntadas como foi para elas serem diagnosticadas com HIV/AIDS:

Eu não esperava de um companheiro, a convivência foi de confiança, não tinha como eu desconfiar (Rosa 28, 62 anos casada).

Foi difícil, porque é um choque, você está casada, bem casada e tudo, e era um casamento de sete anos e aí eu fui infelizmente infectada por ele, meu ex-companheiro. A prevenção é essencial, tem que prevenir. Prevenir, mesmo casado, eu tinha um casamento centrado, um casamento que... jamais imaginei (Rosa 22, 81 anos, separada).

Eu sempre estava esperando uma coisa dessa né, porque em todo lugar que ele trabalhava, ele arrumava uma pessoa, ele não conseguia ficar sem mulher (Rosa 33, 61 anos casada).

A assimetria de poder entre os sexos, em muitos casos, é considerada o fator predominante da submissão feminina na convivência marital, pois as mulheres são colocadas em um espaço de indefensabilidade para solicitar a prática sexual segura (MELO *et al.*, 2019).

Com a rede de informações e o acesso a serviços de saúde cada vez mais presentes, mulheres idosas com relações conjugais fixas apontam seus cônjuges como responsáveis pela

contaminação, amparando-se em elementos de fidelização conjugal por parte unicamente da mulher, justificando ou eximindo os homens desse mesmo preceito.

As vulnerabilidades e a violência psicológica circundam a vida de mulheres idosas com HIV/AIDS de diversas formas. Muitas vezes, essas mulheres estão tão envolvidas em relações de submissão financeira, dependência psicológica e social, que a infidelidade conjugal acaba sendo acreditada e naturalizada até pela própria mulher.

Já para algumas mulheres idosas entrevistadas, a surpresa ao receber o diagnóstico do HIV descortina os valores que garantiam a consolidação de uma relação, trazendo às idosas um sentimento de perplexidade diante da contaminação e da deslealdade de seus cônjuges.

Sousa *et al.* (2019), ao realizarem um estudo com idosos piauienses, avaliaram que idosos representam o HIV como uma doença característica de outras populações e que também se excluem do grupo. As idosas fazem referência, em seus relatos, ao que Goffman (2008) definiu como estigma, considerado “um significado depreciativo que é associado à pessoa que o porta”. Com o estigma sobre o HIV, sentimentos como medo, vergonha, depressão e ansiedade competem simultaneamente com o (re)descobrimento da infidelidade sexual de seus maridos, dando lugar à revolta e à necessidade de justiça, como pode ser observado no relato que segue:

Na hora em que eu soube, me deu uma revolta tão grande, e ele dormiu. Eu tive vontade de enforcar ele, você acredita? Porque eu fiquei muito revoltada, quando ele estava dormindo. Daí eu pensei, se eu fizer isso, essa besteira, eles vão saber que fui eu, então eu não posso fazer isso. O amor é cego, você sabe que o amor é cego quando você ama alguém e descarta qualquer problema dele. Eu só caí na real agora. Eu sempre falava “se você trazer doença para mim, você pode caçar seu rumo” (Rosa 22, 81 anos, separada)

A condição de soropositividade tem elementos fortes imputados ainda pela associação à morte. O medo da morte física permeia a vida de pessoas com HIV; no entanto, é necessário atentar para a “morte civil”, que chega bem antes das consequências físicas. Representada pelos sentimentos de invisibilidade na sociedade, degradação da carreira moral, prejuízos nas relações sociais por medo do estigma e preconceito, a morte social ou civil gera inquietude, dor e sofrimento, podendo até desencadear tentativas de suicídio (MEIRA *et al.*, 2017).

Sentir-se “humilhada” demonstra um grande fator de relevância, apresentado pelas sensações de angústia e engano vivenciadas pelas mulheres infectadas. O choro, o desespero,

a palidez e o espanto assumem papéis prioritários, relacionados, em primeiro lugar, a todo o processo de descoberta da doença e, em segundo lugar, à infidelidade conjugal.

Serra *et al.* (2013) destacam que as primeiras reações ao diagnóstico positivo para o HIV/AIDS podem se caracterizar por um estado temporário de choque, tristeza, amargura, pânico, solidão, desespero e incredulidade dos infectados, e, após passada esta sensação de torpor, vem a negação do diagnóstico positivo. Villela (2013) apresenta, em seu estudo acerca de mulheres em vulnerabilidade social, quando, na investigação de gravidez, são surpreendidas com a positividade do HIV, a seguinte descrição do momento de descoberta:

O chão escapa, o ar falta e os ruídos de uma morte anunciada se tornam pouco a pouco ensurdecedores. A cena tingem-se de vermelho. Uma estética que transita entre o horror e a mais absoluta negação se instala. Traição, contaminação, disseminação passam a ser as palavras de ordem, pois a maioria foi contaminada por parceiros na relação sexual. Ódio e revolta fazem contraponto com um estado de perplexidade onde o corpo escapa ao controle e mostra sua própria vida (VILLELA, 2013, p.2).

A descrição extremamente sensível da autora consegue externar o que ela mesma intitula de “experiência convulsiónária”, em que os abalos sofridos com o impacto do diagnóstico são capazes de modificar toda a estrutura biopsicossocial destas mulheres, inativando as categorias de soropositividade (VILLELA, 2013). A reconstrução do sentido da vida e visão de mundo, nesta nova condição, determina o desfecho da presença deste invasivo vírus em sua estrutura.

Assim, fornecer pontos de apoio emocional a mulheres idosas que convivem com HIV/AIDS pode ser uma ferramenta importante para minorar o sofrimento enfrentado por elas e contribuir para ressignificar o seu viver em sua vivência com o vírus.

5.2.3.2 Incerteza acerca da via de contágio com o HIV/AIDS

Na atualidade, a principal causa do contágio de pessoas idosas por HIV/AIDS é o contato sexual, e por via heterossexual, em ambos os sexos (AGUIAR *et al.*, 2020). Apesar de os dados epidemiológicos bradarem acerca do crescente número de pessoas idosas convivendo com HIV/AIDS, a falta de informação sobre sexualidade, sobre as infecções sexualmente transmissíveis e sobre o HIV/AIDS nesta população é achado de inúmeros estudos nacionais e internacionais que se propõem ao aprofundamento sobre esta temática (MILROD; MONTO, 2016; ROSENBERG *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2020).

Tudo isso fortalece a representação de público improvável de contágio por HIV/AIDS e permite que a população idosa siga sua vida longa, com perpetuação da atividade sexual e estímulos a redescobertas neste aspecto. Os idosos seguem com a crença de que o quantitativo de relacionamentos ou relações, e não o sexo desprotegido, é que os expõe ao contágio e com a representação de que o HIV/AIDS seja uma doença de jovens e de homens que fazem sexo com homens (SOUSA *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2020). Essa autoexclusão dos riscos de contágio só contribui para uma maior vulnerabilidade e desinformação deste grupo etário pela falta de interesse sobre a temática (SOUSA *et al.*, 2019).

Dados de uma pesquisa com pessoas idosas americanas revelaram que estes subestimam o risco de serem infectados pelo vírus HIV (PILOWSKY; WU; Li-Tzy, 2015). Isso significa que, apesar de contextos sociais, econômicos e culturais distintos, a representação de imunidade se assemelha, o que faz com que ocorram a descrença e as dúvidas sobre a forma de contágio, demonstradas nos relatos a seguir:

Eu não sei como que eu peguei, porque eu sou uma mulher muito reservada. Não sei como que eu peguei, se foi dele ou se foi transfusão de sangue, pode ser também agulha (Rosa 04, 65 anos, casada).

Até hoje eu não sei como que eu peguei. Eu quase não tive relação com outra pessoa (Cravo 18, 67 anos, casado).

Ela achava que eu tinha feito isso e não sei o quê, joga a culpa na gente. Ela recebeu um sangue no hospital. Aí, dessa doação de sangue que ela recebeu, ficou assim um tempo, aí é uma coisa que fica sem justificativa. E esse sangue que ela tomou (Cravo 34, 68 anos, solteiro).

Na década de 80, houve a morte repentina de jovens por conta do contágio com o vírus do HIV, o que a organização mundial de saúde nomeou de “holocausto demográfico”; do mesmo modo acontecia com homens que fazem sexo com homens, crianças e receptores de transfusão sanguínea: em meio a inúmeros questionamentos acerca da doença, a desinformação promovia o medo generalizado em toda a sociedade. As mídias televisivas e campanhas eram compartilhadas nos diversos espaços e grupos sociais, e as informações compartilhadas fazem parte do constructo da memória coletiva destes e da elaboração de tais representações sociais (SOUZA; DELBEN; VIANA, 2019)

Os estigmas atribuídos ao HIV/AIDS fazem com que estes sejam representados e percebidos como problemas de terceiros, de um certo grupo de risco, ou que a razão do contágio tenha sido justificada por responsabilidade de terceiros, seja pela transfusão

sanguínea, seja por relacionamentos reservados ou exclusivos. A responsabilização individual de que pessoas que contraem o HIV são as que adotam comportamentos considerados inadequados pela sociedade, frutos de promiscuidade e libertinagem, exclui a forma de contágio pela via sexual.

Desse modo, a educação para saúde e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis se faz urgente em meio a essa pandemia silenciosa e silenciada pelos atores sociais envolvidos. É imprescindível prevalecer a lição de que esta não deve ser negligenciada quando o assunto é sexualidade e envelhecimento.

5.3 EIXO TEMÁTICO 2: CONVÍVIO COM HIV/AIDS

Este eixo se dedica a apreender os aspectos psicossociais que envolvem o convívio das pessoas idosas com HIV/AIDS, ou seja, a forma como veem e pensam a doença, os encontros, medos, as relações sociais após o diagnóstico, a sexualidade e as estratégias desenvolvidas como forma de autocuidado após a descoberta do contágio pelo vírus.

O eixo é composto por duas categorias temáticas: Representações Sociais sobre o conviver com HIV/AIDS e Memórias sobre o conviver com HIV/AIDS, e suas respectivas subcategorias. As Representações Sociais das pessoas idosas sobre o HIV/AIDS influenciam e são influenciadas por suas crenças, valores, por sua visão de mundo e pela forma como se relacionam socialmente (JODELET, 2001). Isso acontece com base nas informações compartilhadas, tanto no senso comum quanto no pensamento científico, e são evidenciadas como forma de conhecimento prático e interpretação da realidade, agindo ativamente na forma de atuação e posicionamentos acerca de um objeto, perante um determinado grupo social.

5.3.1 Representações Sociais sobre o conviver com o HIV/AIDS

Em seu convívio com HIV/AIDS, as RS que emergiram revelam a realidade cotidiana de conviver com uma doença crônica, em que as três primeiras palavras mais frequentes trazem prioritariamente o remédio, seguido da doença e da urgência de vida percebida em meio a todas estas constatações, dando lugar ao viver.

Viver frente ao tratamento, medo, preconceito e seguir lutando, apesar de tantas questões a serem enfrentadas, tantos problemas e desacertos que fazem parte da bagagem da pessoa idosa em seu convívio com o vírus, em que os remédios necessários para uma

qualidade de vida não dependem apenas da tecnologia da indústria farmacêutica, mas, sobretudo, da tecnologia fruto das relações de um coletivo operante, pode aliviar ou intensificar a dor total causada pela doença.

Cicely Saunders (1967) destaca que todos os aspectos que compõem o ser que é biopsicoespiritual, social e cultural concorrem para a geração de dor e manifestação de sofrimento. Por isso, a pessoa idosa que convive com HIV/AIDS traz à memória percepções tão ambíguas experienciadas neste conviver, dependentes do suporte e acolhimento do seu grupo social a que pertence.

Abaixo, segue a nuvem de palavras construída destas RS e, na sequência, o quadro com as 10 palavras mais evocadas nesta categoria.

consultas de acompanhamento e com os exames de controle. A soma das pessoas idosas que utilizaram as palavras remédio e tratamento corresponde a 50% do total das principais palavras enfatizadas na nuvem de palavras. Esse fato pode ter relação com o lugar de fala destes idosos, todos participantes do programa de acompanhamento ambulatorial de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, assíduos nos atendimentos e com adesão à TARV.

Em estudo realizado com 48 idosos no estado de Pernambuco, com objetivo de identificar as estratégias de enfrentamento do HIV entre idosos que convivem com o vírus, esteve em destaque como estratégia de convivência com o HIV/AIDS a adesão ao tratamento para melhoria da qualidade de vida e representação de autocuidado, essencial para a adaptação à nova vida após o diagnóstico (BRANDÃO *et al.*, 2020).

Tenho vigor total, mas eu sei que tem esse problema, porque tenho que vir aqui pegar medicação, senão, a minha seria normal. Mas é triste (Cravo 14, 61 anos, união estável).

Não sei explicar, não. Em algumas coisas, por exemplo, eu considero que foi até melhor, porque eu fico com mais cuidado com a minha saúde, porque eu sei que, se eu não me cuidar, eu posso ter poucos anos de vida. Então, eu faço o máximo possível para fazer todos os exames pedidos, tomar o medicamento na hora certa, tudo para não ter problema e conseguir viver mais um tempo. Eu sei que é um pouco complicado. Mas, em algumas coisas eu senti melhor, porque eu estou sempre no médico, mais atento à minha saúde (Cravo 18, 67 anos, solteiro).

Eu não tenho o vírus desenvolvido, porque eu tomo o remédio; assim, ele não vai aumentar, e convivo bem, com saúde (Rosa 22, 81 anos separada).

Por meio das narrativas, é possível observar que, apesar do reconhecimento da interferência do tratamento na vida cotidiana, imperam as representações positivas associadas ao conjunto de ações que estão incluídas no tratamento clínico dos que convivem com a doença, contribuindo com expectativas de qualidade de vida e bem-estar, o que, consequentemente, os distancia da percepção de morte iminente após o diagnóstico e o convívio com o vírus.

A ênfase dada ao autocuidado e a atenção à saúde presentes nas falas se configuram como um marco na vida das pessoas idosas deste estudo, não apenas no que se refere ao tratamento medicamentoso, a consultas médicas regulares e a exames periódicos, mas também em relação a uma ruptura no modo de vida ao longo de toda a existência, com necessidade de adequação a novos hábitos de vida saudáveis, como cuidados com alimentação e higiene,

atividades físicas regulares, qualidade do sono, prática de atividades de prevenção de saúde mental e abstinência de substâncias psicoativas como álcool e tabaco. Tudo isso se evidencia a seguir:

Cuido da minha alimentação. Como bem, muita verdura e comidinha suave e saudável e durmo bem (Cravo 9, 64 anos, separado).

Ah, eu faço atividade física, caminhada, corrida, eu estou sempre praticando algum esporte, a atividade física me ajudou bastante. Faço yoga também (Cravo 12, 61 anos, viúvo).

Ah, eu me cuido, não fico com a doença na minha cabeça, porque tem uns que se entregam. Eu não me entrego. Eu me cuido, gosto de me arrumar e me sinto bem assim (Rosa 15, 61 anos, solteira).

O cuidado com a saúde por meio da alimentação equilibrada, em quantidade e qualidade, da prática de atividades físicas e de demais hábitos saudáveis de vida faz parte dos conhecimentos e valores partilhados por esse coletivo como representação de saúde e prevenção de complicações e progressão da doença. Tudo isso, ancorados na ciência do universo reificado, que divulga estudos e campanhas, ao longo de toda a história de promoção de saúde e prevenção de doenças, sobre a importância de tais comportamentos para uma adequada imunidade, inclusive a prevenção de manifestação das doenças oportunistas responsáveis pelo aumento de morbimortalidade dos que convivem com HIV/AIDS (THOMAZ; COELHO, 2018).

Desse modo, já que o cuidado com a saúde em condição de adoecimento é sinônimo de cuidado também da doença ou adoção de conjunto de medidas que evitam a proliferação da doença ou agravamento do estado de saúde, podemos inferir que tais representações sociais partilhadas por este grupo social favorecem o bem-estar não apenas físico, mas social e psicoemocional, tornando-se uma estratégia de convívio com HIV/AIDS que merece destaque e atenção dos profissionais de saúde, de familiares e, principalmente, das pessoas idosas que convivem com o vírus.

O fenômeno segregativo em relação ao HIV/AIDS e o enfrentamento do preconceito fazem parte desse processo de rupturas no convívio com o vírus; a falta de informação sobre a doença e a discriminação da sociedade podem significar a maior parte do pesar, medo, solidão e isolamento. O distanciamento das relações, inclusive familiares, acontece como forma de proteção e manutenção do sigilo do diagnóstico por medo do preconceito (CASSETTE *et al.*, 2016).

As representações negativas disseminadas pelo senso comum são promotoras de angústias, o julgamento se exagera, por se tratar de uma pessoa idosa convivendo com HIV/AIDS, principalmente por contradizer a representação social de assexualidade deste grupo (TAVARES *et al.*, 2019). Tudo isso intensifica os sentimentos negativos e o sofrimento causado pela estigmatização da doença, indo muito além das consequências biológicas advindas do diagnóstico, como pode ser observado a seguir:

Com o HIV, você se sente humilhada. As pessoas não encostam perto da gente, aquele preconceito, eu só acho ruim o preconceito, porque pensam assim, se a gente encostar já está pegando (Rosa 4, 65 anos, casada).

Mudou, porque eu não tenho mais alegria de viver, porque tem muito preconceito, é por isso (Cravo 16, 68 anos, solteiro).

Hoje é chato, porque às vezes você vai ter que correr muito o risco de ser julgado, o preconceito é o pior, não é nem a doença, porque a doença tem os remédios, o tratamento. Tem umas doenças que matam mais rápido, umas doenças simples, igual a diabetes mesmo. Às vezes a pessoa está com HIV e vive mais tempo, o que muda tudo é o preconceito (Cravo 34, 64 anos, viúvo).

A desinformação, associada às construções de representações do senso comum ancoradas em discursos midiáticos e vivências de um passado em que o acesso aos recursos de tratamento e preventivos era escasso por conta da necessidade de pesquisa e estudos científicos, ainda permanece impregnada na construção do conhecimento coletivo elaborado e se faz presente nos posicionamentos, nas ações, ditando, inclusive, o comportamento de profissionais de saúde frente à pessoa idosa com HIV/AIDS (ALENCAR; CIOSAK, 2015; SILVA; LORETO; MAFRA, 2017).

Para Paludo, Olesiak e Quintana (2021), os adjetivos que marcaram a epidemia do HIV/AIDS, em seu início, foram de doença letal, incurável e altamente contagiosa, relacionada a um alto grau de estigmatização, de um determinado grupo social específico, considerando a posição social, forma de contágio e comportamento sexual, características que se mantêm estáticas no senso comum, mesmo que o universo reificado comprove a completa ausência destas relações por meio dos milhares de estudos publicados.

As consequências de tamanho preconceito extrapolam as perdas não somente aos que convivem com a doença, uma vez que influenciam nas ações preventivas, individuais e coletivas, no diagnóstico que ocorre de forma tardia, na forma de enfrentamento da doença e adesão ao tratamento proposto. A falta de informação expõe a pessoa idosa a maior vulnerabilidade para o contágio com a doença e, após o diagnóstico, fortalece o sofrimento

causado pelos estigmas e preconceitos sofridos por estes, com danos superiores aos fisiológicos tão temidos (FREITAS *et al.*, 2020).

5.3.1.2 Luta pela (sobre)vivência: medo de morrer e da propagação do diagnóstico

O HIV/AIDS tem uma potente força simbólica do ponto de vista patológico e psicossocial, por isso, ao vivenciar o diagnóstico, inicia-se um processo de luto, principalmente, relativo à pessoa idosa, ciente do seu próprio declínio biológico e que, na maioria das vezes, obtém o diagnóstico com manifestação de doenças oportunistas e com a vivência da perda de sua saúde e vitalidade (PALUDO; OLESIAK; QUINTANA, 2021). Em vista disso, para a pessoa idosa, conviver com HIV/AIDS passa a ser sinônimo de medo: medo de morrer, medo de incapacidades e o medo de propagação de sua condição sorológica, como evidenciado nos relatos abaixo:

Eu tenho medo é de ir para a cama, se as pessoas descobrirem que eu tenho esse problema, aí e agora? Aí eu tenho medo, é o que eu mais tenho medo na minha vida. Tem hora que eu sinto uma dor aqui ou ali, aí não aguento, mas resisto. Mas eu penso, e se eu ficar de cama? Espero que Deus não deixe isso acontecer (Cravo 01, 66 anos, separado).

Comecei a beber muito mais do que eu já bebia, entendeu? Foi o alcoolismo que aumentou, e aumentou o desespero também. Medo de morrer. Medo assim, de não viver muito tempo, para fazer o que eu gostaria de fazer (Cravo 06, 69 anos, viúvo).

Eu tenho medo, na verdade, é de morrer mesmo, então o dia que eu morrer... inclusive eu já comecei a pagar o plano de saúde lá em minha cidade, a hora em que eu morrer, já está pago, é só chegar, botar dentro do caixão e enterrar (Cravo 25, 62 anos, solteiro).

A percepção de morte iminente tem seu reforço no fato de ser uma doença sem a perspectiva curativa. Em estudo realizado com 250 pessoas idosas em uma unidade de saúde da família, com objetivo de avaliar as Representações Sociais destas acerca do HIV/AIDS, a morte esteve em segundo lugar entre os termos mais ditos, seguido por medo e preconceito (BITTENCOURT *et al.*, 2015). Silva e De Loreto (2015), em seu estudo realizado em Viçosa –MG, com idosos do Programa Municipal da Terceira Idade, investigaram, da mesma forma que o estudo anterior, as Representações Sociais das pessoas idosas acerca do HIV/AIDS e, entre as representações negativas, estavam no topo as representações seguintes: doença sem cura, doença que pega, agonia pavor medo/horror, perigo e morte.

Para os participantes deste estudo, a finitude anunciada impõe urgências que os fazem refletir desde o alcance de projetos de vida sonhados até a programação de procedimentos que envolvem o fim da vida, a exemplo de pagar um plano funerário. Mais que isso, o medo do

que vai constar na causa morte é uma pequena amostra do sofrimento vivenciado em relação ao preconceito advindo da propagação do diagnóstico, o medo que é capaz de anestesiar uma dor ou sofrimento físico como forma de minorar os prejuízos à saúde, sentidos com a propagação da doença, para não haver possibilidade de revelação do diagnóstico.

A vergonha e o constrangimento relacionados ao diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível desnudam hábitos e comportamentos como uma vida sexual ativa e sexo sem proteção na velhice, o que intensifica o sentimento de tristeza, isolamento, culpa e extrema ansiedade em relação à possibilidade de sofrer preconceito e cobranças sociais na descoberta do diagnóstico da convivência com o vírus (TAVARES *et al.*, 2019). Como nas narrativas das pessoas idosas deste estudo, conviver com HIV/AIDS na velhice é conviver com um duplo estigma de ser uma pessoa idosa que tem sua moral e seus valores a serem eternizados, ameaçados por um diagnóstico capaz de interferir em sua identidade social, que a condena a findar sua história entre os seus aqui na terra como a pessoa idosa que morreu de HIV/AIDS.

Nota-se, portanto, que, em função do preconceito e da discriminação que cercam a condição do HIV/AIDS, o silenciamento representa um artifício para evitar que este estigma se torne visível. O significado do sigilo ou do silenciamento dos participantes deste estudo podem ser conhecidos nas narrativas abaixo:

Eu deixo em segredo, me chama de ladrão e tudo, mas não fala desse negócio não. Tenho medo da língua do povo. Porque se eu falar que eu tenho, viixe, nossa, aí eles vão falar assim: “ele está com Aids” (Cravo 25, 62 anos, solteiro).

Eu faço minhas coisas tudo assim, oculto, você entendeu? Meu coquetel eu escondo. Nem minha irmã sabe disso nem marido, entendeu? Porque nessa época eu estava sem homem, e eu não sei como que eu peguei, porque eu sou uma mulher muito reservada (Rosa 04, 65 anos, casada).

Para as pessoas não se afastarem de mim, eu penso assim... eu fico com medo de falar e elas se afastarem, por isso eu não conto para ninguém (Rosa 17, 62 anos, união estável).

É possível observar que a discussão gira em torno do medo do preconceito e de estigmas relativos à doença. O silenciamento se apresenta como uma forma de ressignificar a vida e o modo de viver, uma estratégia de enfrentamento e de autocuidado. Significa que o sigilo é possuidor de uma força, ou potencial, tornando-se um escudo protetor das dores psíquicas, emocionais e sociais explicitadas pelos participantes deste estudo.

No entanto, o silenciamento pode ser considerado como um fator de maior vulnerabilidade da pessoa idosa no convívio com HIV/AIDS, uma vez que, por não acionar a sua rede social de apoio no enfrentamento da doença, ela pode ter maiores dificuldades na adaptação e maior solidão e isolamento social (SILVA; DE LORETO; MAFRA, 2017). O silêncio tem desdobramentos desorganizadores, podendo ser considerado como fator que propicia o acometimento da pessoa idosa por transtornos psicossociais, sintomas depressivos e ideação suicida (JESUS *et al.*, 2017; BELTRÃO *et al.*, 2020). Neste estudo, houve relatos que chamam atenção acerca do peso em conviver com o silêncio sobre a condição sorológica, como pode ser visto logo abaixo:

Eu convivo com o segredo, é só isso que me atrapalha (Cravo 07, 64 anos, separado).

O maior problema é só esse tabu mesmo, de não poder falar com as pessoas que é soropositivo (Cravo 14, 61 anos, união estável).

O mais difícil é conviver com as pessoas sem elas saberem. Que você quer esconder e não demonstrar (Cravo 18, 68 anos, solteiro).

Ademais, o intenso investimento na manutenção do sigilo do diagnóstico pode ocasionar a desistência do tratamento ou dificultar a adesão correta da terapêutica instituída por receio de ser descoberto nos serviços ou por meio do uso da TARV. Neste estudo, houve relato de desconforto por exposição no serviço especializado, considerado como um risco ao sigilo, da mesma forma em que há resistência na utilização de demais serviços da rede, como pode ser observado a seguir:

A gente fica muito exposto aqui no serviço. Por exemplo, a gente vai pegar a medicação, tem duas meninas que geralmente ficam lá, aí às vezes você chega lá e tem outra pessoa que a gente vê que é uma estagiária. Então, é uma exposição que a gente tem que passar. Eu já encontrei vários amigos meus que eu nem imaginava que tinham o problema, até por que né? Eu não gosto muito dessa situação, então, fica aquela coisa, você chega e olha um para a cara do outro e tal. Eu acho que essa exposição acontece (Cravo 8, 66 anos, separado).

Eu uso só aqui. Evito ir ao posto de saúde justamente porque eu acho que se eu chegar lá e alguém descobre, aí começam os comentários, aí eu não vou aceitar, por isso mesmo é que eu não procuro (Cravo 16, 68 anos, solteiro).

Uso o posto, às vezes, quando estou com algum probleminha eu vou em Dr. xxxx, mas ele não sabe, ninguém sabe (Cravo 36, 64 anos, separado).

É notório que, apesar da existência de protocolos de garantia de confidencialidade, no serviço especializado, a própria rotina, a sala de espera e a frequência às consultas com especialidades, exames de rotina e frequência no serviço farmacêutico podem ser considerados como ameaças ao segredo tão bem guardado. A proposta de descentralização da atenção às pessoas vivendo com HIV, orientada pelo Ministério da Saúde, encontra inúmeros desafios em sua operacionalização, principalmente no que se refere à proteção dos dados em seu território.

Neste estudo, ao serem questionados acerca de quais serviços de saúde faziam uso em sua rotina assistencial, apenas duas pessoas idosas mencionaram o uso da Unidade de Saúde da Família, apesar de enfatizarem o desconhecimento do diagnóstico por parte de todos os profissionais do serviço, por outro lado, trinta e seis, o que corresponde a 98%, mencionaram apenas o Serviço Especializado, por receio de exposição do diagnóstico e do preconceito.

Estudo que objetivou analisar a gestão do segredo do diagnóstico de HIV e suas implicações para o cuidado das pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde trouxe à tona questões práticas do cotidiano, expostas ao risco da quebra do sigilo, como as relações de trabalho, relações com a comunidade e as relações com os descendentes (SCIAROTTA, 2021). O autor conclui enfatizando a necessidade de ações com foco no enfrentamento do estigma e preconceitos, a fim de tornar o território uma potência no acolhimento das pessoas que convivem com HIV/AIDS. Esse é um longo caminho a ser trilhado até que todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS se sintam seguras em compartilhar destes espaços com os demais usuários e profissionais de saúde ali alocados.

5.3.2 Memórias sobre o conviver com HIV/AIDS

Nas memórias sobre conviver com HIV/AIDS, as palavras Deus e problema aparecem na mesma frequência nas narrativas das pessoas idosas, ao rememorarem o seu cotidiano envolto por problemas relativos ao seu diagnóstico e o quanto se abastecem de sua fé como amparo psicoespiritual.

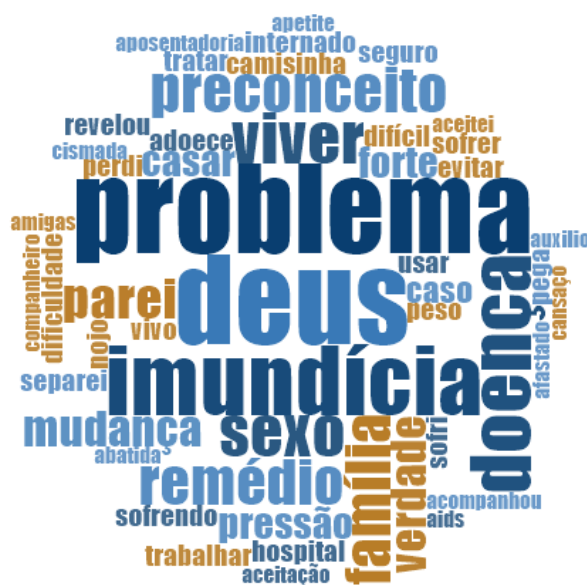
Seguidos das palavras imundícia, doença e sexo, em destaque, falam acerca do lugar de culpa e ressentimentos que são associados à manutenção de uma vida afetivo-sexual ativa. A associação da atividade sexual com a doença se materializa com o repúdio com que é percebido o sexo por alguns dos que convivem com o vírus. Em seguida, a lembrança retoma

o viver, família, preconceito, remédio, já apresentadas em suas RSs; no entanto, desta rememoração, emergem as relações familiares e com companheiro em sua intimidade, com reflexões que nos colocam à frente de uma realidade no mínimo insólita, em meio a rupturas, acertos, acordos mútuos, encontros e reencontros.

E, por fim, a sentença parei, que emerge como uma punição, que considera a abstinência sexual com uma conciliação com a sociedade, em conformidade com o que este coletivo anseia deste grupo sexual: a privação completa de relações afetivo-sexuais.

À vista disso, as memórias do convívio da pessoa idosa com HIV/AIDS, que se apresentam na nuvem de palavras e na tabela das dez palavras mais evocadas, dão materialidade às categorias: as relações familiares e companheiro e sexualidades pós diagnóstico, conforme segue abaixo, logo após a nuvem de palavras e a tabela.

Figura 11 - Nuvem de palavras do Eixo Temático Convívio com HIV/Aids - Memórias sobre o conviver com o HIV/AIDS - Via QRS NVivo



Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 5 - Frequência das 10 palavras mais citadas na categoria

Palavra	Contagem
Deus	16
Problema	16
imundícia	12
Doença	10
Sexo	08
Viver	08
Família	07
Preconceito	07
Remédio	07
Parei	06

Fonte: dados da pesquisa.

5.3.2.1 As relações: família, companheiro(a), amigos

Das memórias das relações sociais da pessoa idosa sobre sua convivência com HIV/AIDS, emergem lembranças da trajetória familiar, das relações construídas ao longo da vida e das representações de família e suas relações internas no contexto atual. Em vista disso e com base na Memória Coletiva segundo Halbwachs (2006), é possível inferir que as lembranças do passado descritas pelas pessoas idosas deste estudo estão repletas de dados do presente, elaboradas em meio às circunstâncias vivenciadas, capazes, inclusive, de modificar a memória coletiva deste grupo sobre suas relações.

A ênfase ao papel social da memória, se traduz na inquietação das perspectivas do seu meio social, principalmente em relação à perpetuação dos valores morais e tradições ameaçados com o diagnóstico de uma doença sinônimo de transgressão moral. As representações sociais do HIV/AIDS, alicerçadas nos fatos ocorridos no auge da pandemia, ditam as normas e regras no interior do grupo familiar, transmitem de geração em geração todo o estigma e a convicção de brevidade da morte, com base em fatos e marcas do passado, isso porque:

A memória familiar é uma construção coletiva, uma corrente de pensamento contínuo (...) que retém do passado somente o que está vivo ou capaz de viver na consciência do grupo que a mantém. (HALBWACHS, 1990, p.81-82).

Por isso, é imprescindível entender o elo da pessoa idosa e sua rede social composta por familiares e o quanto essa memória familiar altera o curso destes em sua trajetória de convívio com o vírus. Alguns estudos trazem em seu escopo a família como principal incentivo para lidar com o estresse e sofrimentos em decorrência do status sorológico, atuando como fator de proteção e encorajamento a mudanças de hábitos de vida mais saudáveis e à adesão ao tratamento clínico (ARALDI *et al.*, 2016; BONNINGTON *et al.*, 2017).

As representações são ambíguas acerca das relações familiares, existem os familiares que são percebidos como parte do tratamento, dada a importância do acolhimento e solidariedade, e existem as relações conflituosas, que intensificam os sentimentos negativos (FREITAS *et al.*, 2017).

A família representa um território de socialização e desenvolvimento coletivo e individual de seus componentes e fonte de estratégias de sobrevivência, independente do arranjo apresentado (FACO; MELCHIORI, 2009). Para as autoras, o sistema familiar se modifica para atender às necessidades e transformações da sociedade; desse modo, todos os integrantes deste grupo sofrem, de algum modo, impacto destas modificações internas e externas ao grupo.

Zimmerman (1997) apregoa que a existência humana tem o seu cerne nos relacionamentos grupais, uma vez que, desde o nascimento, o indivíduo participa de diversos grupos, em constante dialética entre construir sua identidade individual e a necessidade da identidade grupal e social.

Neste estudo, as relações familiares se mostraram ambíguas no grupo seletivo que revelou sua condição sorológica para membros de sua família, conforme os relatos que seguem:

Eu sou bem recebido pelos médicos e tudo, a família que eu considero é aqui, lá fora eu não considero família, não. Quando eu vou na casa dos meus parentes, tem uns que não chegam nem perto de mim. Meus parentes estão aqui, os que não me discriminam. Tem uma irmã que debochou pra caramba, eu falei para ela tomar cuidado, porque do mesmo jeito que aconteceu comigo, pode acontecer com qualquer pessoa (Cravo 01, 66 anos, separado).

A relação com minha família mudou, sim, tenho dois irmãos que são muito mais chegados agora. São eles que cuidam de mim. Amigos, alguns estão juntos comigo e outros afastaram, era amizade de farra. Só quem sabe são meus irmãos e contei para uma pessoa só, que é um amigo (Cravo 07, 64 anos, separado)

Mudou um pouco, assim, porque acho que nunca é como antes. Sempre tem uma coisinha mais diferente, nunca é como antes. No meu caso, muitas vezes eles jogam na minha cara, eu aguento, fico quieto (Cravo 14, 61 anos, união estável).

Ressalta-se a fala da pessoa idosa que projeta na equipe multidisciplinar suas expectativas de cuidados e alicerce no enfretamento da doença de responsabilidade familiar. Isso é reflexo de uma relação que se estabeleceu em vínculos e confiança, não apenas nas habilidades técnicas, mas principalmente na ética, no respeito e na postura acolhedora investidos no processo de cuidar.

Domingues, Oliveira e Marques (2018) salientam que os serviços de saúde responsáveis pelo cuidado a pessoas que convivem com HIV/AIDS são potencializadores do

cuidado, com impacto grandioso na qualidade de vida destas pessoas, ao oferecerem assistência holística, em que são considerados os cuidados humanísticos, científicos e a pessoa humana que convive com doença, não restringindo o ser, a patologia e os cuidados técnicos.

Concomitantemente, estudo realizado com pessoas idosas que convivem com doenças crônicas revelou que 80% dos participantes consideravam a família a principal fonte de força e razão de viver, uma vez que os nutre do sentimento de pertencimento, conforto e segurança, com garantia de cuidados físicos, psíquicos e morais (BORGES; SANTOS; PINHEIRO, 2015).

A manutenção da rotina doméstica sem a separação dos utensílios diários revela esse sentimento de pertencimento; por outro lado, o relato de que: “nunca é como antes” evidencia as rupturas nas relações, impulsionadas pela culpabilização, muitas vezes, sendo essa a situação definidora da opção pelo sigilo, por medo do desprezo e vergonha por todas as representações estigmatizantes presentes no imaginário das pessoas idosas.

No convívio com a doença, faz-se necessária a incorporação de inúmeras mudanças na forma de se relacionar e nas atividades de vida cotidiana, que dizem respeito não apenas à pessoa idosa, mas sobretudo aos que convivem com estes, a exemplo do(a) companheiro(a). Neste cenário, a relação com o(a) companheiro(a) pode se tornar parte da terapêutica ou ser um fator de risco a uma maior vulnerabilidade em seu convívio com o vírus. Importante conhecer como as relações são mantidas neste território onde ocorrem transformações físicas e psíquicas e dificuldades relativas a mudanças nas práticas sexuais.

Estudo que objetivou conhecer a história de vida de idosos com HIV/AIDS, com foco na compreensão das repercussões do diagnóstico na vida desse grupo, revelou que as pessoas idosas percebiam a existência de prejuízos nas relações afetivas e na manutenção da atividade sexual (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Neste estudo, houve relatos de manutenção saudável do relacionamento conjugal, no entanto, para a maioria, a relação com o(a) companheiro(a) foi afetada em decorrência de situações de infidelidade na conjugalidade, com conseqüente contágio com o vírus e transmissão para o cônjuge. Outra situação cotidiana muito relatada foi o distanciamento do(a) companheiro(a) após o diagnóstico, motivado pelo medo de transmitir a doença. Uma terceira situação descrita foi a viuvez devido à morte do cônjuge secundário à doença, ocorrendo a escolha em se manter sozinho devido ao diagnóstico ou por considerar a idade um impeditivo para iniciar um novo relacionamento. Nos trechos a seguir, é possível

identificar alguns destes fatores que afetaram o relacionamento conjugal das pessoas idosas deste estudo:

Vivo sozinha. Eu suspeito que ele morreu desse mesmo problema. Morreu já Vivo sozinha. Eu suspeito que ele morreu desse mesmo problema. Morreu já uns três anos, ele tinha os mesmos sintomas. Por isso, eu acho que ele morreu desse problema aí, não chegou a descobrir, porque lá no interior que a gente morava é muito complicado, nem ouvia falar de HIV, fez todos, todos os tipos de exames, mas morreu antes mesmo de descobrir (Rosa 15 ,61 anos, solteira).

Sou sozinho. Vivo solteiro, por medo de transmitir o HIV. Mas as pessoas já falam para mim muitas vezes que não tem nada a ver, é só se prevenir, usar preservativo, ou ela ou os dois, não tem problema nenhum. Mas eu fico receoso de que algum preservativo possa estourar e passar a transmitir o HIV para outras pessoas. Agora, se, por acaso, eu encontrasse outra com o mesmo problema que eu, aí eu aceitaria, entendeu? Eu penso assim, já estou nessa idade também (Cravo 02,60 anos, solteiro).

Complicado, ela sempre passa na cara muitas coisas...a traição e tal. Agora mesmo em dezembro vai fazer 40 anos de casamento, nos altos e baixos (Cravo 03, 60 anos, casado).

As memórias das perdas fazem parte das relações e do convívio com a doença. A lembrança da morte do companheiro com os mesmos sintomas, porém, sem diagnóstico, a inibição da disponibilidade em se relacionar, a perda da confiança por parte do cônjuge e até mesmo de outros familiares, tudo isso sobrepuja os relatos de uma convivência harmônica. O fato é que esta fase da vida é naturalmente constituída por inúmeras perdas e pode ser um momento de reconstruções ou ressignificações; desse modo, o convívio com HIV/AIDS faz com que essa experiência seja ainda mais extenuante (LIMA, 2020). Ademais, o enfrentamento de uma perda para a pessoa idosa pode antecipar ou intensificar a experiência de outras perdas (KREUZ; FRANCO, 2017). Ressalta-se que todas essas perdas têm implicações diretas e negativas em relação ao suporte social e, conseqüentemente, à qualidade de vida.

Okonkwo *et al.* (2016), em seu estudo com 45 pessoas idosas, realizado em Dublin (Irlanda), com a finalidade de determinar o nível de apoio social percebido entre as pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS, constatou que mais de 50% da amostra obteve baixo score de percepção de apoio social. A carência de apoio emocional e instrumental à medida que envelhecem com HIV foi o grito que ecoou, assim como o resultado de um estudo realizado com mulheres idosas afro-americanas que objetivou relatar as suas percepções acerca do envelhecer com HIV (WARREN-JEANPIERE *et al.*, 2017).

É indiscutível o quanto o ser que envelhece necessita de apoio formal e informal nesta etapa de sua vida; no entanto, o apoio informal tem sido conteúdo de destaque, presente em inúmeras pesquisas acerca da percepção de idosos no dia a dia, em relação ao apoio da família, dos amigos, dos vizinhos e das comunidades religiosas, porém, quando se trata de pessoas idosas que convivem com HIV/AIDS, há evidências de rupturas neste suporte informal, tão significativas, que são produtoras de descuido, isolamento e abandono (TAVARES *et al.*, 2019).

A surpresa pela aceitação do companheiro após ter seu diagnóstico revelado é justificada com as demais narrativas que revelam a decepção pela dificuldade vivenciada em conseguir ser aceito em um relacionamento, ou por vivenciar as relações, ou possíveis relações se desfazerem após a constatação do diagnóstico. O pacto do distanciamento acordado, com base na espera pelo tempo da cura, demonstra como as negociações ocorrem na intimidade e como as rupturas se concretizam e são naturalizadas pela pessoa idosa, mesmo que mediante do sofrimento físico e psíquico-emocional, por culpa e medo de transmissão da doença ao companheiro.

No âmbito familiar, a forma como a família reage com a pessoa idosa que convive com HIV/AIDS carrega representações e significados sobre a doença que são perpetuados de geração em geração pela memória e se apresentam nos posicionamentos de modo tão convincente, que não permitem questionamentos ou negociações. Desta forma, o apoio social, formal ou informal, as informações e o acolhimento por parte de profissionais de saúde ao binômio pessoa idosa e família são capazes de transformar por completo a experiência da pessoa idosa em seu convívio com HIV/AIDS.

5.3.2.2 Sexualidade Pós-Diagnóstico

A epidemia da AIDS vem mostrando, em sua trajetória, que não há limites nem distinção de gênero ou idade para a disseminação do HIV. Ainda assim, os traços do passado permanecem vívidos nas lembranças de determinados grupos sociais, que reafirmam cotidianamente a sexualidade da pessoa idosa como um grande tabu, parece não fazer sentido para a sociedade e no imaginário social, que legitima a assexualidade destes, apesar de os dados epidemiológicos sinalizarem o oposto, ao darem publicidade para o aumento de contágio de pessoas idosas por HIV/AIDS, com transmissão de etiologia sexual e de relações heterossexuais (AGUIAR *et al.*, 2020). Os autores destacam que é premente a superação das representações sociais sobre a sexualidade, a exemplo da associação com procriação,

genitalidade, coito, juventude, matrimônio. A garantia do direito à saúde sexual, sem discriminação, com informações seguras e acesso à educação sexual, deve ser inquestionável (MENDONÇA *et al.*, 2020).

Ressalta-se que a construção do conhecimento sobre sexualidade e HIV/AIDS não se restringe somente às questões informativas, mas envolve principalmente a compreensão e a capacidade de assimilação das informações recebidas a respeito, afinal, a pessoa idosa deve ser capaz de desconstruir a representação acerca das temáticas vivenciadas por toda a vida, vivas na memória coletiva deste grupo etário.

Desta forma, discussões que problematizem de modo ampliado as questões que envolvem a sexualidade da pessoa idosa e o seu convívio com HIV/AIDS, a exemplo do diálogo com parceiro, sexualidade segura com casais soro discordantes e enfretamento do preconceito com estímulo à aceitação e ao acolhimento pelas famílias e sociedade podem ser a luz que carece ser acesa neste obscuro e tão silenciado mar de desinformação que assola a pessoa idosa com HIV/AIDS (ALMEIDA; MOURA; PESSOA, 2017).

Excepcionalmente neste cenário de aumento progressivo de pessoas idosas convivendo com HIV/AIDS, ou a sexualidade desse grupo é silenciada, o que o expõe ao contágio por outras infecções, ou ocorre a abdicação total de sua sexualidade pela falta de informação absoluta da possibilidade de uma vida sexual ativa. A esse respeito, nas narrativas das pessoas idosas deste estudo, podemos observar que, após o diagnóstico, algumas dessas pessoas são tomadas por sentimento de reprovação e hostilidade acerca da temática, como segue:

Não tenho mais vida sexual, depois disso, eu fiquei com nojo dessas coisas. Sexo é uma imundícia, porque foi através do sexo que veio essa imundícia, se não fosse, eu não tinha, não. Eu era danadinho, depois, eu não quero nem saber. Até uma amiga lá do bairro que vai se casar, eu falei com ela, amiga, não casa, não, sexo é imundícia. Deus que me livre, não dou conselho para ninguém se casar, não se casa não, isso aí é imundícia (Cravo 01, 66 anos, separado)

Depois que eu descobri o problema, eu não faço isso com ninguém. Eu estou na igreja também, servindo a Cristo, eu não faço mais essas coisas, não (Cravo 09, 64 anos, separado)

Olha, eu... eu não pratico mais relações com ela, com medo de passar para ela essa doença que eu sei que não é fácil. Eu fico tranquilo (Cravo 11, 78 anos, casado).

A rejeição da sexualidade e da relação sexual após o diagnóstico de HIV/AIDS, como a verbalizada neste estudo, para Lima (2020), diz respeito à atualização da castração já existente nos campos sociais, morais e religiosos acerca da pessoa idosa antes mesmo do seu convívio com o vírus; neste momento de fragilização e culpa, questões pessoais são rememoradas, como o relato de “ser danadinho”, ou até mesmo o uso da sua própria velhice ou da doença como justificativa para renunciar a uma vida sexual ativa.

Segundo Araújo *et al.* (2018), a pessoa idosa, ao abdicar da relação sexual, relaciona o sexo ao contágio com o vírus por este ter ocorrido pela via sexual; desse modo, renunciar à prática sexual pode representar uma punição ou até mesmo uma forma de lidar com essa nova condição. Estudos revelam que o domínio da atividade sexual é o mais afetado quando se avalia a qualidade de vida de pessoas que convivem com HIV/AIDS por razões como medo de perder o parceiro devido ao adoecimento ou conflitos, mágoas e ressentimentos originados do diagnóstico e o risco concreto de transmissão da infecção (SÁ; SANTOS, 2018). Para os autores, todas estas questões culminam na perda da libido, redução da frequência das relações sexuais ou a interrupção completa da atividade sexual.

Beltrão *et al.* (2020), ao elucidarem a intimidade das relações afetivo-sexuais das pessoas que convivem com HIV/AIDS, salientam que a revelação do diagnóstico ao parceiro(a) pode significar a quebra de confiança, ameaça à saúde, por conta disso, muitas vezes, a pessoa é sentenciada ao afastamento afetivo e sexual, por relacionar o sexo a sujeira, erro, sentimento de culpa e desconforto, como ocorrido nas narrativas das pessoas idosas deste estudo.

Pesquisa com mulheres idosas com HIV/AIDS trazem à luz o fato de que a pessoa idosa que convive com o vírus sofre com limitações que a impedem de construir relacionamentos afetivos íntimos, pelo fato de a própria mulher idosa não se permitir, como no relato de Rosa (27), em que ela afirma ter escolhido a abstinência de relações sexuais desde o diagnóstico (AGUIAR *et al.*, 2020). Acontece que a busca pelo prazer se apresenta como secundária diante de todas as dificuldades ligadas à intimidade. Frente a este contexto, a pessoa idosa, quando opta por anular a atividade sexual de sua vida, enquadra-se nas representações e perspectivas da sociedade, que almeja a assexualidade destes.

Por outro lado, uma outra parcela deste grupo social afirma a opção de manutenção das relações sexuais, na medida em que convivem com uma vida sexual ativa, apesar da insegurança, da diminuição do desejo sexual e da ausência de conhecimento sobre a importância do sexo seguro, como revelado nos destaques que seguem:

Você está doida! Tem hora que eu fico até com vergonha do meu marido, ele fala assim “poxa, por que você não me satisfaz?”. Perdi a vontade, é isso (Rosa 04, 65 anos, casada).

Meus exames são indetectáveis, então, eu estudo muito, vejo na internet que dá aquela segurança, principalmente para ela também, porque ela toma os remédios, daí faço sem proteção (Cravo 14, 61 anos, união estável).

Tem assim, umas namoradinhas, aí eu me previno. Sem prevenir não gosto de jeito nenhum (Cravo 18, 67 anos, solteiro)

A pessoa idosa, na vivência da sexualidade ao conviver com HIV/AIDS, se depara com a realidade de parceiro(a) sorocordante, em que ambos convivem com a realidade de contágio com o vírus, ou sorodiscordante, em que apenas um(a) parceiro(a) convive com a doença (SA; SANTOS, 2018). Corroborando o que afirmam os dados da literatura acerca destas parcerias, Cravo (14), em sua narrativa, relata manter a prática de relações sexuais sem proteção, na crença equivocada de que é dispensável o uso do preservativo aos parceiros que convivem com a doença (SÁ; SANTOS, 2018).

A carga viral indetectável é um outro parâmetro levado em conta, ela leva a pessoa idosa a optar por sexo inseguro, isso porque a redução do vírus HIV a níveis indetectáveis no organismo interfere na cadeia de transmissão dos parceiros sexuais (ROMERO et al., 2015). Frente a este conteúdo, os estudos são enfáticos sobre a necessidade de comportamento sexual seguro, ou seja, com uso do preservativo, uma vez que a prática sexual sem proteção expõe os parceiros a reinfecção de cepas resistentes à TARV, ao contato com cepas diferentes, e aumenta o risco de contágio com outras ISTs (REIS; MELO; GIR, 2016). Um estudo que avaliou fatores associados ao uso inconsistente de preservativos entre pessoas vivendo com HIV/AIDS obteve achados de que a prevalência do uso inconsistente do preservativo foi de 28,7% da amostra, corroborando o estudo internacional que traz à luz a não observância ao uso de preservativo entre pessoas que convivem com HIV/AIDS (KILEMBE *et al.*, 2015).

Aguiar *et al.* (2020), ao investigarem o comportamento e o conhecimento de idosos que convivem com HIV sobre sexualidade, concluíram que estes são sexualmente ativos e envolvidos em comportamentos de risco de transmissão do vírus. Dados como estes evidenciam a necessidade de fomento de políticas públicas que abordem a temática da sexualidade, com profissionais que estejam atentos às necessidades individuais deste grupo etário, considerando sua trajetória de vida, acesso a informações e serviços e, principalmente, suas crenças, valores e sua memória, norteadora de comportamentos e práticas cotidianas.

O acompanhamento psicossocial, tão importante, e acessível de modo gratuito nos serviços de assistência especializada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), deve ter compromisso com o acolhimento dos anseios que assolam a pessoa idosa que convive com HIV/AIDS. Seus medos, culpa, estigmas devem ser tratados de forma aprofundada, para que seja possível o alcance de questionamentos íntimos e até então inacessíveis, tornando o relacionamento entre os profissionais de saúde e pessoas idosas que recebem este cuidado uma ferramenta de alta tecnologia leve, com implicações em sua vivência com o vírus nos aspectos preventivos, adaptativos e de enfrentamentos frente à doença.

Importante considerar a memória coletiva destes, aqui citada, como condutora de posicionamentos, uma vez que estes posicionamentos têm repercussões individuais e coletivas, visto que impactam na vida das pessoas idosas que estão convivendo com o vírus e em todo o seu entorno e comunidade. Desdobramentos do diálogo com as pessoas idosas deste estudo descortinam o fato de que, na intimidade das relações sexuais, nove (41%) entre os vinte e dois que relataram vida sexual ativa mantêm ou mantiveram atividade sexual sem uso do preservativo após o diagnóstico, na justificativa de manutenção do comportamento aprendido e vivenciado em sua trajetória de vida sexual, ou até mesmo pela indisponibilidade do parceiro para a prática sexual segura, ou ausência de exigência por parte do outro. Um outro dado de igual relevância diz respeito ao contágio com outra IST, estando esse fato relacionado pela própria pessoa idosa ao sexo inseguro. Esses relatos são compartilhados a seguir:

Fazia sem preservativo, com meu primeiro marido, ele sempre dizia “ah, porque eu não gosto de usar camisinha” aí eu falei: “mas você tem que usar”. Agora, com o segundo, a gente está se prevenindo, então o caso meu é esse, agora eu estou com outro, mas esse aí usa camisinha (Rosa 04, 65 anos, casada).

Em alguns momentos, porque assim, eu conheci uma pessoa, e aconteceu. Tanto é que eu não sei se foi isso que aconteceu, que eu tive problema de sífilis, me tratei e tal (Cravo 08, 66 anos, separado).

Aí a gente vai caindo na idade também e você esquece, não é que esquece, se ninguém procura, você fica normal, tranquilo e não usa (Cravo 10, 68 anos casado).

Apesar do uso de o preservativo ser considerado pela maioria das pessoas idosas deste estudo como ferramenta para evitar transmissão e retransmissão sexual do HIV/AIDS, seu uso é ignorado por muitos, neste estudo, por quase 50% dos que têm vida sexual ativa, por ser um

dos fatores que interferem na satisfação sexual, barreira para o prazer ou até mesmo por ser motivo de conflitos entre parcerias, como relata Rosa 04.

Em uma pesquisa que objetivou analisar a qualidade de vida e as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS, 94% dos entrevistados reconhecem que o uso do preservativo é a melhor forma de evitar o HIV/AIDS; no entanto, apenas 19,9% relatam o uso com parceiras fixas, e 54,95% com parceiras casuais (BELTRÃO *et al.*, 2020). Esses dados corroboram os resultados deste estudo, em que seis entre oito mulheres adquiririam HIV/AIDS na conjugalidade e neste grupo específico de pessoas idosas ativas sexualmente em que secundarizam ou ignoram a prática sexual segura, com parcerias fixas ou casuais.

Evidências científicas demonstram a tamanha fragilidade que envolve a intimidade afetivo-sexual da pessoa idosa que convive com HIV/AIDS por ter sua sexualidade como um tabu, o que intensifica o isolamento e a solidão e a resistência ao uso de preservativo, o que pode ser considerado fator causal de danos físicos, psicológicos e sociais para a pessoa idosa e seus respectivos parceiros (JESUS *et al.*, 2017).

Uma comunicação genuína, a transparência, uma conexão profunda e vínculos estabelecidos entre os cuidadores de saúde e as pessoas idosas que convivem com HIV/AIDS podem configurar, neste cenário tão conflituoso entre a informação e o que se pratica, uma ferramenta da mais alta tecnologia leve. A junção destes recursos com a eficácia da tecnologia dura por meio da TARV tem demonstrado seu potencial. A atenção e o cuidado devem considerar a pessoa humana em seu holismo, entretanto, até então, o foco tem sido a doença e no controle de sintomas, como comprovam os estudos acerca da temática.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências vivenciadas pela pessoa idosa em seu convívio com o HIV/AIDS, no decurso do seu processo de envelhecimento, analisadas sob o prisma da Teoria da Memória Coletiva, Teoria das Representações Sociais (RS) e da Análise de Conteúdo segundo Bardin, nos apresentam um abundante arcabouço de dados sobre a dinâmica desta epidemia neste grupo etário, desde o seu itinerário em busca do diagnóstico até a cronificação da doença e o cotidiano do ser que envelhece convivendo com o vírus.

Em resposta às questões deste estudo, os resultados da análise dos dados empíricos trazem à luz as Memórias da pessoa idosa sobre o HIV/AIDS em seu convívio com o vírus no processo de envelhecimento. Ao rememorar sua experiência, a pessoa idosa com HIV evoca a convivência com o tratamento medicamentoso, e sentimentos ambivalentes são externados diante desta realidade que, ao mesmo tempo em que oferece a estabilização da doença, até mesmo a negatização da carga viral, que, para muitos, representa um certo “Status sorológico” de quase cura, verbalizado com a entonação e fervor de quem está vencendo a doença, representa fardo, privação de liberdade, risco de exposição da sua privacidade e sigilo acerca do diagnóstico e é sinônimo de sofrimento em razão dos sintomas originados das reações adversas. No entanto, apesar de tudo isso, a maior dificuldade relacionada à adesão à terapia medicamentosa diz respeito ao deslocamento ao serviço de referência, isso porque convivem com a centralização do tratamento em um serviço especializado e com a realidade em que a maioria das unidades de saúde dos territórios a que pertencem não tem acesso ao diagnóstico, nem participam do acompanhamento.

Este cenário faz parte das rupturas vivenciadas pelas pessoas idosas deste estudo e compõe as estruturas e conteúdos representacionais dessas pessoas em seu convívio com HIV/AIDS. O silenciamento do diagnóstico pelo temor do preconceito e a necessidade de adequação aos novos hábitos de vida, em decorrência da regularidade das consultas, do tratamento clínico e medicamentoso, promovem o isolamento social e intensificam a solidão. O sigilo, ao mesmo tempo em que representa proteção contra a estigmatização, é a maior dificuldade sentida por alguns em seu cotidiano. Apesar de o medo da propagação do diagnóstico se sobrepôr ao medo da morte após a cronificação da doença, para alguns, vivenciada por décadas, o pavor de ter o diagnóstico revelado é externado mesmo na situação de descoberta pós morte pelo medo de ter sua moral e seus valores ameaçados por um diagnóstico capaz de interferir em sua identidade social, sendo a pessoa condenada a findar sua história entre os seus aqui na Terra como a pessoa idosa que morreu de HIV/AIDS.

Em relação às memórias acerca do período e das circunstâncias de suas vidas em que se iniciou a longa jornada em busca do diagnóstico, o preâmbulo de todas as narrativas desvela a desesperança e o medo até que o diagnóstico seja de fato consumado. A reconstrução do vivido revela que as circunstâncias foram as mais diversas, desde o diagnóstico do cônjuge, por vezes após o seu óbito, até a manifestação de doenças oportunistas, com complicações clínicas severas e agravos à saúde. Nessas situações, após esgotarem todas as possibilidades de suspeita diagnóstica, muitos, ainda que descrentes, abriram-se para a possibilidade do contágio com HIV/AIDS. Já outros tiveram o caminho árduo e doloroso em busca do diagnóstico resguardado pela descoberta do contágio a partir de exames de rotina.

Dentre as estratégias de enfrentamento desenvolvidas em seu convívio com a doença, para além do sigilo, são evocadas representações positivas acerca da ênfase ao autocuidado e da atenção à saúde, consideradas como um marco inicial neste novo modelo de vida, em que é possível observar uma ruptura com hábitos de vida presentes ao longo de toda a existência e a inclusão novos hábitos saudáveis, a exemplo de cuidados com alimentação, higiene, atividades físicas regulares, qualidade do sono, prática de atividades de prevenção de saúde mental e abstinência de substâncias psicoativas, associados à fé e à espiritualidade .

A memória coletiva deste grupo social, impregnada de representações construídas desde o início da pandemia do HIV/AIDS, motivou o desespero e a urgência de vida após o diagnóstico, em razão da perspectiva de morte iminente. O quadro social religião foi evocado por este coletivo como estratégia de enfrentamento, suporte psicoemocional, social, fé e busca por um sentido para a vida nesta nova forma de viver e de pertencer a este novo grupo social. A fé vivenciada por esta geração impulsiona a busca da espiritualidade, na esperança da cura física e psíquico emocional para uma doença física sem possibilidade de cura e com sintomas psíquico emocionais causados por uma sociedade adoecida pelo preconceito e estigmatização que se arrasta ao longo da história, passando de geração em geração, sem a mais remota possibilidade de cura. Ainda assim, ancorados na fé, a resiliência e a esperança emergem como bálsamo, ressignificando o modo de ser no mundo e modificando hábitos e comportamentos, e são capazes de impactar na qualidade de vida dos idosos com HIV de modo positivo.

As representações sociais que emergiram acerca do contágio com HIV/AIDS reafirmam atitudes, valores e pensamentos que foram construídos socialmente por este grupo etário, imerso em crenças e tradições materializadas no presente por meio de hábitos e

comportamentos de risco que determinam uma certa coesão social, como o sexo sem o uso de preservativo durante toda a trajetória da vida sexual ativa e a exposição imposta ao cônjuge, na situação de conjugalidade, ao sexo inseguro, com a promessa e o pacto de fidelidade, muitas vezes rompido, e a outras situações de alto risco de contágio, capazes de representar a forma de contágio de seis entre as oito mulheres deste estudo. Para estas, o diagnóstico é duplo, o contágio pelo vírus e a infidelidade do companheiro do modo mais cruel que se pode conceber, o sexo sem proteção.

A descrença na via sexual de contaminação se apresenta para alguns, que se questionam sobre a impossibilidade de contágio pelo sexo. As representações de grupo de risco, latentes na memória coletiva deste grupo, que tem a crença de que ser reservado ou ter tido um número reduzido de parceiros o torna imune ao contágio com o vírus, fazem-nos navegar na dúvida.

Das memórias das relações, são reveladas as perdas adquiridas no convívio com a doença, dentre elas, chama atenção o quadro social família, rememorado com sentimentos de abandono, culpabilização que, muitas vezes, torna o isolamento em seu convívio solitário a única opção. Essa relação se estende à vida conjugal, por situações diversas, como a viuvez pela morte do companheiro, ou por conta da escolha de se abster de relacionamento por medo de transmitir o vírus, embora existam as relações que resistiram ao diagnóstico, mesmo que modificadas, com novas regras internas, entre elas a abstinência sexual. Esta, neste caso, representa para a pessoa idosa, em seu convívio com vírus, o pagamento da dívida pela responsabilidade do contágio, enquanto, para o cônjuge, parece simbolizar a punição e a justiça necessárias para tornar possível a convivência.

A sexualidade, após o diagnóstico, foi mantida pela maioria, com mudança no comportamento para a prática de sexo seguro, após as informações sobre a doença, em seu convívio com o vírus; no entanto, a falta de informação correta faz com que algumas pessoas idosas mantenham a abstinência sexual por receio de transmissão do vírus, ou pratiquem sexo inseguro com parceiros que compartilham do diagnóstico de HIV/AIDS (soroconcordantes), o que chama a atenção acerca da importância de uma comunicação clara e objetiva que alcance o entendimento da pessoa idosa e abra possibilidades de troca de experiências com esclarecimentos de dúvidas, até mesmo as mais íntimas.

Ressalta-se que, para dezesseis das vinte e duas pessoas idosas deste estudo com vida sexual ativa, estar munido de informação não significou a garantia de mudança de comportamento para o sexo seguro. Mesmo em seu convívio com o HIV/AIDS, as

representações do senso comum presentes na memória coletiva deste grupo, ancoradas nas crenças de impotência, diminuição ou perda completa do prazer sexual em razão do uso do preservativo, ou a representação de que o sexo inseguro seja um pacto de confiança, prova de amor, são quase que protocolares dada a sua replicação coletiva, a sua justificação e naturalização por este grupo social. Isso tudo mesmo diante do diagnóstico de uma infecção sexualmente transmissível que lhe foi devastador.

Desse modo, se existe o acesso à informação, ao preservativo, acesso ao tratamento medicamentoso e clínico, os centros de apoio e programas trabalham com a demanda espontânea, um dos melhores modelos de assistência do âmbito mundial, o que mais se pode fazer para minorar a disseminação do HIV/AIDS nesta população?

As pessoas idosas deste estudo compartilharam em suas narrativas as dificuldades vivenciadas até o diagnóstico. Algumas dessas pessoas, apesar da imensa tristeza e pesar, experimentaram o alívio da conclusão, outros relataram nunca terem visto ou manipulado um preservativo: “não sei nem como usar isso” ou “tenho medo de não saber usar e contaminar a outra pessoa”. Resta-nos a reflexão de que a garantia de acesso à informação necessita de um outro elemento de cuidar: a ocupação e preocupação com o outro; é necessário o fortalecimento das relações em um campo ético que se importe em conhecer para cuidar. A solidão que acompanha a pessoa idosa em sua trajetória de vivência de sua sexualidade no processo de envelhecimento vem sendo divulgada em estudos, nos recursos midiáticos; no entanto, falar sobre sexualidade com este grupo ainda desperta vergonha e constrangimento para a sociedade e para muitos profissionais de saúde.

A forma de construção da velhice, cercada de mitos, tabus e preconceitos, somada às representações construídas sobre o HIV/AIDS, é, sem dúvida alguma, o sintoma que mais incomoda este grupo social em seu convívio com o vírus. Neste cenário, o investimento necessário deve ser voltado para a criação de espaços de diálogo em que as relações sejam o centro de todo o processo, utilizadas como tecnologia, e para o respeito às singularidades, inclusive considerando as múltiplas formas de envelhecer.

Considerando a multiplicidade de fatores intrínsecos constituintes dos grupos sociais de pertença das pessoas idosas deste estudo, especialmente dos que compõem o quadro social família e os profissionais de saúde que partilham da intimidade e privacidade destes, muitas vezes, em uma condição mais favorável referente à acessibilidade e confiança, sugere-se que a sexualidade da pessoa idosa esteja inserida nos currículos dos cursos de formação para os profissionais da área da saúde e assistência social, com uma abordagem distinta do formato

tecnicista atual, norteadas pelas evidências científicas oriundas de estudos e dos dados epidemiológicos divulgados, uma vez que a causa raiz tem sido a completa invisibilidade destes referente a este aspecto.

O espaço da consulta individual deve ser explorado até que se esgotem as possibilidades de dúvidas ou desconhecimento, impondo aos atores sociais a participação ativa no compartilhar das informações e na tomada de decisão. A comunicação deve ser efetiva, com linguagem clara, com vistas a considerar os mitos e crenças como pauta.

A descentralização do acompanhamento clínico e medicamentoso deve ser uma prática que materialize a política já existente, tornando a medicação mais acessível e possibilitando à pessoa idosa que este espaço de tamanho potencial de cuidar seja um dispositivo também de cura para a doença social e psíquica emocional vivenciada por este grupo etário. Novos estudos que reflitam o suporte social deste, em territórios distintos, especialmente nas unidades de saúde da família que realizam esse acolhimento, tornam-se prementes, visto que são muitos os desafios a serem vencidos, desde a capacitação da equipe, disponibilidade em se ocupar desta problemática, até a ameaça de ter o sigilo rompido na comunidade de residência tão temido pelas pessoas idosas deste estudo. A garantia dos direitos da pessoa idosa e das necessidades de atenção e suporte da rede de apoio deve fazer parte de todo o atendimento voltado às pessoas em seu processo de envelhecimento considerando a sua subjetividade.

O empenho coletivo de instituições públicas e privadas e o envolvimento de toda a sociedade, em um conjunto de ações de enfrentamento do preconceito e estigmatização, com a finalidade de proporcionar um espaço de convivência social ético e seguro para o ser que envelhece convivendo com o HIV/AIDS, são condutas terapêuticas emergenciais e inadiáveis, uma vez que a memória e RS destes acerca de seu convívio com o vírus direcionaram este estudo a confirmar o pressuposto de morte social. Apesar da conquista de cronificação da doença, dias e anos são acrescentados, porém a vida dessas pessoas é roubada.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. p. 27-38. Goiânia: AB, 2000.
- ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Manual cuidados paliativos**. Rio de Janeiro, 2009.
- AGOSTINI, R. *et al.* A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n.12, p. 1-6, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8kskKTq9StVQYtMxrwrB4KL/?lang=pt>>. Acesso em: 3 mai. 2022.
- AGUIAR, R. B. *et al.* Idosos vivendo com HIV– comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 575-584, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12052018>>. Acesso em: 3 mai. 2022.
- AGUIAR, R. B.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. de O. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2051-2062, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18432018>>. Acesso em: 3 mai. 2022.
- ALBA, M. Representações sociais e memória coletiva: uma releitura. *In*: ALMEIDA, A.M.O.; TRINDADE, Z.A.; SANTOS, M.F.S. (org.). **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik. p. 519-571, 2014.
- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 229-235, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/directbitstream/16531051-24b3-4978-8cb9-7160c8ac1f8a/CIOSAK%2C%20S%20I%20doc%20108e.pdf>>. Acesso em: 3 mai. 2022.
- ALMEIDA, A. M.O. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e Estado**, v. 24, n. 3, p. 713-737, 2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s0102-69922009000300005>>. Acesso em: 3 mai. 2022
- ALMEIDA, M. M.; MOURA, D. S.; PESSÔA, R. M. C. Sexualidade na terceira idade: uma discussão acerca das medidas de prevenção do HIV/AIDS. **Revista Ciência & Saberes - UniFacema**, v. 3, n. 1, p. 407-415, 2017.
- ALMEIDA, C. L. *et al.* O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DE IDOSOS HOMOSSEXUAIS. **Revista da Sorbi**, v.6.56, 2018.
- AMARAL, F. L. J. S. *et al.* Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2991-3001, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1413-81232012001100016>>. Acesso em: 3 maio 2022.

ANDRADE, H. A. S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M. I. P. O. AIDS em idosos: vivências dos doentes. **Esc. Anna Nery** (impr), v. 14, n. 4, p. 712-719, 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-569065>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ANDRADE, J. *et al.* Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 8-15, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700003>>. Acesso em: 3 mai. 2022.

ANDRADE, R. G.; IRIART, J. A. B. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 565-574, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311x00019214>>. Acesso em: 3 mai. 2022.

ANDRADE, S. C. V. *et al.* Perfil de saúde dos idosos assistidos pelo Programa Acompanhante de Idosos na Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao5256>. Acesso em: 3 mai. 2022.

ANTINORI, A. *et al.* And for the European Late Presenter Consensus working group (2011), Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med.*, Oxford, v. 12, n. 1, p. 61-64, 2011.

ARALDI, L. M. *et al.* Pessoas idosas com o vírus da imunodeficiência humana: infecção, diagnóstico e convivência. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, p. 20, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160017>>. Acesso em: 10 mai. 2022.

ARAÚJO, A. P. S.; BERTOLINI, S. M. M. G. Perfil epidemiológico e imunológico de idosos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. **Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento**, v. 20, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/2316-2171.45225>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

ARAUJO, G. M. *et al.* Self-care of elderly people after the diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. supp 1 2, p. 793-800, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0248>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

ARAUJO, G. M. de *et al.* Idosos cuidando de si após o diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 793-800, 2018.

ARAÚJO, W. J. S. *et al.* Intervenção educativa com idosos sobre HIV/aids: um estudo quase experimental. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0471>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, p. 63-72, 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1413-81232001000100005>>. Acesso em: 16 mai. 2022.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, p. 28-42, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1415-790x2002000400005>>. Acesso em: 15 mai. 2022

- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Tratado de Saúde Coletiva. p. 375-417, 2006.
- BALDERSON, B. H. *et al.* Carga de doença crônica e qualidade de vida em uma população de HIV em envelhecimento. **Cuidados de AIDS**, v. 25, n. 4, pág. 451-458, 2013.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Ed. 70, 2011.
- BARROS, M. M. L. **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- BASTOS, F. I. *et al.* The Hidden Face os AIDS in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 90-96, jan./mar. 1993.
- BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- BASTOS, F. S. A pessoa com doença crônica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico. Tese de Doutorado. Universidade Catolica Portuguesa. 2013.
- BASTOS, L. M. *et al.* Avaliação do nível de conhecimento em relação à Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2495-2502, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10072016>>. Acesso em: 10 jun. 2021.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1970.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BELTRÃO, R. P. L. *et al.* Saúde e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids: uma revisão narrativa dos últimos 15 anos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 40, p. 2942-2942, 2020.
- BENITO, L. A. O.; DE ANDRADE, P. B. S. Perfil da sexualidade de pessoas idosas portadoras de SIDA/AIDS atendidas em um serviço de saúde do Distrito Federal. **Universitas: Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, 2016.
- BEZERRA, V. P. *et al.* Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 70-76, 2015.
- BIRMAN, J. O futuro de todos nós. In: BIRMAN, J. (org.). **Estilo e modernidade empicanálise**. São Paulo: ed. 34, 1997.

BITTENCOURT, G. K. G. D. *et al.* Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 579-585, 2015.

BONNINGTON, O. *et al.* Changing Forms of HIV-Related Stigma along the HIV Care and Treatment Continuum in Sub-Saharan Africa: A Temporal Analysis. **Sexually Transmitted Infections**, v. 93, n. Suppl 3, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1136/sextrans-2016-052975>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

BORGES, M. S. *et al.* Representações sociais sobre religião e espiritualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n.4, p. 609–16, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/00347167.2015680406i>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRANDÃO, B. M. G. M. *et al.* Convivendo com o HIV: estratégias de enfrentamento de idosos soropositivos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018027603576>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 2012.

BRASIL. Departamento de condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico de HIV e AIDS**. Brasília, dez. 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletimepidemiologico-de-hiv-aids-2019>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRITO, N. M. I. *et al.* Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e AIDS: conhecimentos e percepção de risco. **ABCS Health Sciences**, v. 41, n. 3, 2016.

BRUSTOLIN, A. M.; FILIPIAK, N.I; PIGATTO, D.F. Vivências de idosos sobreviventes: estratégias de enfrentamento no processo de viver com e além do câncer. **XVI ENCONTRO DE ENFERMAGEM DO ALTO URUGUAI XII ENCONTRO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**, p. 20.

CALIARI, J. S. *et al.* Qualidade de vida de idosos vivendo com HIV / aids em acompanhamento ambulatorial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 513-522, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0127>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. **Revista Coletiva**, v. 5, p. 1-7, 2011.

CAMARANO, A. A. Living longer: are we getting older or younger for longer? **Vibrant, Virtual Braz. Anthr.**, Brasília, v.13, n.1, p. 155-175, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-43412016000100155&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 dez. 2020.

CARDOSO, J.V. R. *et al.* Análise do Perfil dos Idosos Vivendo com HIV/AIDS na Macrorregião Norte do Estado do Paraná. *In: Congresso Internacional em Saúde*. 2021.

- CASSÉTTE, J. B. *et al.* HIV/AIDS em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 733–44, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150123>>. Acesso em: 15 fev. 2021.
- CASTRO, J. L. C. *et al.* Representações sociais do VIH/SIDA para adolescentes: Uma abordagem estrutural. **Análise Psicológica**, v. 37, n. 1, 2019.
- CASTRO, S.F *et al.* Prevenção da aids em idosos: visão e prática do enfermeiro. **Rev Ciênc Saúde**. 7(3):131-40, 2014.
- CASTRO, T. L. Vulnerabilidades dos idosos as IST/HIV/AIDS em uma região de fronteira. 2020.
- COUTINHO, M.F.C; O'DWYER, G; FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde Debate [Internet]**. v. 42, n 116, p. 148–61, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811612>>. Acesso em: 15 abr. 2022.
- CRUZ, G. E. C. P. *et al.* Diagnóstico tardio do Vírus da Imunodeficiência Humana e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em Idosos: protocolo scopingreview. **EnfermeríaActual de Costa Rica**, n. 38, p. 292-299, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100292>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- CRUZ, F. S.; DAMICO, J.G.S. O mal-estar na velhice como construção social. **Pensar a Prática**, v. 12, n. 1, 2009.
- CUNHA, L. M. *et al.* Vovó e vovô também amam: sexualidade na terceira idade. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 894-906, 2015.
- CUNHA, T.; ALVES, A. E. Educação e violência nas relações de gênero: reflexos na família, no casamento e na mulher. **Em Aberto**, v. 27, n.92, p. 69-88, 2014.
- DANTAS, R. O. *et al.* Conhecimento e uso do preservativo por idosos na prevenção do HIV/Aids: Nota Prévia. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 88, n. 26, 2019.
- DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp, 1999.
- DEBERT, G. G. A cultura adulta e juventude como valor. **Revista Kairós**, v. 7, n. 2, p. 21-44, 2004.
- DOISE, W. Debating social representations. **Empirical approaches to social representations**, p. 157-170, 1993.
- DOMINGUES, J.P.; OLIVEIRA, D.C; MARQUES, S.C. Representações sociais da qualidade da vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.

DOMINGUES, J. P. *et al.* Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com hiv/aids. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-070720180001460017>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

DOMINGUES, M. A. *et al.* Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 49-59, 2013.

DRIEMEIER, M., *et al.* Vulnerability to AIDS among the elderly in an urban center in central Brazil. **Clinics**, v. 67, n. 1, p. 19–25, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.6061/clinics>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

DURKHEIM, E. **Durkheim**: sociologia. São Paulo: Ática, 2003.

DUVEEN, G. Cultura e representações sociais. **The Cambridge handbook of sociocultural psychology**, p. 543-559, 2007.

EMLET, Charles A. “Você é muito velho para ter esta doença”: Experiências de estigma e preconceito de idade em adultos com 50 anos ou mais vivendo com HIV/AIDS. **O Gerontólogo**, v. 46, n. 6, pág. 781-790, 2006.

EVANGELISTA, A.R. *et al.* Sexualidade de idosos: conhecimento/atitude de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 53, 2019.

FACO, V. M. G.; MELCHIORI, L. E. *In*: Valle, Tânia Gracy Martins do, (org). **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções**. [online]. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, p. 222, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

FELIX, J. S. O planeta dos idosos, entrevista de Alexandre Kalache, coordenador do programa de envelhecimento e longevidade da OMS. **Revista Fator**, São Paulo, edição do Banco Fator, 2007.

FERREIRA, C. O. *et al.* Vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis em idosos usuários de um centro de testagem e aconselhamento. **Arq. ciências saúde UNIPAR**, v. 23, n. 3, p.171-180, 2019. Disponível em: <<https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6757/3833>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

FERREIRA, L. C. *et al.* Fatores associados ao aumento de infecções sexualmente transmissíveis em idosos. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://revistarebis.rebis.com.br/index.php/rebis/article/view/198>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

FERREIRA, M. A. M. *et al.* Conhecimento e fatores que influenciam na adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/Aids. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

FERREIRA, S. R. S.; BRUM, J. L. R. As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. esp, p. 5-14, 2000.

FFMAN, E. *Stigma*. Harmondsworth: Penguin Books, 1990.

FRANCA, L. H. F. P. *et al.* Ageísmo no contexto organizacional - a percepção dos trabalhadores brasileiros. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 762-772, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809982320000600762&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2020.

FREITAS, D. C. C. V.; FERREIRA JR, S. CAPÍTULO 15-ENVELHECIMENTO: POLÍTICAS PÚBLICAS HIV/AIDS EM IDOSOS. **Áurea Soares Barroso & Arnaldo Hoyos & Henrique Salmazo da Silva & Ivan Fortunato (org.)**, p. 195, 2017.

FREITAS, L. F. G. *et al.* Memórias de idosos que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 10, p. 9, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5902/2179769238707>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198.

FONSECA, A. B.; BATISTA, M. A. S.; SANTANA, R. C. Diagnóstico tardio de HIV na terceira idade: uma análise de reportagens veiculadas na mídia. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 9, n. 1, p. 24-34, 2020.

FORESTO, J. S. *et al.* Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2017.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Resumo executivo** – envelhecimento no século XXI: celebração e desafio. 2012. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese_ExecSummary_0.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2021.

GALATI, M. C. R. *et al.* Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 242-252, 2014.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 72-83, 2008.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e sociedade**, v. 19, p. 9-20, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade. Tradução: Mathias Lambert, v. 4, 1988.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 2008.

GÓIS, A. R. S. *et al.* Representações sociais de profissionais da saúde sobre as pessoas vivendo com hiv/aids1. **Avances em Enfermería**, v. 35, n. 2, p. 169-178, 2017.

GOMES, A. B. S. *et al.* Perfil de Mortalidade dos Idosos com HIV em Alagoas. **SEMPESq-Semana de Pesquisa da Unit-Alagoas**, n. 8, 2020. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/al_sempesq/article/view/13682>. Acesso em: 20 fev. 2021.

GONÇALVES, H. A.; NASCIMENTO, K. C. S.; SANTOS, A. P. A. L. Espiritualidade e religiosidade: a fé cristã e o papel da oração no processo de enfrentamento da doença. **PARALELLUS Revista de Estudos de Religião-UNICAP**, v. 9, n. 20, p. 085-102, 2018.

GUEVARA-SOTELO, Y.; HOYOS-HERNÁNDEZ, P. A. Vivendo com HIV: experiências de estigma sentido em pessoas com HIV. **Psychogente**, v. 21, n. 39, p. 127-139, 2018.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Tradução: Laurent León Schaffter. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1990.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Tradução: Beatriz Sidou, São Paulo: Centauro, 2003.

HALBWACHS, M. **Os quadros sociais da memória**. Antropos, 2004.

HALBWACHS, M. **A memória coletiva**. Tradução: Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Mudança demográfica no Brasil no Início do Século XXI**: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeções da População 2018** [*Internet*]. Brasília: IBGE; 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-ovoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=downloads>; <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-ovoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=downloads>>. Acesso em: 21 dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA - IBGE. Longevidade: viver bem e cada vez mais. **Retratos** - Revista do IBGE, n. 16, fev. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2021.

JEDLOWSKI, P. La sociología y la memoria colectiva. *In: Memoria colectiva e identidad nacional*. p. 123-134. 2000.

JESUS, G. J. de *et al.* Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700046>>. Acesso em: 4 mai. 2022.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. **As representações sociais**, v. 17, p. 44-XX, 2001.

JUNIOR, E. Á. S. *et al.* Religião no tratamento da doença renal crônica: comparação entre médicos e pacientes. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 615-622, 2015.

JUNIOR, E. V. S. *et al.* Epidemiological aspects of morbimortality due human immunodeficiency virus in the brazilian northeast/Aspectos epidemiológicos da morbimortalidade pelo vírus da imunodeficiência humana no nordeste brasileiro. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 144-149, 2021.

KILEMBE, W. *et al.* Conhecimento de sorodiscordância, transmissão e prevenção do HIV entre casais em Durban, África do Sul. **PLOS ONE**, organizado por Alash'le G. Abimiku, v. 10, n. 4, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124548>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

KNAUTH, D. R. Ciência e sociedade na produção e reprodução de estigmas e discriminação. *In*: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e Saúde**. p. 81-89. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. Reflexões acerca do envelhecimento, problemáticas, e cuidados com as pessoas idosas. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 117-133, 2017.

LAROQUE, M. F. *et al.* Sexuality of the elderly: behavior for the prevention of STD/AIDS. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 774-780, 2011.

LAVABRE, M. C. Maurice Halbwachs e a sociologia da memória. **Razão presente**, v. 128, n. 1, p. 47-56, 1998.

LEITE, M. T.; MOURA, C.; BERLEZI, E, M. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** 10(3):339-54. 2007.

LEITE, M. T.; MOURA, C.; BERLEZI, E. M. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 339-354, 2007.

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

LEME, L. E. G. A gerontologia e o problema do envelhecimento: visão histórica. *In*: PAPALÉU NETO, M. **Gerontologia**. p. 12-23. São Paulo: Atheneu, 1996.

LIMA, A. P. R. Sexualidade na Terceira Idade e HIV. **Revista Longeviver**, 2020.

LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

MACIEL, M. *et al.* Caracterização sociodemográfica e clínica de idosos vivendo com HIV. **Conjecturas**, v. 21, n. 7, p. 477-493, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.53660/CONJ-456-510>>. Acesso em: 4 jan. 2022.

MADRUGA, M. D. D.; VIEIRA, K. F. L.; ALMEIDA, S. Fatores de vulnerabilidade dos idosos ao hiv/aids: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, v. 10, n. esp, p. 12-18, 2018.

MAGALHÃES, L. D. R.; SANTOS, P. M.; SOUZA, D. M. R. Memória e transmissão das experiências como desafios para os estudiosos da educação. **Revista HISTEDBR On-Line**, v. 9, n. 36, p. 105-114, 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Editora Atlas, 2005.

MARENGONI, A. *et al.* Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. **Ageing Research Reviews**, v. 10, n. 4, p. 430-439, 2011.

MARTELLI, A. A influência da religiosidade e da fé na adesão do tratamento e melhora dos sintomas de pacientes portadores de doenças. **Revista Teológica Doxia**, v. 3, n. 5, 2018.

MARTINELLI, L. O processo de comunicação na atenção primária à saúde: cenário, potencialidades e desafios. 2021.

MASCHIO, M. B. M. *et al.* Sexualidad em la terceira edad: medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 583-589, 2011.

MEIRA, I. F. *et al.* Reflexões psicossociais acerca do HIV e AIDS e contribuições da Psicologia. *Revista Hum@ nae*, v. 11, n. 1, 2017.

MELO, E. *et al.* Sintomas físicos e psicológicos do estresse em pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 22, p. 19-26, dez. 2019.

MENDONÇA, E. T. M., *et al.* Vivência de sexualidade e HIV/AIDS na terceira idade. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4256>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MESQUITA, Y.R.; FRANZMANN, U.T.; FONTENELE, R.M. Testes rápidos para diagnóstico precoce do hiv: revisão integrativa rapid tests for early diagnosis of hiv: an integrative review pruebas rápidas para el diagnóstico precoz del vih: una revisión integradora.

MILROD, Cristina; MONTÃO, Martinho. Clientes homens mais velhos de trabalhadoras do sexo nos Estados Unidos. **Arquivos de comportamento sexual**, v. 46, n. 6, pág. 1867-1876, 2017.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA J., C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. *In*: **Antropologia, saúde e envelhecimento**.

2002.

MINICHIELLO, V. *et al.* STI Epidemiology in the Global Older Population: Emerging Challenges. **Perspectives in Public Health**, v. 132, n. 4, p. 178–81, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1757913912445688>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico HIV - AIDS-DST** Brasília: MS; 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidem_hiv aids_2012.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica**: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 56. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília (DF); 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico das hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <https://telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca-telelab/item/download/156_bf443ccf6026c0f0bddd929041cb1564>. Acesso em: 11 abr. 2021.

MONTE, C. F. *et al.* Idosos frente a infecções sexualmente transmissíveis: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 3, p. 10804–14, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-095>>. Acesso em: 13 fev. 2022.

MONTEIRO, S. *et al.* A produção acadêmica recente sobre estigma, discriminação, saúde e Aids no Brasil. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. **Estigma e Saúde**. p. 61-80. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

MOREIRA, T. M. *et al.* Conhecimento das mulheres idosas sobre doenças sexualmente transmissíveis, conhecimento, uso e acesso aos métodos preventivos. **Rev. Eletron. Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 803-10, 2012.

MOREIRA, A. S. P.; JESUINO, J. C. (org.). **Representações Sociais**: teoria e prática. 2. ed. João Pessoa: Ed. da UFPB, 2003.

MOREIRA, M. B. *et al.* Potenciais interações de medicamentos intravenosos em terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 51, 2017.

MORÉS, G, *et al.* Avaliação funcional de idosos do CRAS – Centro de Referência Da

Assistência Social de Barra do Garças-MT através da Escala de Equilíbrio de Berg e Miniexame do Estado Mental, uma relação entre os fatores. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar, Jardim Mariano**, v. 1, n. 9, p. 17-23, mar. 2013.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, sonimage et son public**. Paris: Puf, 1961.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**: resultados da pesquisa de opinião e análise teórica. Tradução: Cabral. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.

MOSCOVICI, S. Por que estudar representações sociais em Psicologia. **Vida e Saúde**, v. 30, n. 1, p. 11-30, 2003.

MOSCOVICI, Sérgio. **Crônica dos anos errantes**. Mauad Editora Ltda, 2005.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Tradução: Pedrinho Arcides Guareschi. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MOSCOVICI, S. **La machine à faire des dieux**. Fayard, 2014.

MOSCOVICI, S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. 11ª. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

NAMER, G. P. *In*: HALBWACHS, M. **Los marcos sociales de la memoria**. Barcelona: Antrophos, 2004.

NARDELLI, G. G. *et al.* Conhecimento sobre síndrome da imunodeficiência humana de idosos de uma unidade de atenção ao idoso. **Rev. Gaucha Enferm.**, v. 37, n. esp., 2016.

NASCIMENTO, E. K. S. *et al.* História de vida de idosos com HIV/Aids. **Rev. enferm. UFPE**, v. x, n. x, p. 1716–1724, 2017. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8481/pdf_2925>. Acesso em: 18 mar. 2020.

NIDERÖST, S.; IMHOF, C. Aging With HIV in the Era of Antiretroviral Treatment. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/2333721416636300>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

NIEROTKA, R. P.; NICARETTA, R. J.; FERRETTI, F. Viver a velhice com HIV/AIDS. *In*: SAMPAIO, E. C. **Envelhecimento Humano: desafios Contemporâneos**. Cidade: Editora Científica Digital, p. 375–87, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.37885/201202397>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. *In*: Moreira, A. S. P. Jesuino, J. C. (2003). Representações Sociais: teoria e prática. 2. ed. **rev. ampl.** João Pessoa: Universitária. 2003.

OCHOA, M. M.; ARGUETA, R. A.; MUÑOZ, E. S. **História y memoria**: perspectivas teóricas y metodológicas. Facultad Latino americana de Ciencias Sociales, 2005.

OKONKWO, N.O; LARKAN, F; GALLIGAN, M. An assessment of the levels of perceived social support among older adults living with HIV and aids in Dublin. SpringerPlus. 5(1):1-7. 2016.

OLIVEIRA, A. M.; HERBES, N. E. Espiritualidade, Fé e Cura: um olhar sobre a Religiosidade Popular. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 10, n. 31, p. 147-162, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. (2002). **Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre o envejecimiento**. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Acesso em: 10 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. v. 30. Estados Unidos: OMS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - OPAS. Envelhecimento e saúde. **Folha Informativa**, 2018. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820>. Acesso em: 10 ago. 2020.

PALUDO, I. C.; OLESIAK, L. R.; QUINTANA, A. M. Idosos Soropositivos: A Construção de Significados para o Envelhecimento com HIV/Aids. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003224079>>. Acesso em: 10 ago. 2022.

PAPALÉO, N. M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento uma visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1999.

PARREIRA, P. *et al.* A abordagem estrutural das representações. *In*: MOREIRA, A. S. P. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2. ed. Cap. 14. p. 01-14. Goiânia: AB, 2000.

PARKER, R.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 89-102, 2000.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

PARKER, R. R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. *In*: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (org.). **Estigma e saúde**. b. p. 25-46. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

PARKER, R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. **Monteiro S, Villela W, organizadores. Estigma e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz**, p. 25-46, 2013.

PASCHOAL, E. P. *et al.* Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Escola Anna Nery- **Revista de Enfermagem**, v.18, n. 1, p. 32-40. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140005>>. Acesso em: 14 jan. 2021.

PEIXOTO, C. (1998), "Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade...", *in* M.M. Lins de Barros (org.), *Velhice ou terceira idade: estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*, Rio de Janeiro, Ed. da Fundação Getúlio Vargas.

PERALTA, E. Abordagens teóricas ao estudo da memória social: uma resenha crítica. **Arquivos da memória**, n. 2, p. 4-23, 2007.

PEREIRA, D. S.; NOGUEIRA, J. A. D.; SILVA, C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 893-908, 2015.

PILOWSKY, D. J.; WU, L. Comportamentos sexuais de risco e risco de HIV entre americanos com 50 anos ou mais: uma revisão. **Abuso de Substâncias e Reabilitação**, v. 6, p. 51, 2015.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA - PMVC. Secretaria de saúde do município de Vitória da Conquista – Bahia, 2021.

QUADROS, K. N. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 2, 2016.

QUEIROZ, M. A. C. *et al.* Representações sociais da sexualidade para idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, p. 662-667, 2015.

REIS, R. K.; MELO, E.S.; GIR, E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, p. 47-53, 2016.

RENESTO, H. M. F. *et al.* Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 36-42, 2014.

RIOS, F. D. Memória coletiva e lembranças individuais a partir das perspectivas de Maurice Halbwachs, Michael Pollak e Beatriz Sarlo. **Revista Intratextos**, v. 5, n. 1, p. 1-22, 2013.

ROMERO, J. *et al.* Absence of transmission from HIV-infected individuals with HAART to their heterosexual serodiscordant partners. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, v. 33, n. 10, p. 666-672, 2015.

SÁ, A. A. M.; SANTOS, C. V. M. A Vivência da Sexualidade de Pessoas que Vivem com HIV/Aids. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 773-786, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703000622017>>. Acesso em: 4 mai. 2022.

SAFFIOTI, H. Violência de gênero: o lugar da práxis na construção da subjetividade. **Lutas sociais**, n. 2, p. 59-79, 1997.

SAFFIOTI, H. I. B. A vida privada de pessoas públicas: Clinton versus Lewinsky. **Lutas Sociais**, n. 5, p. 93-96, 1998.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2003.

SALDANHA, A. A. W.; FELIX, S. M. F.; ARAÚJO, L. Representações sobre a Aids na velhice por coordenadoras de grupos da terceira idade. **Psico-usF**, v. 13, p. 95-103, 2008.

SALDANHA, A. A. W. *et al.* Comportamento sexual e vulnerabilidade à AIDS: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. **J Bras Doenças Sex Transm**, v. 20, n. 1, p. 36-44, 2008.

SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L.F.; SOUSA, V. C.. Envelhecer com Aids: representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 43, n. 2, p. 323-332, 2009.

SANTANA, J. C.; SILVA, C. P.; PEREIRA, C. A. Principais doenças oportunistas em indivíduos com HIV. **Humanidades e Tecnologia (Finom)**, v. 16, n. 1, p. 405-422, 2019. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/679>. Acesso em: 18 jan. 2021.

SANTANA, P. P. C. *et al.* Fatores que interferem na qualidade de vida de idosos com HIV/AIDS: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2018.

SANTANA, P. P. C. *et al.* O impacto da polifarmácia na qualidade de vida de idosos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 773-782, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/235901/31578>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

SANTOS, C. A. *et al.* Sexualidade na terceira idade: a percepção dos idosos usuários de um serviço de apoio a melhor idade. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 1414-1422, 2019.

SANTOS, C. P. *et al.* Adesão ao uso do preservativo masculino por adolescentes escolares. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 18, n. 2, p. 60-70, 2016.

SANTOS, F. C.; DAMICO, J. G. S. O mal-estar na velhice como construção social. **Pensar a Prática**, v. 12, n. 1, 2009.

SANTOS, M. S. **Memória colectiva e teoria social**. Imprensa da Universidade de Coimbra: Coimbra University Press, 2012.

SANTOS, M. S. *et al.* Incidência e mortalidade em idosos por HIV no Brasil, de 2000 a 2017: um alerta para prevenção de IST. 2019.

SANTOS, M. S. Incidência e mortalidade em idosos por HIV no Brasil, de 2000 a 2017: um alerta para prevenção de IST. 2019. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44745>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

SANTOS, S. C. *et al.* A percepção dos idosos sobre a sexualidade e o envelhecimento. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 3486-3503, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-180>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

SAWAIA, B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa. **As artimanhas da exclusão**, p. 8, 2004.

SCIAROTTA, D. *et al.* O 'segredo' sobre o diagnóstico de HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200878>>. Acesso em: 14 jan. 2022.

SERRA, A. *et al.* Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 294-304, jun. 2013.

SILVA, A. C. O. *et al.* Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 994-1000, 2014.

SILVA, A. F. C.; CUETO, M. HIV/Aids, os estigmas e a história. **Hist. Cienc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 234-240, 2018.

SILVA, A. O.; LORETO, M. D. S.; VASCONCELOS, A. M. AS REPRESENTAÇÕES DOS IDOSOS SOBRE A AIDS, 2015.

SILVA, A. O.; LORETO, M. D. S.; VASCONCELOS, A. M. As representações dos idosos sobre a AIDS, **Anais CIEH**, v. 2, n.1, 2015.

SILVA, A. O.; LORETO, M. D. S.; MAFRA, S. C. T. HIV na terceira idade: repercussões nos domínios da vida e funcionamento familiar. **Revista Em Pauta: teoria social e realidade contemporânea**, v. 15, n. 39, 2017.

SILVA, A. O.; LORETO M. D. S.; MAFRA, S. C. T. HIV na terceira idade: repercussões nos domínios da vida e funcionamento familiar. **Revista Em Pauta**, v. 15, n. 39, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.12957/rep.2017.30380>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

SILVA, A. R.; LOPES, C. M.; MUNIZ, P. T. Blitz do preservativo masculino e feminino: porte, acondicionamento e uso. **DST J. Bras. Doenças Sex. Transm**, v. n. p. 22-32, 2002.

SILVA, C. G. M. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 40-49, 2002.

SILVA, El M., Metodologia da Pesquisa e elaboração de dissertações. Florianópolis: Laboratório de ensino a distância da UFSC, 2001.

SILVA, J. D. B. *et al.* Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis/ aids em idosos. **Revista Uningá, [SI]**, v. 53, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1418>>. Acesso em: 10 jul. 2020.

SILVA, L. C. *et al.* Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, p. 821-833, 2015.

SILVA, L. R. F. Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional?. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 801-815, 2008.

SILVA, L. R. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.155-168, 2008.

SILVA, S. S.; SILVA, M. R. Utilização do kobotoolbox como ferramenta de otimização da coleta e tabulação de dados em pesquisas científicas. **Geoambiente On-line**, n. 36, p. 122-140, 2020.

SILVA, W. L. *et al.* ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DOS IDOSOS INTERNADOS COM HIV NA REGIÃO NORDESTE. In: **Anais do Congresso de Geriatria e Gerontologia do UNIFACIG**, v. 1, n. 1, 2020. Disponível em: <<http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/congresso geriatria/article/view/2585>>. Acesso em: 18. ago. 2021.

SOUZA, L. P. S. *et al.* Análise da clientela idosa portadora de HIV atendida em um centro ambulatorial em Montes Claros, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, p. 767-776, 2012.

SOUSA, L. R. M. *et al.* Representações sociais do HIV/Aids por idosos e a interface com a prevenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. p. 1129-1136, 2019. D

SOUSA, L. R. M. *et al.* Representações sociais do HIV/Aids por idosos e a interface com a prevenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 1129-1136, 2019.

SOUZA, M. N. *et al.* Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 31, p 235-239, 2010.

SOUZA, M. *et al.* A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 936-944, 2015.

SOUZA, V.A. E.; DELBEN, T. V. T.; VIANA, T. R. HIV... E AGORA?. **Saúde & Conhecimento-Jornal de Medicina Univag**, v. 3, 2019.

STOVER, J. *et al.* Atualizações do modelo Spectrum / AIM para as estimativas de HIV do UNAIDS 2020. **Journal of the International AIDS Society**, v. 24, p. 257-78, 2021.

SUIT, D.; PEREIRA, M. E. Vivência de estigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. **Psicologia USP**, v. 19, p. 317-340, 2008.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. 2011.

TAVARES, M. C. A. *et al.* Apoio social aos idosos com HIV/aids: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, 2019, p. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180168>>. Acesso em: 11 jan. 2021.

TEIXEIRA, L. D. *et al.* **Elementos de vulnerabilidade do idoso à infecção por HIV/aids: uma revisão integrativa da literatura**. Realize, 2015.

THOMAZ, M. T.; COELHO, A. K. Elevado Índice de Risco Nutricional Entre Idosos Portadores de Aids em um Hospital Público de Referência em DST/HIV- Aids em Belo Horizonte, MG. **International Journal of Nutrology**, v.11, n. 01, 2018.

TURGEON, J.; MICHAUD, V. Sistemas de apoio à decisão clínica: grandes promessas para uma melhor gestão da terapia medicamentosa dos pacientes. **Opinião de especialistas em metabolismo de drogas e toxicologia**, v. 12, n. 9, pág. 993-995, 2016.

TWEYA, H *et al.* (2017). Characteristics and outcomes of older HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy in Malawi: A retrospective observation cohort study. *PLoS One*, 12 (7).

UCHÔA, Y. S. *et al.* A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, p. 939-949, 2016.

UCHÔA, Y. S. *et al.* A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 939-949, 2016.

VALA, J.; CASTRO, P. Pensamento social e representações sociais. *In: Psicologia social*. 9ª ed. 2013.

VALLE, C. G. Identidades, doença e organização social: um estudo das pessoas vivendo com HIV e AIDS. **Horizontes Antropológicos**, v. 8, p. 179-210, 2002.

VERAS, R. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2007.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

VERAS, R. O modelo assistencial contemporâneo e inovador para os idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 1, 2020.

VERAS, R.; OLIVEIRA, M. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.

VIEIRA, C. P. B. *et al.* Tendência de infecções por HIV/Aids: aspectos da ocorrência em idosos entre 2008 e 2018. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

VIEIRA, G. D.; ALVES, T. C.; SOUSA, C. M. Análise dos dados epidemiológicos da aids em idosos no estado de Rondônia, Amazônia Ocidental. **DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 24, n. 1, p. 49-52, 2012.

VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 36, p. 196-209, 2016.

VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I. Percepção da Aids pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1951-1960, 2014.

VILLELA, A. B. A atualidade da psicanálise: do HIV à escuta pulsional. **Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)**, v. 35, n 29, p. 77-87, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-62952013000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 15 mar. 2021.

WARREN-JEANPIERE, L.; HEATHER, D; PILAR, H. Life begins at 60: Identifying the social support needs of African American women aging with HIV. *J Health Care Poor Underserved*. 28:389-405. 2017.

WEBER, R; PEREIRA, E. M. Halbwachs e a Memória: contribuição à História Cultural. **Territórios e Fronteiras**, v. 3, n. 1, p. 104-126, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Ageing and health. **Fact Sheet**, n. 404, 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>>. Acesso em: 4 jan. 2021.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. A via que facilita é a mesma que dificulta: estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família-ESF. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n.x p. 41-58, 2013.

ZIMERMAN, D. E. Grupos de educação médica. **GRUPOS**, p. 351, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
 Rua Bem-Querer, s/n-Vitória da Conquista-Bahia
 E-mail: pgmemorials@gmail.com. Telefone:(077)3425-9395.

Projeto: ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM O VÍRUS.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CONDIÇÕES DE SAÚDE REFERENTES À PESSOA IDOSA

Data ____/____/____

Iniciais da pessoa idosa _____

ENDEREÇO _____

A. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. GÊNERO: M () F ()

2. IDADE: _____ PESO _____ ALTURA _____

3. ESTADO CIVIL: () separado () união estável ()Solteiro ()Viúvo () Não sabe/não respondeu

4. FILHOS: () Não () Sim. Quantos _____

5. ESCOLARIDADE: Anos de estudo: _____

6. PROFISSÃO: _____

7. TIPO DERENDA: Valor individual: _____ Valor Familiar: _____

Fonte: () Aposentadoria () Pensão () Aposentadoria e pensão () Outros especifique

8. RELIGIÃO: () Católico () Evangélico () Espírita () Outra: _____

9. PESSOAS COM QUEM RESIDE NO DOMICÍLIO E AS RELAÇÕES DE PARENTESCO

B. CONDIÇÕES DE SAÚDE

1. Tempo de Diagnóstico _____

2. Possui Algum Familiar com o Mesmo Diagnóstico? _____

3. Possui outra doença ou problema de saúde? () Não () Sim

Quais: _____

Há quanto tempo? _____

4. Presença de sequelas? () Não Sim ()

Quais: _____

5. Nos últimos cinco anos, passou por internação hospitalar? () Não () Sim

Quanto tempo _____

Causa da internação _____

6. Faz tratamento? () Não () Sim

Quais: _____

Medicações de uso diário _____

Frequência de consulta médica _____

Com que frequência vai à Unidade Especializada? _____

7. Hábitos de Vida

7.1. Fuma ou já fumou alguma vez em sua vida? () Não () Sim

Quantos cigarros por dia? _____

Qual _____ tipo _____ de _____ cigarro

Tempo de abstinência _____

7.2. Faz uso de bebida alcoólica? () Não () Sim

Frequência e quantidade de uso _____

Tipo de bebida _____

Tempo de abstinência _____

7.3. Já fez ou faz uso de algum outro tipo de droga? () Não () Sim

Qual substância? _____

Tempo de abstinência _____

7.4. Realiza alguma atividade física? () Não () Sim

Tipo de atividade _____

Frequência Semanal _____

7.5. Recebe alguma orientação da equipe de saúde acerca da sua alimentação?

() Não Sim ()

Quais alimentos são recomendados? _____

8. Considera ter saúde? () Não () Sim

Obrigada!

Roteiro para Consulta ao Prontuário**ENVELHECER COM HIV: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM O VIRUS****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO****INICIAIS DO IDOSO:** _____**CÓD. DE IDENTIFICAÇÃO NA PESQUISA** _____**DATA DA COLETA:****HISTÓRIA CLÍNICA PREGRESSA****Idade de Diagnóstico** _____**Idade Atual** _____**Situação Referente à Descoberta da Condição Sorológica**

Forma de Transmissão _____**Adesão às consultas e Tratamento Medicamentoso** _____

Manifestação de Doenças Oportunistas

Internação Hospitalar por Conta da Doença

Descrição de Vida Sexual (Ativa/Inativa) e Uso de Preservativo

Outras Informações Relativas à Pesquisa

Roteiro para entrevista semiestruturada

ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM O VIRUS

Tema 1 - Analisar os conteúdos e estrutura representacional sobre o convívio com HIV/AIDS para a pessoa idosa.

Tema 1.1 - Registrar as Memórias dos idosos cuidadores sobre o período e as circunstâncias de suas vidas após contraírem o HIV/AIDS.

1-Gostaria que Sra.(o) falasse um pouco de como foi diagnosticado com HIV?

2-Fale como foi receber a notícia? Já havia suspeitado antes? Como se deu os primeiros sinais e sintomas que chamaram sua atenção?

3- Como foi seu caminhar até o serviço especializado? Sentiu alguma dificuldade em chegar até aqui no serviço?

4-A sra.(o) considera que alguma prática relacionada à sua sexualidade facilitou a transmissão da doença? Já se sentiu culpado?

5-Fale quais foram as principais mudanças em sua vida após estar convivendo como HIV?

6-Me fale como se dá a sua relação com a família?

6a-Amigos?

6b-Companheiro (a)?

7-Ouçõ muito falar sobre a necessidade de manter (segredo/sigilo) sobre a doença. O que significa o segredo para o Sra. (o), acha importante? Se sim, por quê?

8-Qual momento após o diagnóstico de HIV/AIDS considera ter sido a fase mais difícil até aqui?

9-Ouçõ falar sobre preconceito acerca da doença. O Sra. (o) considera ter sido discriminado

alguma vez em sua vida após seu diagnóstico?

10-Complete a frase com uma palavra: Conviver com HIV é

11-Que recomendação considera importante falar para as pessoas idosas que convivem com a doença?

12-Qual conselho daria aos idosos que têm vida sexual ativa e não têm HIV?

TEMA 2- Estratégias utilizadas e estilo de vida adotados pela pessoa idosa em sua vivência com o HIV/AIDS. Fatores que dificultam a adesão ao tratamento pós-diagnóstico.

13-Fale de que maneira se cuida em seu dia a dia.

14-Em sua opinião, quais são as maiores dificuldades de conviver com o HIV/AIDS?

15-Com relação a esses problemas, quais os cuidados que o(a) Sr(a). tem?

16-Em sua opinião, como foi sua adaptação às medicações? Teve dificuldade?

17-Me fale quantas medicações usa diariamente.

23-Como avalia sua relação afetiva e sexual com seu parceiro ao conviver com HIV/AIDS? (abordar o uso de preservativo). Usa Preservativo? Usava antes? Depois do Diagnóstico, praticou sexo sem preservativo?

24-Tem medo de alguma coisa em sua vida?

25-Existe algo mais que o(a) Sr(a). queira falar?

Fonte: autora da pesquisa.

APÊNDICE B - Miniexame do Estado Mental (MEEM)


Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
 Rua Bem-Querer, s/n-Vitória da Conquista-Bahia
 E-mail: ppgmemorials@gmail.com.Telefone:(077)3425-9395

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) (Normas sugeridas para o uso do MEEM segundo o Caderno de Atenção Básica nº 19: *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*, do Ministério da Saúde, 2007)

Objetivo: é um teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva.
Avaliações dos resultados: Pontuação total = 30 pontos. As notas de corte sugeridas são: Analfabetos = 19. 1 a 3 anos de escolaridade = 23. 4 a 7 anos de escolaridade = 24. > 7 anos de escolaridade = 28.
Providências com os achados/resultados: escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.

MINIEXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1. Orientação temporal (0 – 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O (a) Sr (a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	

4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0 - 2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	EM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0 - 2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade
Rua Bem-Querer, s/n-Vitória da Conquista-Bahia
E-mail: ppgmemorials@gmail.com. Telefone:(077)3425-9395.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Prezado(a) Senhor(a), somos Luciana Araújo dos Reis, Pollyanna Viana Lima e Alessandra Souza de Oliveira e estamos realizando um estudo sobre **ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM O VÍRUS**.

O(a) Sr(a). está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), desta pesquisa. Para participar deste estudo, o(a) Sr(a). não terá nenhum custo, também não receberá qualquer vantagem financeira. Suas dúvidas referentes a esta Pesquisa serão esclarecidas, e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma como é atendido pelos pesquisadores, que tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE** encontra-se impresso em duas vias originais de mesmo teor, sendo que uma será arquivada pelos pesquisadores responsáveis, e a outra será fornecida ao(a) senhor(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo à legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

A Pesquisa sobre **ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM O VÍRUS** tem por **objetivo geral**: Analisar as memórias e representações sociais da pessoa idosa sobre o HIV/AIDS, após a detecção e o convívio com o vírus. **Específicos**: Traçar perfil sociodemográfico e de saúde da pessoa idosa; Analisar os conteúdos e estrutura representacional sobre o convívio com o HIV/AIDS para o idoso; Desvelar as memórias da pessoa idosa sobre o período , e as circunstâncias de suas vidas de quando contraírem o

HIV/AIDS e nível de conhecimento sobre a doença antes do diagnóstico; Conhecer quais são os fatores que dificultam a adesão ao tratamento pós-diagnóstico; Apreender as estratégias desenvolvidas em sua vivência com o HIV/AIDS; Conhecer o nível de informações que os idosos detêm na atualidade sobre o assunto; Compreender as experiências e estilo de vida adotado após diagnóstico; Analisar o perfil biopsicossocial do idoso que convive com HIV/AIDS e a percepção da qualidade de vida. Este estudo justifica-se com base nos dados que apresentam o aumento no número de idosos convivendo com HIV/AIDS e os diversos problemas enfrentados no que concerne ao plano biológico e psicossociais destes que envelhecem convivendo com o vírus.

Considerando que toda pesquisa oferece RISCOS e BENEFÍCIOS, nesta pesquisa, estes envolvem os seguintes aspectos:

RISCOS: Por se tratar de um estudo com aplicação de questionários e entrevista, os possíveis riscos consistem em desconforto e/ou constrangimento ao responder às questões propostas, bem como a quebra da confidencialidade. Para minimizar tal risco, será assegurada ao participante autonomia plena, respeitando sua vontade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa.

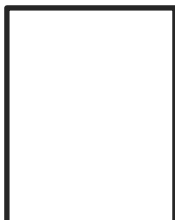
BENEFÍCIOS: Os resultados serão divulgados, seguindo os preceitos éticos da pesquisa, a fim de propor medidas preventivas e terapêuticas, que minimizem o estigma e preconceito e as dificuldades no tratamento e convívio com o HIV/AIDS por parte dos idosos que contraíram o vírus. Outrora, os resultados serão publicados em ambientes científicos, visto que se trata de um estudo inédito na região do sudoeste da Bahia, e que possivelmente trará à luz os dados deste fenômeno em toda a sua complexidade. Obedecendo à confidencialidade dos dados de indivíduos pesquisados, a confidencialidade dos dados dos indivíduos pesquisados será observada em todas as etapas do estudo.

Sua colaboração se fará de forma anônima, por meio de questionário com dados do perfil sociodemográfico e entrevista gravada com roteiro proposto para alcance dos objetivos almejados, com objetivos estritamente acadêmicos. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora.

Os resultados gerais obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos, incluída a sua publicação em congresso, em revista científica especializada e em livro.

Por este meio, solicito autorização para uso dos seus dados neste projeto de pesquisa, de forma voluntária, sem recebimento de qualquer incentivo financeiro ou qualquer ônus em

troca, conforme esclarecimentos informados sobre a pesquisa: **ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM O VÍRUS** pelas pesquisadoras responsável Luciana Araújo dos Reis, Pollyanna Viana Lima e Alessandra Souza de Oliveira. Informamos a isenção de despesas, bem como o seu ressarcimento, se houver.



Impressão Datiloscópica

Assinatura do Participante

Luciana Araújo dos Reis

Luciana Araújo dos Reis
Tel. (7 3)99142-7894
E-mail: lucianauesb@yahoo.com.br

Alessandra Souza de Oliveira

Alessandra Souza de Oliveira
Tel. (77) 99961-0616
E-mail: bahiale23@yahoo.com.br

Pollyanna Viana Lima

Pollyanna Viana Lima
Tel. (77)99121-8090
E-mail: polly_vl@yahoo.com.br

ENDEREÇO INSTITUCIONAL DAS PESQUISADORAS:

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia-UESB.

Av. Bem-Querer s/n

- Vitória da Conquista - BA

CEP: 45000 – 000

ENDEREÇO DO COMITÊ DE ÉTICA:

AV. São Luiz,31-Núcleo de pós-graduação, Pesquisa Extensão 2º Andar.

Vitória da Conquista – Bahia

Cep:45055-080

Fone: (077) 3161-1071

ANEXO

ANEXO A - Parecer de aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVELHECER COM HIV/AIDS: MEMÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE IDOSOS QUE CONVIVEM COM O VÍRUS

Pesquisador: LUCIANA ARAUJO DOS REIS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15021219.7.0000.5578

Instituição Proponente: FAINOR - FACULDADE INDEPENDENTE DO NORDESTE LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.394.696

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem por objetivo geral analisar as memórias da pessoa idosa sobre o HIV/AIDS após a detecção e o convívio com o vírus. Trata-se de um estudo de caráter exploratório, descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Este estudo será desenvolvido em um serviço de atendimento aos portadores de IST e do HIV/AIDS localizado em Vitória da Conquista, no interior da Bahia. Os participantes do estudo serão 80 pessoas idosas com 60 anos ou mais diagnosticados com o HIV/AIDS e que fazem tratamento no centro de referência no Município de Vitória da Conquista – BA. A coleta de dados será realizada mediante a aplicação dos seguintes instrumentos: 1. Mini-Exame do Estado Mental/MEEM; 2. Questionário sócio demográfico e econômico; 3. Questionário de Condições de Saúde; 4. Escala de Ansiedade de Beck; 5. Escala de Depressão Geriátrica; 6. Whoqol-HIV. 7. Questionário para coleta em prontuário; 8. Roteiro para entrevista semiestruturada. A análise e interpretação dos dados serão submetidas ao Software Nvivo e após seleção das categorias essas serão analisadas a luz da análise de conteúdo de Bardin. Para análise dos dados quantitativos será utilizado o programa estatístico Statistical Package for Social Science – SPSS (versão 22.0, Chigago, IL, EUA). As

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candeias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br



Continuação do Parecer: 3.394.696

variáveis serão apresentadas por meio de frequências e porcentagens e por média e desvio-padrão (M±DP). Será utilizado o teste t de Student, para variáveis com distribuição normal, adotando-se o nível de significância de 0,05. Serão calculados intervalos de confiança (IC) de 95%.

Objetivo da Pesquisa:

- Analisar as memórias da pessoa idosa sobre o HIV/AIDS após a detecção e o convívio com o vírus.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa prevê risco mínimo aos participantes, pois toda pesquisa implica em algum risco aos participantes. Desse modo, considerando que a pesquisa terá como instrumento de investigação a aplicação de um questionário, sendo esta uma técnica de coleta que não possibilita maiores riscos aos participantes, concluímos que esta é considerada de risco mínimo. Na ocorrência de algum desconforto será dado ao idoso a opção de não responder a questão.

Benefícios:

O benefício direto do presente estudo aos participantes da pesquisa diz respeito a levantamento de questões saúde e sociais que poderão direcionar um melhor cuidado a estes com consequente melhoria da qualidade de vida. Como benefício o estudo apresenta ainda a possibilidade de servir de base para elaboração de novas pesquisas e a promoção de ações que possibilitem a melhoria da população idosa em geral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante de importante impacto social na vida dos pacientes portadores de HIV

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados de forma correta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candeias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br



FACULDADE INDEPENDENTE
DO NORDESTE - FAINOR

Continuação do Parecer: 3.394.696

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1361692.pdf	03/06/2019 22:02:53		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.jpg	03/06/2019 22:02:18	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	27/05/2019 15:30:12	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/05/2019 15:30:01	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaparti.pdf	27/05/2019 15:28:41	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
Outros	Carta.pdf	27/05/2019 15:28:07	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocep.pdf	21/05/2019 15:28:18	LUCIANA ARAUJO DOS REIS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITÓRIA DA CONQUISTA, 16 de Junho de 2019

Assinado por:
Geffer Thiago Batista Correa
(Coordenador(a))

Endereço: Av. São Luiz, nº 31 Núcleo de Pós-Graduação, Pesquisa Extensão 2º andar
Bairro: Bairro Candeias **CEP:** 45.055-080
UF: BA **Município:** VITÓRIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3161-1071 **E-mail:** cep@fainor.com.br