

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Laura Berriel da Silva

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HIV/AIDS PARA MULHERES IDOSAS

Juiz de Fora
2014

Laura Berriel da Silva

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HIV/AIDS PARA MULHERES IDOSAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre. Área de concentração: Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Girlene Alves da Silva

**Juiz de Fora
2014**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Silva, Laura Berriel da.
Representações Sociais do HI/AIDS para mulheres idosas /
Laura Berriel da Silva. -- 2014.
131 p. : il.

Orientadora: Girlene Alves da Silva
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Enfermagem. 2. AIDS. 3. Envelhecimento. 4. Saúde do
Idoso. I. Silva, Girlene Alves da, orient. II. Título.

Laura Berriel da Silva

“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HIV/AIDS PARA MULHERES IDOSAS”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em 11 / 09 /2014

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Girlene Alves da Silva (Orientadora)

Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Mirian Santos Paiva

Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Geovana Brandão Santana Almeida

Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho às mulheres que compartilharam sua vida, suas atitudes, seus preceitos e suas histórias para tornarem possível esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Neste momento, ao término de mais uma etapa da minha vida, permito-me olhar para trás e relembrar todos aqueles que me apoiaram e me ajudaram a chegar até aqui. Utilizo este pequeno texto para expressar minha gratidão a todos que tornaram este momento possível.

Primeiramente agradeço a Deus, por desde o princípio da minha vida, ter me permitido conviver com pessoas tão maravilhosas e me expor às experiências de vida que formaram quem sou hoje. Obrigada por nunca ter deixado uma oração sem resposta e sempre me colocar na direção certa.

Agradeço aos meus pais, Adjar Augusto Berriel da Silva e Flávia Mariano da Silva. Pelo apoio, pelos conselhos e por sempre me ensinarem a lutar e seguir em busca dos meus sonhos. Nada nunca foi impossível pra vocês! Obrigada por demonstrarem apoio incondicional e por sempre garantir o meu porto seguro no momento da tempestade. Sou fã de vocês.

Ao meu marido, Thiago Schmier da Silva, pelo apoio, pelo ombro amigo, por compreender minhas ausências e pela ajuda direta dedicada em todas as etapas deste trabalho. Há quase dois anos a “família Silva” ganhou um grande reforço!

À uma grande amiga, Dr^a Elizabeth de Souza Neves, a minha primeira orientadora e pessoa responsável pelo meu despertar para pesquisa. Obrigada por todo o apoio e por me ensinar o quanto a pesquisa é gratificante!

À minha orientadora, Girlene Alves da Silva, por me dar liberdade de decisão e permitir que pesquisasse sobre o objeto que realmente me motiva.

À Prof^a Geovana por todas as recomendações que só trouxeram enriquecimento a esta pesquisa.

À Prof^a Mirian Santos Paiva, que desde o primeiro momento, ainda na elaboração do projeto, se colocou à disposição para descobrirmos mais um aspecto de fazer pesquisa. Aprendemos muito.

À Prof^a Geane Freitas de Oliveira que na condição de suplente nas etapas de projeto e qualificação trouxe contribuições valiosas para o resultado dessa pesquisa.

Aos funcionários da Casa de Saúde do Idoso em Valença – RJ. Pela ajuda no recrutamento e pela paciência, pois não é fácil trabalhar com uma mestranda! Obrigada por terem se permitido participar de algo novo para a unidade.

Se o sábio lhes der ouvidos, aumentará seu
conhecimento, e quem tem discernimento
obterá orientação...

“Provérbios 1:5”

RESUMO

A AIDS é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, devido ao seu caráter pandêmico e sua gravidade. Hoje a AIDS é marcada pela feminização, heterossexualização, interiorização, envelhecimento, baixa escolarização e pauperização. O Brasil está caminhando rapidamente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido e o aumento da expectativa de vida tem sido uma preocupação e campo de muitas discussões. O envelhecimento saudável e a redução de doenças crônicas incapacitantes contribuiu para continuidade e qualidade no desempenho sexual desta população específica. Entretanto, a continuidade da vida sexual desencadeou o aumento de idosos infectados pelo HIV. Nesta investigação, o objeto de estudo são as representações sociais de mulheres idosas acerca do HIV/AIDS. Tem como objetivos: analisar as representações sociais de mulheres Idosas atendidas em uma instituição de saúde direcionada ao atendimento à pessoa idosa em uma cidade do interior do Rio de Janeiro sobre o HIV/AIDS; descrever os saberes e a utilização destes para reduzir sua vulnerabilidade à contaminação e ao adoecimento pelo HIV/AIDS e identificar como das Representações Sociais influenciam na vulnerabilidade a adoecimento pelo HIV/AIDS. Pesquisa de abordagem multimétodos com análise qualitativa, descritiva baseada na Teoria das Representações Sociais. O cenário foi a Instituição de Saúde Responsável pela atenção à Saúde do idoso na rede pública de saúde, em um município na região do Vale do Paraíba Fluminense. Foram utilizadas duas técnicas para coleta de dados. A primeira técnica utilizada foi a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) e a segunda, entrevista não estruturada. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2013 e março de 2014 Participaram do estudo 103 mulheres com idade entre 60 e 84 anos. As categorias de análise foram denominadas de: a representação da AIDS como doença; representações do HIV/AIDS como doença do outro; saberes das mulheres sobre HIV/AIDS; As mulheres e suas representações sobre o uso do preservativo e Fontes de informação. O acesso aos saberes científicos por meio dos profissionais de saúde e o conhecimento elaborado pelos atores sociais no grupo onde as mulheres estão inseridas permite com que estas teçam suas tramas no emaranhado da realidade individual e coletiva percebida. A vulnerabilidade do sexo feminino foi uma questão evidente nas situações de vida encontradas. Principalmente em uma faixa etária na qual estas mulheres ainda carregam o estigma da submissão e da assexualidade, ambos emergentes nos discursos. Nos quais as mulheres consideram um tabu a sexualidade em sua faixa etária e mesmo com a desconfiança em relação ao parceiro,

preferem permanecer no relacionamento sem reclamar. Resultando na pouca adesão a práticas preventivas como o uso do preservativo, devido à recusa masculina. A constatação dessa realidade evidencia a prioridade na elaboração de políticas públicas voltadas a esse público específico, para que as práticas preventivas sejam efetivamente incorporadas nas representações dessas mulheres.

Palavras chave: Enfermagem. AIDS. Envelhecimento. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

AIDS is a disease caused by the human immunodeficiency virus that is one of the biggest health problems today, because of its pandemic character and severity. Today AIDS is marked by feminization, heterosexual, internalization, aging, low education and pauperization. Brazil is quickly moving toward an increasingly aging demographic profile and the increase in life expectancy has been a concern of many discussions. Healthy aging and the reduction of chronic diseases contributed to continuity and quality of sexual performance in this specific population. However, the continuity of sexual life triggered the increase of elderly HIV-infected. In this research, the object of study are the social representations of older women about HIV/AIDS. Aims to: analyze the social representations of aged women who attended a health institution directed to care for the elderly in a town on the Rio de Janeiro on HIV/AIDS; describe the knowledge and use these to reduce their vulnerability to contamination and illness caused by HIV/AIDS and how to identify the social representations influence on vulnerability to illness caused by HIV/AIDS. Multimethod research approach with a qualitative, descriptive analysis based on the Theory of Social Representations. The scenario was the institution responsible for health care for the elderly in public health Health in town in the Vale do Paraíba Fluminense region. Two techniques for data collection were used. The first technique used was the technique of free association of words (TALP) and the second, unstructured interview. Data collection was carried out between October 2013 and March 2014 participated in the study 103 women aged between 60 and 84 years. The categories were named: the representation of AIDS as a disease; representations of HIV/AIDS as a disease of other people; knowledge of women about HIV/AIDS; Women and their representations about condom use and sources of information. Access to scientific knowledge by health professionals and the knowledge produced by social actors in the group where women are inserted to allow these weave their webs in the tangle of individual and collective perceived reality. The vulnerability of the female sex was an obvious issue in life situations encountered. Especially in an age group in which these women still carry the stigma of submission and asexuality, both emerging discourses. In which women consider taboo sexuality in her age group and even to the distrust toward the partner, prefer to remain in the relationship without complaint. Resulting in poor adherence to preventive practices such as condom use, male due to refusal.

Keywords: Nursing. AIDS. Aging. Health of the Elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Representação em frequência numérica da idade das participantes do estudo.....	47
Gráfico 2 - Gráfico representativo da proporção das técnicas utilizadas na amostra.....	48
Gráfico 3 - Proporção entre os momentos de recrutamento da pesquisa.	48
Gráfico 4 - Demonstrativo do tempo de estudo em anos das participantes da pesquisa.	53
Gráfico 5 - Evidencia apresentação da curva normal na distribuição de número de filhos por mulher.....	56
Gráfico 6 - Proporção entre mulheres aposentadas e não aposentadas na amostra.	57
Gráfico 7 - Apresenta a distribuição das participantes da pesquisa pelo tempo de aposentadoria em anos.	58
Quadro 1 - Demonstrativo dos estímulos indutores utilizados para as evocações e suas respectivas classificações ordinárias.	60
Gráfico 8 - Representação gráfica (Fatores 1 e 2) da AFC das RS sobre HIV/Aids para mulheres idosas.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Relação entre estado civil e vida sexual ativa.....	49
Tabela 2 -	Relação entre possuir companheiro e ter vida sexual ativa.....	51
Tabela 3 -	Representação e porcentagem do estado de origem das participantes da pesquisa.....	52
Tabela 4 -	Representação do nível de escolaridade das participantes da pesquisa.....	54
Tabela 5 -	Escolaridade versus informação e adesão ao uso de preservativo pelas mulheres entrevistadas.....	55
Tabela 6 -	Enquadramento das participantes do estudo em categorias profissionais.....	59

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
CDC	<i>Center for Disease Control</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HPV	<i>Human Papiloma Virus</i> (vírus do papiloma humano)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISTs	Infecções sexualmente transmissíveis
ITTs	Infecções transmitidas por transfusões
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIM	Sistema de informação de mortalidade
SINAN	Sistema de informação de agravos de notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	Técnica de Associação livre de palavras
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 O HIV/AIDS E SUA HISTÓRIA.....	19
3 POLÍTICAS DIRECIONADAS À PESSOA IDOSA.....	24
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	30
A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO	30
5 O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO.....	39
O MÉTODO ESCOLHIDO PARA A PESQUISA.....	39
CENÁRIO DA PESQUISA.....	40
SUJEITOS DA PESQUISA.....	41
ESTRATÉGIA DE COLETA DOS DADOS.....	42
ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	44
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS ACHADOS DA PESQUISA.....	46
CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	46
ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SEGUNDO A TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.....	60
REPRESENTAÇÃO DA AIDS ENQUANTO DOENÇA.....	69
REPRESENTAÇÕES DO HIV/AIDS COMO DOENÇA DO OUTRO.....	76
SABERES DAS MULHERES SOBRE HIV/AIDS.....	82
AS MULHERES E SUAS REPRESENTAÇÕES SOBRE O USO DO PRESERVATIVO.....	88
AS MULHERES E AS FONTES DE SABERES.....	97
7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	102
REFERÊNCIAS.....	105
APÊNDICES	116
ANEXOS.....	123

1 INTRODUÇÃO

A AIDS ou SIDA (Síndrome da Imunodeficiência adquirida) é uma doença causada pelo vírus do HIV que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, devido ao seu caráter pandêmico e sua gravidade (BRASIL, 2006).

A história oficial da AIDS remete-se ao início da década de 80, com o surgimento de pessoas com quadro de imunodepressão nas cidades de Nova Iorque, Los Angeles e São Francisco, configurando-se posteriormente em uma infecção causada pelo vírus HIV, identificado em 1983. A descoberta desta doença causou grande impacto científico e social, pelo fato de ser infecciosa letal e desconhecida, acometendo inicialmente grupos específicos (FERREIRA; SILVA, 2012).

Como, inicialmente, a incidência era quase exclusiva entre os *gays*, promoveram-se buscas por uma ligação entre a homossexualidade e a AIDS. Havia então um fator de risco associado a grupos aparentemente delimitados. (DAMASCENO *et al*, 2009).

No início da epidemia, a AIDS era considerada doença que atingia um grupo restrito, o denominado “grupo de risco”, do qual faziam parte homossexuais, hemofílicos, além dos profissionais do sexo. O uso dessa expressão marcaria a construção histórica, cultural, imaginária e social da AIDS (GOMES *et al*, 2011). Tanto que houve a adoção temporária do nome “Doença dos 5 H”, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (nome em inglês dado às profissionais do sexo) (BRASIL, 2012 b).

O Brasil possui uma extensa e heterogênea área territorial. A epidemia da AIDS no país concentra-se em determinadas regiões do país e em subpopulações específicas. A epidemia, aparentemente homogênea e estável, oculta uma complexa trama que permite destacar certas regiões e populações como expostas a altos riscos de infecção (TEIXEIRA *et al*, 2014).

As informações sobre a AIDS saíram muito rápido do campo dos especialistas, isto é, universo reificado, para ser retomado pela mídia e contribuir para a sociedade assistir não somente ao nascimento de uma nova doença, mas à verdadeira construção social do “fenômeno AIDS” em seu universo consensual (SILVA; TAKAHASHI, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011) a epidemia de HIV na América Latina está geralmente estável. Houve uma estável diminuição na incidência anual de pessoas com HIV desde 1996 até o início da década de 2000. Desde então, o número estimado anualmente de pessoas adquirindo HIV no mundo, varia entre 99000 e 100000 (WHO, 2011).

O Brasil é o país mais populoso da América Latina e possui um terço das pessoas portadoras de HIV na América Central e América do Sul. Entretanto, a prevalência de HIV em adultos nunca tenha alcançado 1% da população geral. Este fato deve-se a ações programáticas de prevenção contra o contágio do HIV para homens que têm relação sexual com homens, mulheres profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Estas ações evitaram um potencial aumento na prevalência da epidemia no país (WHO, 2011).

A Taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), declarados no Sistema de informação de mortalidade (SIM) no Rio de Janeiro foi de 31,5 em 2011. O número de casos de AIDS em todo o Brasil no sexo masculino em 2012 foi de 11162 e 6648 para o sexo feminino. E a taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de AIDS notificados no Sinan, declarados no SIM, segundo sexo e faixa etária acima de 60 anos por ano de diagnóstico em 2011 é de 25,9 no sexo masculino e 14,7 no sexo feminino. O número de casos de homens com 60 ou mais em 2000 era de 447 contra 432 casos em 2012 e de 235 em 2000 contra 307 em 2012 para mulheres com 60 anos ou mais (BRASIL, 2012 b).

A sociedade brasileira e sua marcante desigualdade social evidenciam atualmente a AIDS como uma epidemia de múltiplas dimensões que sofre, ao longo do tempo, transformações significativas em seu perfil epidemiológico. Hoje a AIDS é marcada pela feminização, heterossexualização, interiorização, envelhecimento, baixa escolarização e pauperização (BOLETIM MERCOSUL, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a pessoa idosa com base na resolução 39/125 da Organização das Nações Unidas (ONU, 1982), que considera idoso todo aquele com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. No Brasil é considerada pessoa idosa toda aquela que apresenta idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2010 a). De acordo com dados Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o último Censo realizado no ano de 2010 registrou o número de idosos em 20.590.599, o que corresponde a 10,8% da população do país (IBGE, 2010).

O Brasil está caminhando rapidamente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido (MORAES, 2012), seguindo a tendência mundial de envelhecimento populacional, que é descrito como “um fenômeno natural, irreversível e mundial” (BRASIL, 2010 a). Projeções estatísticas da OMS afirmam que o país possuirá a sexta maior população de idosos no mundo, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (OMS, 2005).

Segundo a OMS, o termo “saúde” refere-se ao bem-estar físico, mental e social. Logo, as políticas e programas de saúde em relação à população idosa devem promover a saúde mental e relações sociais, pois estas são tão importantes quanto aquelas que melhoram as condições físicas de saúde. (OMS, 2005). A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2010 a), busca conseguir a recuperação, a manutenção de um bom estado de saúde e a promoção da autonomia e da independência física, psíquica e social. Assim como estratégias de prevenção, promoção com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida da população idosa (OMS, 2005).

A melhoria da qualidade de vida no Brasil, teve como consequência o crescimento da população idosa. Em decorrência da mudança desse perfil demográfico a concepção social de envelhecimento na pós modernidade vêm se transformando e o significado da palavra velhice está cada vez mais se desvinculando da idade. Assim como afirma Rougemont (2012, p. 13) “as idades, enquanto elementos fundamentais na organização e na cultura da sociedade, participam de sua dinâmica, passando por um processo de construção e desconstrução e modificando seus significados”.

Atualmente, principalmente entre a população acima de 60 anos, há a distinção entre envelhecimento e velhice. A construção do termo “ser velho” traz ideia pejorativa, demonstrando incapacidade e inutilidade, enquanto o “envelhecimento” é acompanhado da experiência adquirida de forma prática. Assim como afirma Rougemont (2012, p. 17):

Aquele que é experiente, sábio e maduro envelheceu, mas não se tornou “velho”. Envelhecer é biológico, ficar velho depende da pessoa, de seu comportamento e de saber usar a experiência de vida para não se tornar um estereótipo de velho, dando significado pessoal à sua trajetória de vida. A velhice pode ser percebida nesse discurso como uma condição de vida, com elementos variantes que dependem das condutas adotadas pelos indivíduos.

O envelhecimento é um processo multidimensional que engloba uma série de fatores e que devem ser compreendidos levando-se em consideração tanto os aspectos biológicos, quanto os psíquicos e socioculturais da população. A compreensão do envelhecimento deve

ir além de uma abordagem multidimensional que forneça uma visão global da situação social e de saúde da pessoa idosa. E em virtude do seu caráter eminentemente interdisciplinar, esta abordagem necessita articular-se com “uma diversidade de disciplinas e correntes teóricas, como: a Antropologia, a Sociologia, a Psicologia, a Etnologia e a Medicina Social” (OLIVEIRA *et al*, 2012, p. 428).

O aumento da expectativa de vida, no século XXI, tem sido uma preocupação e campo de muitas discussões. No entanto, vários esforços acabam sendo centralizados em pesquisas voltadas para o aumento da longevidade humana, evidenciando a carência em pesquisas que buscam a compreensão da longevidade e o quanto isto tem afetado os indivíduos e a sociedade (PATRICIO *et al*, 2008).

Apesar da maior incidência de doenças nesta faixa etária estar relacionada às doenças cardiovasculares e crônicas em geral (IBGE, 2009), o índice de HIV em pessoas com 50 anos ou mais tem aumentado substancialmente nos últimos anos (BOLETIM MERCOSUL, 2012).

O envelhecimento saudável e a redução de doenças crônicas incapacitantes contribuiu para continuidade e qualidade no desempenho sexual desta população específica. Entretanto, a continuidade da vida sexual desencadeou o aumento de idosos infectados pelo HIV. Como reforça Pereira *et al* (2013, p.1) “o número de idosos diagnosticados como portadores de AIDS no Brasil era de 13.414 casos em 2010”.

A persistência do estereótipo de “pessoas idosas assexuadas” esconde o novo perfil da população idosa, há estudos a respeito da atividade sexual entre idosos que mostram um percentual elevado de indivíduos pertencentes à esta faixa etária envolvidos em um ou mais relacionamentos sexuais.

Pois, desde que os indivíduos idosos não tenham processos patológicos severos, nada impede a continuidade da vida sexual de forma prazerosa. Com o aumento da proporção de indivíduos de idade mais avançada infectados com o HIV e o subsequente aumento do número de casos de AIDS nesse segmento populacional. É importante considerar que a população nesta faixa etária tem no mínimo o sexo desprotegido como um fator de risco para contrair o HIV (MELO *et al*, 2012).

Percebe-se ainda uma lacuna em relação a estudos sobre a sexualidade, atividade sexual e prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis na população com faixa etária entre 50 e 60 anos de idade. Em tese as políticas de saúde direcionadas a população adulta cobre pessoas até 59 anos, porém percebemos que na prática essa população está vulnerável

ao adoecimento. Mulheres nesta faixa etária não estão incluídas nas ações dos trabalhadores da saúde quando se trata de questões direcionadas à saúde reprodutiva e prevenção de ISTs, da mesma forma que ainda não estão de acordo com a faixa etária classificada como pessoa idosa.

O conhecimento das Representações Sociais pode trazer subsídios para o fortalecimento de um novo modelo de atenção à saúde. Daí sua importância para a pesquisa em saúde, pois considera os aspectos psicossociais do processo saúde doença na vida dos diversos grupos sociais. Na enfermagem, as pesquisas trazem contribuições reconhecidas, com temáticas envolvendo o processo de cuidar do ser humano, processo de trabalho, a dimensão educativa em enfermagem e saúde, entre outros (SILVA, MARTINI; BECKER, 2011).

A enfermagem que, de acordo com seu código de ética profissional, respeita a dignidade dos seres humanos e está comprometida com a saúde e qualidade de vida não só do indivíduo (pessoa), mas também da família e coletividade (BRASIL, 2007). Contribui com a melhora do conhecimento sobre prevenção do HIV para a pessoa idosa, através da consulta de enfermagem, que é feita privativamente pelo enfermeiro, participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde (BRASÍLIA, 1986) e realização de grupos com todos os profissionais da equipe de saúde.

Nestes grupos os idosos podem expressar suas dúvidas e inquietações sobre a doença no mesmo ambiente onde os profissionais de saúde podem atentar à escuta destas preocupações, com a finalidade de propor questões que facilitem a reflexão e adoção de práticas seguras, buscando a promoção da saúde e qualidade de vida indivíduo (BRASIL, 2007).

De acordo com Reis e Gir (2002, p. 377):

A enfermagem tem papel fundamental no controle das IST/aids, seja desenvolvendo atividades de promoção e prevenção das mesmas intervindo individualmente, na família ou na comunidade, ou detectando fatores e situações de risco, promovendo educação em saúde, contribuindo para o diagnóstico precoce, adesão e tratamento efetivo do paciente e seu parceiro sexual. Além disso, se responsabiliza para o acolhimento do paciente, seja prestando cuidado ou coordenando outros setores para a prestação da assistência

No exercício da minha atividade laboral em uma Unidade de Saúde responsável pela assistência à pessoa idosa em cidade no interior do estado do Rio de Janeiro, através da realização de consultas de enfermagem para preventivo ginecológico, percebemos que, diferente do estereótipo vigente, as pessoas idosas mantêm vida sexual ativa, pois desde que não haja morbidades que impeçam uma vida sexual saudável, esta é completamente possível.

Porém percebemos que estas idosas não se apropriam adequadamente dos conhecimentos sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV. Seja por vergonha de falar sobre o assunto com familiares ou profissionais de saúde ou por achar que são doenças que não acometem a terceira idade.

A cidade escolhida para esta investigação possui em sua maioria instituições de saúde públicas municipais (66,7%) e uma pirâmide etária que reflete a transição demográfica que vêm ocorrendo no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil. Com uma população de idosos de 7911 habitantes (4632 mulheres e 3279 homens), isto é, 11,01% da população desta cidade é idosa (IBGE), acredita-se que tem um perfil relevante para esta pesquisa.

Para a investigação proposta nesta pesquisa algumas questões trouxeram inquietação. Dentre as questões a que mais se destacou foi a seguinte questão norteadora: Os idosos têm conhecimento das práticas de prevenção para o HIV e percebem-se vulneráveis a contaminação pelo o mesmo?

Partindo desta premissa, nesta investigação, serão utilizados como objeto de estudo as representações sociais de mulheres idosas atendidas em uma instituição de saúde em uma cidade do interior do Rio de Janeiro acerca do HIV/AIDS.

Diante do objeto de estudo exposto esta pesquisa terá como objetivos:

- Analisar as representações sociais de mulheres Idosas atendidas em uma instituição de saúde direcionada ao atendimento à pessoa idosa em uma cidade do interior do Rio de Janeiro sobre o HIV/AIDS.
- Descrever os saberes das idosas atendidas nesta mesma instituição sobre o HIV/AIDS e a utilização desses saberes para reduzir sua vulnerabilidade à contaminação e ao adoecimento pelo HIV/AIDS.
- Identificar as relações das Representações Sociais sobre o HIV/AIDS com a vulnerabilidade de mulheres idosas de uma cidade no interior do Rio de Janeiro.

2 O HIV/AIDS E SUA HISTÓRIA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), também conhecida como AIDS, é a doença causada pelo vírus HIV, e representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, devido ao seu caráter pandêmico e sua gravidade (BRASIL, 2010 b). A epidemia afeta todos os grupos sociais e as pessoas portadoras do HIV/AIDS além de conviver com as implicações físicas e biológicas, precisam superar também as implicações sociais, espirituais, psicoemocionais, e enfrentam sobretudo, o caráter estigmatizante de uma infecção que envolve a dimensão comportamental do indivíduo (REIS e GIR, 2002).

A AIDS foi descrita pela primeira vez no final de 1980 e início de 1981, nos EUA, quando médicos das cidades de Los Angeles, Nova Iorque e São Francisco observaram prevalência elevada de indivíduos adultos do sexo masculino com comprometimento do sistema imune. Simultaneamente, foi descrito um surto de Sarcoma de Kaposi em adultos jovens homossexuais nas mesmas cidades, levando a conclusão de que uma nova doença surgira. Todos estes pacientes apresentavam um defeito seletivo nas células mediadoras do sistema imune, evidenciados pela baixa quantidade de Linfócitos T CD4 e infecções oportunistas (MANDELL e BENETT, 2005).

No Brasil foi identificada pela primeira vez em 1982, em pacientes homo e em bissexuais. Há alguns anos um caso foi reconhecido retrospectivamente como tendo ocorrido em 1980 no estado de São Paulo (BRASIL, 2006 b).

O período entre 1981 e 1984 corresponde aos primeiros contatos com a “nova entidade clínica”, que veio chamar a atenção dos serviços de saúde, principalmente dos centros de investigação epidemiológica, como o *Center for Disease Control* (CDC), estes centros buscavam de imediato os fatores de risco associados à doença a fim de traçar um perfil epidemiológico e clínico. O vírus do HIV tipo I foi isolado somente em 1983, de pacientes com AIDS pelo pesquisador Luc Montaigner, na França e Robert Gallo, nos EUA. Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-I, denominado então HIV-II (BRASIL, 2006 b).

A transmissão do vírus pode ocorrer por via sexual (através do esperma e secreção vaginal), pelo sangue (via parenteral ou vertical) e pelo leite materno (BRASIL, 2010 b). Desde o momento de aquisição da infecção o portador do HIV já se torna um transmissor

em potencial. Indivíduos com infecção aguda ou imunossupressão avançada possuem carga viral elevada e conseqüentemente maior facilidade para transmissão do vírus (BRASIL, 2010 b).

Alguns processos infecciosos e inflamatórios favorecem a infecção pelo HIV, como exemplo, doenças sexualmente transmissíveis como sífilis, herpes genital, cancro mole, gonorreia, HPV, entre outras (BRASIL, 2010 b). Por este motivo, em caso de infecção por alguma destas doenças deve-se investigar a infecção de HIV associada (BRASIL, 2008).

Outros fatores de risco associados aos mecanismos de transmissão do HIV são: a prática sexual desprotegida; a utilização ou recepção de sangue e seus derivados, órgão ou sêmen não testados; a reutilização de agulhas ou seringas e seu compartilhamento, acidente ocupacional com instrumentos perfuro cortantes contaminados; e a transmissão vertical através de mãe soropositiva que não realiza tratamento (BRASIL, 2010 b).

De acordo com Adam e Herzlich (2001, p. 136):

A AIDS colocou em evidência, mais do que em qualquer outra infecção, os limites de um sistema médico centralizado...” “... foi também ocasião de importantes modificações nas relações médico-paciente, estas assumindo, em certos casos, a forma de uma verdadeira parceria.

A AIDS é a primeira doença na qual a história médica e social se desenvolveu paralelamente este fato ocorreu devido ao desconhecimento de sua clínica e forma de transmissão. O que se sabia sobre a transmissão da doença e de suas vítimas favoreceu, em particular, a eclosão de duas concepções: a primeira do tipo moral e social e a segunda do tipo biológico (GOMES *et al*, 2012).

Era evidente a influência que estas duas concepções exerciam sobre os comportamentos e relações íntimas com as pessoas afetadas pela doença. A falta de informação e a incerteza da ciência favoreceram o surgimento de tais representações que circulavam entre as pessoas e meios de comunicação (GOMES *et al*, 2012).

No início da epidemia, a AIDS era considerada doença que atingia um grupo restrito, o denominado “grupo de risco”, do qual faziam parte homossexuais, hemofílicos, além dos profissionais do sexo (GOMES *et al*, 2011). Porém o uso destas expressões marcaria a construção histórica, cultural, imaginária e social da AIDS até os dias de hoje (GOMES *et al*, 2011). Para Adam e Herzlich (2001, p. 136) “a AIDS colocou em evidência, mais do que em qualquer outra infecção, os limites de um sistema médico centralizado...”.

Esta foi também a ocasião de modificações importantes nas relações entre os profissionais da saúde e os pacientes, estes assumindo, em certos casos, uma verdadeira

relação de parceria. Para os autores, houve um esforço para a produção de uma imagem positiva do portador de HIV que se deu através de uma “ofensiva global” contra a ideia divulgada no começo da epidemia. “O HIV era denominado o “câncer gay”, sempre associado à morte” (ADAM; HERZLICH, 2001, p 135).

A ideia de grupo de risco só veio a ser repensada após o isolamento do HIV em 1983 quando, então, surgiram evidências de que a epidemia não se limitava a grupos ou a regiões, estabelecendo o caráter transmissível da doença (DAMASCENO et al, 2009). Associando-se posteriormente ao termo “comportamento de risco”, modelo fortemente criticado por culpabilizar o indivíduo por ter falhado nos esforços de prevenção e/ou proteção. Este conceito foi substituído pelo conceito atual de vulnerabilidade, pois a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento é resultante de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais (AYRES *et al*, 2006).

A susceptibilidade das pessoas ao HIV/AIDS perpassa contextos de vulnerabilidade e questões que ao longo dos anos demarcou mudanças no padrão epidemiológico incluindo grupos, inicialmente não considerados como susceptíveis (RODRIGUES et al, 2012).

De acordo com Rodrigues *et al* (2012, p. 350):

O conceito de vulnerabilidade, oriundo da área dos Direitos Humanos, adentra o campo da saúde em 1992, considera que a exposição das pessoas ao adoecimento é resultante da interação de aspectos que envolvem três dimensões as quais estão intimamente interligadas: individuais, programáticas e sociais. O caráter multidisciplinar da vulnerabilidade inclui a detecção simultânea de fragilidades e da capacidade de enfrentamento dos problemas/agravos de saúde possibilitando inovações na atenção à saúde e permitindo atendimento às necessidades de saúde para além das questões de ordem física, clínica e biológica...

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011) a epidemia de HIV na América Latina atualmente está estável. Pois houve uma estável diminuição na incidência anual de pessoas com HIV desde 1996 até o início da década de 2000 (WHO, 2011).

O Brasil é o país mais populoso da América Latina e possui um terço das pessoas portadoras do vírus HIV na América Central e América do Sul. Entretanto, a prevalência de HIV em adultos nunca tenha alcançado 1% da população geral. Ações programáticas de prevenção contra o contágio do HIV para homens que têm relação sexual com homens, mulheres profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis, são responsáveis por evitar um potencial aumento na prevalência da epidemia (WHO, 2011).

Estudos demonstram que quanto mais baixo o nível de escolaridade em mulheres, maior a vulnerabilidade ao vírus do HIV, os homens se apresentam menos favoráveis que as mulheres em relação à prevenção, possivelmente a maior inclinação à prevenção pode estar ligada ao papel de cuidadora atribuído socialmente às mulheres pela sociedade (CAMARGO *et al*, 2009).

Além disso, participantes que têm uma prática religiosa são mais favoráveis a prevenção. Possivelmente devido à transferência da predisposição à obediência, da instituição religiosa para os programas e apelos relativos à prevenção. Também é comprovado que o fato de conversar sobre a sexualidade é um bom indicador para o início das práticas de prevenção, por razões óbvias de transferência de informações e influência social (CAMARGO *et al*, 2009).

A maior concentração de casos no Brasil ocorre nas cidades costeiras e nas grandes áreas metropolitanas. Logo, a epidemia permanece concentrada nas grandes cidades, com pequenas oscilações de casos em cidades do interior devido às dinâmicas migratórias do país. Exibindo uma combinação heterogênea, estável de declínio e expansão que ocorre de formas diferentes nas diversas regiões do país (TEIXEIRA *et al*. 2014).

De acordo com Teixeira *et al* (2014) a nível territorial brasileiro, a epidemia tem apenas se expandindo nas regiões Norte e Nordeste, enquanto declina nas outras regiões do país, principalmente no Sudeste. Quanto à mortalidade, o declínio evidenciou-se apenas no Sudeste, enquanto outras regiões demonstraram um aumento nos índices de mortalidade.

Como relatado anteriormente, o número de casos entre pessoas do sexo feminino continua menor do que no sexo masculino. Na faixa etária acima de 60 anos a taxa de incidência (por 100.000 hab.), por ano de diagnóstico em 2011 é de 25,9 homens e 14,7 mulheres. Quando comparado os números de casos novos nos anos de 2000 e 2012 entre homens e mulheres com 60 anos e mais, observamos que o número de casos de pessoas do sexo masculino em 2000 era de 447 contra 432 casos em 2012 e entre as pessoas do sexo feminino era de 235 em 2000 contra 307 em 2012 (BRASIL, 2012).

A história natural do HIV vem sendo consideravelmente alterada desde o uso da terapia antirretroviral (TARV), iniciada no Brasil em 1996. A implementação desta terapia resultou em aumento da sobrevivência e qualidade de vida dos pacientes infectados, mediante a reconstrução das funções do sistema imunológico e redução das doenças secundárias comuns nesta síndrome (BRASIL, 2010 b). Porém, apesar dos benefícios da TARV, a aids ainda

permanece causando impacto físico, psíquico e social nas pessoas com vírus HIV no organismo (FARIA; SILVA, 2013).

Apesar da descoberta no início da década de 1980, o primeiro tratamento eficaz surgiu apenas doze anos depois. Hoje, trinta anos após o caso índice nos EUA, apesar dos avanços, ainda não foi desenvolvida uma terapêutica curativa e a realidade atual é que a infecção pelo HIV se configura como uma doença de curso crônico, tratável e não curável (FERREIRA; SILVA, 2012).

Porém, a Aids que já foi rótulo de morte preeditada, atualmente convive com problemas inerentes às doenças crônicas, como: cuidados continuados, adesão às terapêuticas e integralidade na atenção. Mesmo com a mudança do perfil epidemiológico, os indivíduos que convivem com a doença ainda precisam conviver com os estigmas e preconceitos que a AIDS ainda carrega (FERREIRA; SILVA, 2012). Desse modo, a representação da doença recebe novos elementos a cada descoberta de um novo medicamento, da efetiva descoberta da vacina, bem como, da mediação que cada indivíduo elabora diante desse agravo.

A evolução da doença incluiu novos saberes e um número maior de sujeitos vivenciando o HIV no seu cotidiano e esse mesmo número pode ser pensado para os que indiretamente se relacionam com a epidemia, não como portador, mas como parceiro, amigo ou família. Nesse estudo nos debruçamos sobre uma geração que não se percebe vulnerável, talvez pela marca de outra representação, que é uma geração sem vida sexual.

3 POLÍTICA DIRECIONADA A PESSOA IDOSA NO BRASIL

Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais cresce mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 estavam com idade acima dos 60 anos, isto é, 10,8% da população brasileira era idosa (IBGE, 2010; MORAES, 2012).

Segundo Moraes (2012), até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançara os 22,71% da população total. Assim, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica.

Além do aumento da população, a expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Porém o aumento do número de anos de vida precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (MORAES, 2012). Pois um envelhecimento saudável depende da interação multidimensional de vários fatores. Este modelo deve combinar a idade, o sexo, o arranjo familiar, o estado conjugal, a educação, a renda, as doenças crônicas e a capacidade funcional, especialmente nos países em desenvolvimento, como é o caso específico do Brasil (SILVA *et al*, 2011).

A mesma transição demográfica ocorrida no Brasil se estende ao Rio de Janeiro e na cidade onde ocorrerá o estudo. A cidade, com uma população de idosos de 7911 habitantes (4632 mulheres e 3279 homens), possui 11,01% da sua população acima dos 60 anos (IBGE).

O crescimento demográfico da população idosa brasileira exigirá a preparação do país para atender às demandas das pessoas na faixa etária de mais de 60 anos de idade. Para esta adequação busca-se desde o provimento de recursos materiais e humanos capacitados, até a definição e a implementação de ações de saúde específicas para indivíduos nesta faixa etária (BRASÍLIA, 1999. p. 07; BRASIL, 2010 b. p. 12).

O envelhecimento é definido como um processo de progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais e Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde), é considerada como pessoa idosa toda aquela que apresenta idade igual ou maior que 60 anos em países em desenvolvimento; e que possui idade igual ou maior que 65 anos em países

desenvolvidos (ONU, 1982; SILVA *et al*, 2011). O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. Não havendo exceções quanto ao Brasil que caminha rapidamente rumo a um perfil demográfico cada vez mais envelhecido (BRASIL, 2010 a).

O estatuto do idoso afirma que a sociedade e o Estado têm por obrigação assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, permitindo a estes os direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis. O artigo 15 do estatuto do idoso, que diz respeito ao direito à saúde, assegura a atenção integral à saúde desta população, através do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual deve garantir o acesso universal e igualitário, articulando ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde deste segmento da população (BRASIL, 2003).

A Portaria/GM nº 399, publicada em 22/02/2006, apresenta as Diretrizes do Pacto pela Saúde, nas quais estão contempladas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006 b). O pacto pela vida, parte integrante do Pacto pela Saúde, política de saúde instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política busca, junto às secretarias de saúde dos estados e municípios e Ministério da Saúde, um conjunto de compromissos que deverão tornar-se prioridades de saúde, definindo-se as responsabilidades de cada ente federativo. E já sinaliza quanto à prioridade para a assistência ao idoso (BRASIL, 2006 b).

Foram pactuadas seis prioridades, sendo que três delas têm relevância com relação ao planejamento de saúde para a pessoa idosa. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006 b). Desde então, o maior acesso aos serviços de saúde, bem como o direito aos bens sociais como educação e renda, tem modificado a imagem do abandono associada à velhice. A criação de políticas previdenciárias e de assistência social, em conjunto com a expansão e qualificação da estratégia saúde da família têm contribuído cada vez mais para a melhoria na vida de brasileiros e brasileiras com 60 anos e mais (BRASIL, 2010 a).

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem como principal propósito “a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde” (BRASÍLIA, 1999. p. 07). A implementação desta Política compreende a definição e ou readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, para relação direta com seu objeto (BRASÍLIA, 1999).

No contexto da saúde, a principal finalidade de atenção para com a pessoa idosa, busca conseguir a manutenção de um bom estado de saúde, para que essa pessoa possa alcançar um máximo de vida ativa, autonomia e independência física, psíquica e social no ambiente em que está inserida, juntamente com sua família (PASCHOAL et al, 2006; MORAES, 2012). Assim como estratégias de prevenção, promoção com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando a qualidade de vida da população idosa (BRASIL, 2007).

Com o crescimento da população idosa certos agravos tornam-se mais recorrentes na população em geral, assim como as causas de mortalidade. As doenças infectocontagiosas, que representavam 40% das mortes registradas no país em 1950, hoje são responsáveis por menos de 10%. Já as doenças cardiovasculares que na mesma década eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40%. O fato marcante em relação às doenças crônicas é que elas crescem de forma muito importante com o passar dos anos com maior destaque na população idosa com valor que atinge 75,5% do grupo, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres (IBGE, 2009).

Embora a maioria dos casos de infecção pelo HIV seja detectada na faixa etária de 15 a 49 anos, há um aumento significativo da taxa de incidência na faixa populacional acima dos 50 anos (PEREIRA; BORGES, 2010). A epidemia de HIV/AIDS em idosos tem emergido no Brasil como um problema de saúde pública devido ao incremento da notificação da transmissão de HIV após os 60 anos de idade e envelhecimento das pessoas infectadas com o HIV (BRASIL, 2007).

A epidemia de HIV/Aids vem sofrendo diversas modificações em seu perfil ao longo do tempo, unido aos fenômenos de feminilização, heterossexualização, juventudilização, pauperização está o fenômeno do envelhecimento. Tais características referenciam que não existem mais indivíduos particularmente vulneráveis ao HIV, já que todas as fases do ciclo de vida estão expostas à contaminação. Logo a infecção pelo vírus está ligada à não adoção das práticas de prevenção (SANTOS; ASSIS, 2011).

Atualmente, no Brasil, a taxa de incidência anual da infecção pelo HIV tem aumentado na faixa etária acima de 60 anos. Em 2000 a incidência era de 10 em 100 mil habitantes, já em 2009 aumentou para 16,3 em 100 mil habitantes. Na faixa etária acima dos 50 anos os valores são ainda mais alarmantes, em 2000 a incidência era de 42,6 em 100 mil habitantes e em 2009 de 63 a cada 100 mil habitantes. Segundo o referido documento, o

Brasil é o país com maior taxa de incidência de infecção pelo HIV entre todos os países inclusos (BOLETIM MERCOSUL, 2012).

Na década de 80, o número de casos de AIDS em idosos notificados ao Ministério da Saúde era de apenas 240 em homens e 47 em mulheres. Na década seguinte (de 1990 a 1999) havia um total de 2681 homens e 945 mulheres (BRASIL, 2007). Em 2012, o número de casos novos de HIV em um único ano foi de 432 casos em homens e 307 em mulheres (BRASIL, 2012 b).

Dados do Programa Nacional de IST/AIDS do Ministério da Saúde (2011) afirmam que a incidência de AIDS entre a população idosa, principalmente entre as mulheres nesta faixa etária, praticamente dobrou nos últimos dez anos. A incidência entre mulheres com mais de 60 anos em 1998 era de 2,8 em 100.000 para 5,1 em 2010 e para homens com 60 anos ou mais 7,5 em 100.000 habitantes no ano de 1998 para 9,4 em 2010.

Este aumento do número de casos cresce como em nenhuma outra faixa etária, tornando-se um desafio para o Brasil, pois a partir destes dados, há a necessidade do estabelecimento de políticas públicas e estratégias que possam garantir o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida de pessoas nesta faixa etária (SANTOS; ASSIS, 2011).

Desde o ano de 2008, a área Técnica Saúde do Idoso mantém também interface com a área de IST/AIDS do Ministério da Saúde e possui como público prioritário as pessoas com 50 anos e mais, com o objetivo de informar tal população que sexo não tem idade, mas deve ser praticado de forma segura (BRASIL, 2010 a).

A doença neste grupo específico apresenta particular relevância epidemiológica pelas altas taxas de incidência, prevalência e letalidade (SANTOS; ASSIS, 2011). Pois as pessoas com mais de 60 anos, podem possuir fragilidade no sistema imunológico, que unidos à falta de suspeita da infecção por parte dos profissionais de saúde pode dificultar o diagnóstico do HIV. Quanto mais precoce o diagnóstico e início do tratamento no indivíduo soropositivo, mais este ganha em qualidade de vida (BRASIL, 2012).

De acordo com Santos e Assis (2011, p.148):

Dos 47.437 casos de AIDS notificados desde o início da epidemia acima dos 50 anos, 29.393 (62%) foram registrados de 2001 a junho de 2008, sugerindo a subnotificação antes do ano 2000. Nesse grupo, 37% são mulheres e 63% homens e, atualmente, o índice de HIV entre idosos no Brasil já supera o de adolescentes entre 15 e 19 anos. Este aumento do número de casos cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo como um desafio para o Brasil, exigindo o estabelecimento de políticas públicas e estratégias que possam garantir o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida a estas pessoas.

Ainda, dados do Ministério da Saúde, afirmam que a incidência de AIDS em idosos (por 100.000 hab.) de casos de aids notificados está em torno 25,9 no sexo masculino e 14,7 no sexo feminino (BRASIL, 2012 b) e a forma de contágio predominante é através da relação sexual (BRASIL, 2007). Porém há fortes evidências de que este grupo etário tem risco aumentado de contágio não para o HIV, mas também outras doenças sexualmente transmissíveis. Atualmente, muitos fatores estimulam o prolongamento da atividade sexual neste grupo populacional, entre eles incremento da vida social, maior expectativa de vida, ocorrência de novas drogas para disfunção erétil e medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa (BRASIL, 2007; MORAES, 2012).

O advento da AIDS trouxe novas questões para a prática em saúde, como a necessidade de abordagem da sexualidade e uso de drogas na prevenção da doença. A abordagem à sexualidade não deve ser diferenciada em relação à pessoa idosa (BRASIL, 2007).

As formas pelas quais cada indivíduo vivencia sua sexualidade está relacionada ao contexto histórico social onde se encontra inserido. As representações sociais que fazemos, assim como, as escolhas e as orientações que adotamos são também construídas socialmente. Logo, o exercício da sexualidade para pessoas idosas é absolutamente normal, porém o preconceito e a discriminação fazem com que este comportamento por parte de idosos seja visto como inadequado e imoral, até mesmo pelos próprios idosos (BRASIL, 2007).

Por parte dos profissionais de saúde, assim como dos próprios idosos, percebe-se a negação do risco de infecção pelo HIV (BRASIL, 2007). Os profissionais de saúde, geralmente não valorizam as queixas sexuais dos idosos e evitam falar sobre isto por insegurança de não saber como lidar com este assunto (MELO *et al*, 2012).

Porém se o profissional de saúde considerar com naturalidade a ocorrência de atividade sexual na terceira idade a assistência a este indivíduo tanto na prevenção como no tratamento das infecções sexualmente transmissíveis será muito mais rotineiro, semelhante ao que ocorre com o seguimento mais jovem da população (BRASIL, 2007).

Um olhar atento, têm se mostrado cada vez mais necessário por parte de todos profissionais que trabalham nos serviços de atenção à saúde, principalmente os que estão na atenção primária. Tanto na busca pela prevenção do HIV quanto para a realização de diagnósticos precoces. A atitude de “pensar em HIV” deveria ser uma agenda estratégica para todos aqueles que trabalham nesses locais (FERREIRA; SILVA, 2012).

O conhecimento sobre Aids mostrou-se associado de forma inversa ao aumento da idade, sendo menor entre os idosos, quando comparados aos indivíduos mais jovens, isto ocorre devido ao estereotipo dominante de “pessoas idosas assexuadas”, porém um estudo sobre atividade sexual entre idosos mostra um percentual elevado de sujeitos com mais de 50 anos envolvidos em relacionamentos sexuais, já que, desde que não haja a ocorrência de processos patológicos severos, nada impede a continuidade da vida sexual (MELO *et al*, 2012).

Quanto à infecção pelo HIV, não é a sexualidade que torna as pessoas vulneráveis, mas sim as práticas sexuais realizadas de forma desprotegida. Cabe ao profissional de saúde estar atento às queixas específicas da pessoa idosa e estar pronto a prestar informação sobre a doença, as formas de contágio e disponibilizar nas instituições de saúde insumos para adoção de práticas sexuais mais seguras (BRASIL, 2007).

O aumento da frequência das práticas sexuais entre as pessoas idosas deve estar associado às iniciativas de prevenção e assistência para o controle de exposição às doenças de transmissão sexual. E para a implementação das ações de prevenção, é necessária avaliação das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas nos quais os sujeitos estão inseridos (BRASIL, 2007).

De acordo com informes do Ministério da Saúde (2002), é atribuição do enfermeiro, prestar assistência integral ao idoso, isto é, tanto ações assistenciais quanto atividades preventivas. Em todos estes espaços os idosos podem expressar suas dúvidas e inquietações sobre a doença no mesmo ambiente onde os profissionais de saúde possam atentar à escuta destas preocupações, com a finalidade de propor questões que facilitem a reflexão e adoção de práticas seguras, buscando a promoção da saúde e qualidade de vida do indivíduo (BRASIL, 2007).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Este segmento do trabalho apresenta um breve histórico e elucidação sobre a teoria das representações sociais e suas implicações para a área de saúde.

4.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO MARCO TEÓRICO

O termo Representações Sociais assinala um conjunto de fenômenos do campo de estudos psicossociológicos, remoldado por Serge Moscovici, autor da Teoria das Representações Sociais, que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Esta teoria tem o objetivo de redefinir todos os problemas e conceitos da psicologia social a partir do fenômeno das representações sociais (SÁ, 1996).

Durkheim foi o primeiro autor a identificar as representações associando-as à sociologia e as descreveu como produções mentais sociais, estes objetos faziam parte de um estudo sobre ideação coletiva, tais representações foram chamadas de coletivas e para ele, traduziam o modo como: um grupo que pensa sobre determinados objetos que os afetam (JODELET, 2001). Em seu entender uma representação individual seria um fenômeno puramente psíquico e não redutível às representações dos indivíduos componentes de uma sociedade (MOSCOVICI, 1978).

Portanto na concepção de Durkheim, a sociedade é que pensa e as representações não são obrigatoriamente conscientes do ponto de vista individual. As representações sociais de Moscovici não revogam as representações coletivas de Durkheim, mas sim acrescentam novos campos de estudo (SÁ, 1996), pois para Moscovici (1978, p 25), “toda representação é composta de figuras e expressões socializadas”.

Moscovici contribuiu para a construção da perspectiva “européia” de psicologia, nas décadas de 1960 e 1970, ao integrar o social (até então visto como objeto da Sociologia) e o psicológico (objeto da Psicologia). O autor discute o desenvolvimento de uma psicologia social do conhecimento e afirma que o senso comum é um terceiro gênero de conhecimento diferente da ideologia e da ciência, que deve ser incorporado aos estudos em Psicologia Social porque confere autonomia aos grupos minoritários. Através do conhecimento cotidiano, as pessoas veiculam sentidos e expressam uma visão de mundo lógica, coerente, sensível; com nova forma ao conhecimento científico (SANTOS, 2010).

Para Moscovici, as representações sociais estão organizadas de maneira diversificada de acordo com as classes, as culturas ou grupos. Estas se formam principalmente quando os

indivíduos encontram-se expostos às instituições, aos meios de comunicação de massa e à herança histórico-cultural da sociedade. As representações são imagens que condensam um conjunto de significações, de sistemas de referências que permitem a interpretação de acontecimentos, elas dão sentido ao inesperado e desconhecido, contribuindo assim para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais (MOSCOVICI, 1978).

A teoria das representações sociais é uma forma sociológica da psicologia social, que dá ênfase ao estudo das relações intergrupais numa abordagem cultural e societal dos processos sociopsicológicos (WACHELKE; CAMARGO, 2007). Esta teoria reapresenta um problema que já é, historicamente, de interesse de outras ciências humanas, como a história, antropologia e sociologia. É uma teoria científica sobre os processos através dos quais os indivíduos em interação social constroem explicações sobre objetos sociais (JODELET, 2001).

De acordo com Sá (2001), a teoria de Moscovici, pode ser citada como “teoria do senso comum em sua versão contemporânea”. Esta teoria dá ênfase ao nível interpessoal que é explorada desde a situação face a face até a comunicação midiática. Para o mesmo autor, as representações Sociais são reconhecidas como fenômenos psicossociais histórica e culturalmente condicionados, sendo que sua explicação deve se dar aos níveis de análise posicional e ideológica (SÁ,1996).

Sá (1996) explica que o próprio Moscovici sempre resistiu em apresentar uma definição para as representações sociais, por acreditar que restringiria seu alcance conceitual. Dentre as definições, uma das mais aceitas foi a descrita por Denise Jodelet, (2001, p.22) que traz uma primeira caracterização do termo com o qual a sociedade científica estaria de acordo, que é “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Arruda (2002, p.134) também contribui afirmando que “a representação social não é uma cópia nem um reflexo ou uma imagem fotográfica da realidade, mas sim uma tradução, uma versão desta”, isto é, a representação está em transformação de acordo com o objeto que tenta elaborar. Para Wagner (1998, p.3-4), representação social é simultaneamente um:

... conteúdo, mental estruturado – isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico – sobre um fenômeno social relevante, que toma a forma de imagens ou metáforas, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social e ... um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança do conhecimento compartilhado.

As representações sociais articulam o psicológico e o social (ABRIC, 2001), isto é, tem uma posição mista entre os conceitos psicológicos e sociológicos (MOSCOVICI, 1978). As representações têm contextura psicológica autônoma e também é própria da nossa sociedade e cultura (MOSCOVICI, 2010). As representações sociais, como foram descritas por Moscovici (2010), compreendem um sistema de valores, de noções e de práticas sociais relativas a objetos sociais.

De acordo com Moscovici (1978, p. 22), cada um aprende à sua maneira a manipular os conhecimentos científicos, para aquele que duvida, “compare a versão especializada e a versão popular de uma lei ou de uma noção, e chegará por certo a um juízo desfavorável sobre a última”. O conhecimento recebido da ciência é submetido a um trabalho de transformação para converter-se em algo utilizado no cotidiano. O que ocorreu foi uma mudança decisiva na gênese do senso comum, no qual se percebe o movimento pelo qual as descobertas científicas são socializadas (MOSCOVICI, 1978).

Na Teoria das Representações Sociais, a realidade pode ser compreendida em três aspectos, realidade objetiva/subjetiva/representada, estes aspectos colaboram para o entendimento de uma realidade antes inexistente, ou seja, os aspectos objetivos e subjetivos dos indivíduos em interação com as características dos objetos definem uma realidade representada. Logo, a representação é fruto da reapropriação feita pelos indivíduos ao integrar em seu sistema de valores, contexto social e ideológico os componentes objetivos dos novos objetos sociais (POMBO-DE-BARROS; ARRUDA, 2010).

As Representações Sociais têm papel fundamental nas relações sociais e respondem a quatro funções essenciais: permitem que os atores sociais adquiram conhecimentos e assimilem à sua rotina de vida diária de forma que seja compreensível; situam os indivíduos e os grupos no campo social e definem a identidade destes grupos, nesta função as representações têm papel no controle social que o grupo exerce sobre os seus membros; são também guia para a ação e tipo de estratégia cognitiva adotada por cada grupo ou indivíduo e justificam certos comportamentos de um grupo em relação a outros grupos sociais, nesta última função as representações podem ser responsáveis por atitudes hostis, de discriminação ou manutenção da distância entre dois grupos (ABRIC, 1998).

Há um consenso entre os autores com o pensamento de Moscovici (1978, p. 27), que “uma representação é sempre uma representação de alguém tanto quanto de alguma coisa”, isto é, uma representação é sempre de um sujeito para e sobre um objeto, logo, a

representação é a reprodução de um objeto que é socialmente valorizado (MOSCOVICI, 1978).

Ainda segundo Pombo-de-Barros e Arruda (2010, p.353) “a representação social aponta para o entrelaçamento entre o objeto representado e o sujeito que o representa”. Ainda afirmam que “esse objeto é sempre social e está inserido em uma cultura, da mesma forma que os sujeitos que o representam só o fazem porque participam de uma sociedade e porque desenvolveram mecanismos cognitivos e afetivos próprios a essa forma de conhecimento” (POMBO-DE-BARROS & ARRUDA, 2010, p.354).

Para Moscovici (1978) as representações podem dizer respeito à ciência digerida por um grupo para integrar seu cotidiano estas representações não são uma forma arcaica e primitiva do grupo pensar e se situar no mundo, pelo contrário, as ciências sempre terão que passar por transformações para integrar-se ao cotidiano das pessoas. Uma representação social e uma preparação para a ação e os pontos de vista dos indivíduos são encarados tanto pelo seu caráter de comunicação quanto de expressão.

Para que o conhecimento seja interiorizado, deve passar pelo mundo da conversação e a partir daí a sociedade começa a ser habitada por novas frases e visões. Pois todos nós, quando fora das nossas profissões e especialidades, agimos da mesma maneira, integrando novos conhecimentos em um quadro coerente do real que nos permita falar daquilo que todo mundo fala. Com efeito, as imagens e opiniões são estudadas à medida que traduzem a posição e a escala de valores de um indivíduo e sua coletividade. Toda pessoa que representa parte de observações e testemunhos vividos, as representações sociais são conjuntos dinâmicos de uma produção de comportamento e de relações com o meio ambiente (MOSCOVICI, 1978).

Sá (1996) explica a comparação feita por Moscovici entre as três distintas instâncias da imprensa francesa e os seus leitores, seriam estas: a difusão, que é a mais comum usada na imprensa francesa e seus leitores, a propagação, que costuma estar vinculada igreja católica, para expandir sua visão organizada de mundo. E a propaganda, que é usada pela imprensa comunista com o objetivo de diferenciar antagonicamente entre supostos conhecimentos de verdadeiro ou falso. Ao partir das instâncias anteriores Moscovici faz uma correspondência com as diferentes instâncias de organização cognitiva: “a difusão corresponde à opinião; a propagação à atitude; a propaganda ao estereótipo” (Sá, 1996 p.35).

Para Moscovici (1978), qualificar uma representação como social equivale a optar pela hipótese de que ela é produzida pela coletividade. Porém para qualifica-la não basta

identificar o agente que a produz, pois é menos instrutivo saber quem cria a representação do que o porquê ela é criada. Na verdade, para reaprender o sentido qualificativo social é preferível enfatizar a função a qual a mesma corresponde do que as entidades a qual reflete, pois toda a representação contribui no processo de formação de condutas e orientação da comunicação social. A função da representação difere da função da ciência e ideologia, pois a ciência encarrega-se de contar a verdade sobre a natureza e controlá-la e à ideologia justificam os atos de um grupo humano.

Para Jodelet (2009, p.695) “as representações sociais são fenômenos complexos, incitando um jogo de numerosas dimensões que devem ser integradas em uma mesma apreensão e sobre as quais é necessário intervir conjuntamente”.

Sá (1996, p. 31) explica que uma das primeiras proposições de Moscovici a respeito da estrutura das representações, as configura em três dimensões, sendo estas:

A informação, que organiza os conhecimentos de um grupo a respeito de um objeto social; o campo das representações que indica à ideia de imagem, isto é, um conteúdo concreto e limitado acerca do objeto e a atitude, que tem a função de focalizar a orientação global em relação ao objeto de representação.

Segundo Moscovici, nosso modo de pensar opera sob a racionalidade da ciência e do senso comum. Ciência e senso comum são diferentes entre si, são modos distintos de compreender o mundo e de se relacionar com ele, são representações da realidade. Nas sociedades contemporâneas “pensantes” existem dois universos de pensamento: os reificados (da ciência) e os consensuais (do senso comum).

Para Moscovici (2010. p. 101) As ciências são:

Os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado, enquanto as representações sociais tratam do universo consensual, estas representações são criadas pelos processos de ancoragem e objetivação que circulam no cotidiano e devem ser vistas como uma “atmosfera” em relação ao indivíduo ou ao grupo.

O processo de representação social permite aos indivíduos interpretar e conceber aspectos da realidade para agir em relação a eles, uma vez que a representação toma o lugar do objeto social a que se refere e transforma-se em realidade para os atores sociais. As representações sociais tanto são normativas, inserindo objetos em modelos sociais, quanto são prescritivas (MOSCOVICI, 2010), servindo de guia para ações e relações sociais (ABRIC, 1998).

Nossas ideias e representações são sempre filtradas através do discurso de outros, um tanto quanto “descoladas” da realidade, e existem antes como um “ambiente” sociocultural (MOSCOVICI, 2010. p. 216). São processos cognitivos e afetivos inacabados de apreensão

do mundo e desempenham diferentes funções cognitivas e sociais. A comunicação e o pensamento só podem ser compreendidos como transformações de estruturas anteriores, relativizações culturais, materializações de sentido que ultrapassam a sociedade em que as RS se localizam social e historicamente.

Para a transformação do não familiar em familiar, Moscovici cita dois mecanismos, baseados na memória e conclusões passadas, utilizados para criar as representações sociais. Estes processos são conhecidos como: **ancoragem** e **objetivação**. Para Moscovici (2010) ancorar é “classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras” (p.61). Por isso, após resistência pela falta de conhecimento de determinado objeto, damos-lhe nome e o categorizamos. Assim representamos aquilo que não é costumeiro em nosso universo familiar, “conseguimos, a partir daí, avaliar, comunicar e representar o objeto” (SÁ, 1996 p.47).

Ter uma opinião é o produto de um exercício realizado por seres pensantes, uma tomada de posição sobre um fato ou problema da sociedade (MOSCOVICI, 2010). Segundo Moscovici (1984, p.128), “não há neutralidade nesse processo, pois quando classificamos algo ou alguém, pela lógica, esse objeto ou ser deve ter um valor positivo ou negativo”. Ainda, segundo Moscovici (2010), é impossível classificar sem nomear. Ao dar nome a algo ou alguém, o encaminhamos do anonimato perturbador (não familiar) ao conhecido (familiar), para ele, na “matriz de identidade de nossa cultura”. Assim, classificar e dar nomes são dois aspectos da ancoragem das representações.

O outro processo que gera as representações sociais, de acordo com a necessidade social de transformar o não familiar em familiar é a objetivação. Segundo o autor “objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia” (MOSCOVICI, 1984, p.38), é reproduzir um conceito em uma imagem. A domesticação é um processo que atua com maior eficiência do que a ancoragem. Para o autor “A materialização de uma abstração é uma das características mais misteriosas do pensamento e da fala. Autoridades políticas e intelectuais, a exploram com a finalidade de subjugar as massas” (MOSCOVICI, 2010. p.71).

Muitas palavras e ideias circulam na sociedade e buscamos dar-lhes sentido concreto. Porém, nem todas as palavras podem ser ligadas a imagens. A partir disto “o sujeito faz recortes, recostura os fragmentos num esquema que se torna o núcleo figurativo da representação” (ARRUDA, 2002 p. 136). Moscovici (2010) define o núcleo figurativo como um padrão, um paradigma, um complexo de imagens que reproduzem um complexo de

ideias que após disseminada a imagem por meio do núcleo figurativo, esta é assimilada totalmente.

Jodelet define objetivação como: “uma operação imaginante e estruturante que dá corpo aos esquemas conceituais, reabsorvendo o excesso de significações, procedimento necessário nesse processo” (JODELET, 1990 *apud* PRADO; AZEVEDO, 2011).

Para a autora, existem três fases nesse processo de objetivação: a construção Seletiva, na qual o sujeito busca informações e saberes a respeito do objeto; a esquematização estruturante, onde uma estrutura imaginante cria uma imagem conceitual que seja coerente e de fácil comunicação, dando origem junto à fase anterior ao núcleo figurativo, e a naturalização, que permite que elementos sejam concretizados, tornando-se “seres da natureza” (PRADO; AZEVEDO, 2011).

O desenvolvimento de estudos da Teoria das Representações Sociais propiciou a constituição de várias vertentes de atuação embasadas na proposta original. Porém alguns autores reforçam que, de todas estas perspectivas teóricas, as mais utilizadas são: a estrutural, conhecida como teoria do núcleo central que enfoca a forma do discurso e a teoria processual, oriunda da teoria original de Moscovici que está fundamentada nos discursos e conteúdo dos grupos sociais (SILVA; MARTINI; BECKER, 2011).

Nas representações, os pontos de vista são encarados pelo caráter de comunicação e de expressão (MOSCOVICI, 1978). Estas são constituídas de um conjunto de informações, crenças e opiniões sobre um objeto social. Jean Claude Abric propôs a hipótese do núcleo central em 1976, na qual afirma que cada representação se organiza com uma característica específica em torno de um núcleo central (ABRIC, 1998), este núcleo organiza os elementos da representação e lhes dá sentido (FLAMENT, 2001).

Sabe-se que “os elementos de uma estrutura cognitiva são afetados por um gradiente quantitativo de centralidade” (FLAMENT, 2001.p.175) e neste núcleo pode-se observar elementos com igual centralidade quantitativa, mas que diferem-se qualitativamente. Em torno do núcleo encontram-se elementos periféricos, que asseguram o funcionamento quase instantâneo de uma representação como decodificação de uma situação (FLAMENT, 2001).

Temos então, uma forma de abordagem das representações sociais, denominada dimensional ou processual, que abrange as dimensões da representação, seu campo estruturado, a atitude que ela carrega e o componente de informação que ela contém. A coleta de material para este tipo de enfoque geralmente é feita com "metodologias múltiplas, que podem ser entrevistas, questionários, observações, pesquisa documental e tratamento de

textos escritos ou imagéticos". Esta vertente busca capturar os diversos momentos e movimentos da elaboração da representação (ARRUDA, 2002, p.140).

A representação social, contudo, além de ser estudada como campo estruturado, também pode ser focalizada como núcleo estruturante, nos quais podem-se usar diferentes métodos associações de palavras. Trata-se de identificar as "estruturas elementares da representação em torno das quais esta se organiza". Este sistema é constituído pelos seus elementos centrais e periféricos. Assim, busca-se o princípio de organização da representação, seu núcleo central, aquele que apresenta maior resistência e durabilidade e suas franjas, os elementos periféricos, estes últimos apresentam maior grau de variação e menor resistência (ARRUDA, 2002, p.141).

A ação do pesquisador, profissional de saúde no uso das representações sociais, seria a transformação de um "fenômeno do universo consensual em um problema do universo reificado" (SÁ, 1998, p. 26).

A teoria das Representações Sociais é um referencial teórico que supre a necessidade de conhecer e reconhecer os múltiplos universos de significado que interagem com os sujeitos para a compreensão e conseqüente intervenção na realidade. Possibilitando, no campo da enfermagem, compreender o modo como os indivíduos cuidam da sua saúde e suas atitudes e significados frente ao adoecimento e a terapêutica. Para isso é necessário articulá-las a elementos afetivos, mentais e sociais e integrando ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, sempre considerando as relações sociais que afetam as representações (SILVA; MARTINI; BECKER, 2011).

De acordo com Jodelet (2011, p. 25):

Os estudos brasileiros utilizam a Teoria das Representações sociais como um instrumento para um melhor conhecimento da realidade social e uma melhora na forma de intervenção sobre ela. Com isto mostram a adequação da teoria ao manejo dos problemas que surgem nos domínios de aplicação. Deste modo, devemos esperar que esses estudos tragam uma contribuição inegável ao progresso do campo científico desenvolvendo a teorização das representações sociais.

Para que o enfermeiro tenha êxito na difusão dos conhecimentos sobre as práticas de prevenção contra a infecção pelo HIV, é necessário conhecer o que este vírus representa para cada um dos atores deste processo. A teoria das representações sociais apresenta-se como uma das alternativas de uma nova perspectiva de compreensão do processo saúde doença, pois busca apreender, ao mesmo tempo, a dimensão cognitiva e a social desse fenômeno e permite o diálogo com outros domínios disciplinares (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Por este motivo, o conhecimento das Representações sociais dos idosos sobre o HIV/AIDS traz inúmeros benefícios para o planejamento da assistência a este indivíduo na consulta de enfermagem e em grupos de educação em saúde. Sendo assim possível a adesão às práticas de prevenção do HIV para os idosos.

5 O DESENHO TEÓRICO E METODOLÓGICO DO ESTUDO

Este segmento descreve o percurso metodológico desta pesquisa, elucidando sobre o método utilizado, o cenário e os sujeitos da pesquisa assim como o manejo dos dados coletados.

5.1 O MÉTODO ESCOLHIDO PARA A PESQUISA

Considerando o objeto desta pesquisa optou-se pela abordagem multimétodos com análise qualitativa, descritiva baseada na Teoria das Representações Sociais na perspectiva da Psicologia Social. Pois uma representação fala tanto quanto mostra e comunica tanto quanto exprime e uma representação social é alternativamente, o sinal e a reprodução de um objeto socialmente valorizado (MOSCOVICI, 1978).

De acordo com Minayo (2010, p.42) “o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo. A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda riqueza de significados que transborda dela”. Ainda para Triviños (2010, p.118) a pesquisa qualitativa “tem um tipo de objetividade e validade conceitual que contribuem decisivamente para o desenvolvimento do pensamento científico”.

Flick afirma que a pesquisa qualitativa aborda “o ponto de vista do sujeito” (2009, p. 29) e “tem particular relevância no estudo das relações sociais devido à pluralização das esferas de vida” (2009, p. 20). Este tipo de pesquisa sempre busca saber dados subjetivos que afetam o sujeito a partir de determinado fenômeno.

O conhecimento nada mais é do que "o produto das relações humanas com a natureza e entre os próprios homens" (COSTA; COSTA, 2011, p. 11). E o principal material da investigação qualitativa é "a palavra que expressa a fala cotidiana, seja nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos" (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 245). A abordagem qualitativa reconhece a complexidade do objeto das ciências sociais, estabelece categorias, usando técnicas adequadas, realizando análises ao mesmo tempo específicas e contextualizadas (MINAYO, 2010) Esta abordagem considera a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito.

De acordo com Weber (1970 apud MINAYO E SANCHES, 1993) o elemento essencial na interpretação da ação é o dimensionamento do significado subjetivo daqueles que dela participam, a tarefa qualitativa procura atingir precisamente o conhecimento de um fenômeno histórico, isto é, o que é significativo em sua singularidade. Ainda de acordo com

Minayo (2010, p.39) “toda investigação social precisa registrar a historicidade humana, respeitando a especificidade de cada cultura”.

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza, pois é no campo da subjetividade e do simbolismo em que se firma, através da compreensão das relações e atividades humanas com os significados que as animam (MINAYO; SANCHES, 1993). Este tipo de abordagem produz resultados relevantes para a saúde pública, pois diz respeito a temas e relações sociopolíticas em toda a sua complexidade (FLICK, 2009).

5.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário escolhido para a investigação foi a Instituição de Saúde Responsável pela atenção à Saúde do idoso na rede pública de saúde, em um município na região do Vale do Paraíba Fluminense. Este município possui uma população de 71843 habitantes, dentre estes 7911 habitantes idosos, isto é, 11,01% da população desta cidade é idosa (IBGE).

O município possui 66,7% dos estabelecimentos de saúde pertencentes à rede pública municipal e os outros 33,3% são estabelecimentos privados. (IBGE). Dentre os estabelecimentos de saúde municipais possui dois hospitais, sendo um hospital de administração privada, vinculado à universidade instalada no município e o outro ligado a uma instituição religiosa filantrópica, ambos conveniados à administração pública municipal. Além dos estabelecimentos de nível secundário e terciário, a assistência à saúde no município também é prestada a nível primário por meio das Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde que sediam os programas de atenção à saúde (Saúde do idoso, Saúde da mulher, Saúde da criança e Saúde coletiva).

Para a assistência à saúde na atenção básica os idosos podem recorrer às Unidades de Saúde da Família, às Unidades Básicas de Saúde que atendem à população com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e à Casa de Saúde do Idoso, local onde foi realizada a coleta de dados desta pesquisa.

A Casa de Saúde do Idoso possui mais 3400 usuários cadastrados, oferecendo atendimento médico, de enfermagem, fisioterápico e psicológico a pessoas com mais de 60 anos de idade, assim como consultas ginecológicas, consultas de enfermagem e realização do preventivo para mulheres acima dos 50 anos. Há também, o desenvolvimento de atividades em grupo realizadas pelos profissionais da unidade.

Após eleito o cenário, o projeto referente a esta pesquisa foi encaminhado à coordenadora do programa de saúde do idoso e responsável pela unidade, para sua apreciação e aprovação, mediante documento formal de permissão (APÊNDICE E).

O projeto Foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob o protocolo 20566713.4.0000.5147 como orienta a Resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovado de acordo com o parecer consubstanciado n° 404409 do CEP-UFJF.

5.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Para Costa e Costa (2011, p. 42), sujeitos são “aqueles que geram informações que, de alguma forma, serão usadas pelos pesquisadores”. Na pesquisa qualitativa não existe um critério numérico, pois, neste tipo de pesquisa, busca-se mais aprofundamento e menos generalização. O interesse está direcionado à abrangência e à diversidade no processo de compreensão de um grupo social, de uma representação dentre outros (MINAYO, 2010).

Em abordagens qualitativas dificilmente o número de sujeitos pode ser definido, principalmente quando trata-se de entrevistas (COSTA; COSTA, 2011). Ainda, de acordo com Minayo (2010, p.197) a amostra qualitativa ideal é aquela que “reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo”.

Minayo (2010) afirma que representatividade do grupo em um indivíduo ocorre porque tanto o comportamento social como o individual obedecem a modelos culturais interiorizados, ainda que certas expressões pessoais apresentem sempre variações em conflito com as tradições. É importante acrescentar que a pesquisa social é a análise desses modos de concepção de mundo e dos esforços construtivos dos sujeitos em sua vida cotidiana (FLICK, 2009). Partindo destas afirmações, os sujeitos desta investigação serão pessoas idosas que buscam assistência à saúde na Casa de Saúde do Idoso do Município.

Para a pesquisa foram consideradas pessoas idosas aquelas com 60 anos ou mais, de acordo com a classificação da OMS (organização Mundial de Saúde), onde é considerada como pessoa idosa toda aquela que apresenta idade igual ou maior que 60 anos em países em desenvolvimento; e que possui idade igual ou maior que 65 anos em países desenvolvidos (ONU, 1982).

Foram adotados como critérios de inclusão dos sujeitos: mulheres idosas que buscam assistência à saúde na unidade de variadas formas, sendo: participantes dos grupos de

convivência realizados na unidade, aquelas atendidas na consulta de enfermagem e na realização de preventivo ginecológico. Aptas a responder os questionários, manifestando seu interesse através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice A). A escolha pelas pessoas do sexo feminino ocorreu em decorrência do fenômeno atual de feminização da velhice e pela maior procura dos serviços de saúde por mulheres, acarretando em um maior índice de mulheres frequentando a unidade.

Foram adotados como critérios de exclusão da investigação todas as pacientes que possuíam algum grau de deficiência mental ou física que impossibilitaria a execução da entrevista, mulheres que não foram atendidas pela enfermeira da unidade, pacientes pertencentes ao sexo masculino e aquelas que não concordaram com a participação no estudo através do TCLE. A exclusão de indivíduos do sexo masculino ocorreu devido à pouca assiduidade de homens nas dinâmicas da unidade.

5.4 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Foram utilizadas duas técnicas para coleta de dados. A primeira técnica utilizada foi a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), esta que é uma técnica projetiva, isto é, que permite a apreensão das projeções mentais de um grupo social de maneira espontânea (OLIVEIRA, 2005), adaptada da prática clínica para psicologia social. A TALP traz à consciência elementos inconscientes através de manifestações de condutas de reações ou evocações (COTINHO *et al*, 2003). A aplicação da TALP foi realizada em todas as mulheres que participaram da pesquisa.

A TALP foi adaptada em 1981, no campo da Psicologia Social por *Di Giacomo* e, desde então, é utilizada nas pesquisas sobre Representações Sociais. Neste Teste, o pesquisador utiliza um ou vários estímulos indutores que se referem diretamente ao objeto investigado, os quais podem ser verbais, não verbais (figura, fotografia, filme), e/ou sonoro. Dessa forma, os sujeitos evocam respostas preferencialmente utilizando palavras isoladas, substantivos ou adjetivos de forma rápida, ágil e impulsiva a cada estímulo fornecido (PEREIRA *et al*, 2013)

Este tipo de técnica nos possibilita estudar os estereótipos sociais que são partilhados espontaneamente pelos membros do grupo e visualizar as dimensões estruturantes do universo semântico específico. Nesta pesquisa a TALP foi utilizada de forma complementar, pois buscou revelar os conteúdos implícitos ou latentes mascarados nas produções

discursivas e entrevistas (OLIVEIRA, 2005). A TALP foi aplicada em 103 mulheres que estavam dentro dos critérios de inclusão de acordo com a ordem de atendimento na unidade e concordância em participar da pesquisa.

Na aplicação da TALP foi solicitada a evocação de cinco palavras após cada um dos três estímulos indutores (RODRIGUES *et al*, 2012), sendo estes HIV/AIDS, HIV/AIDS e prevenção e HIV/AIDS e idoso. Sendo iniciada com as seguintes expressões: “Cite cinco palavras que vêm a sua mente quando escuta as palavras HIV/AIDS”, “Cite cinco palavras que vêm à sua mente quando escuta a palavra HIV/AIDS e prevenção” e “Cite cinco palavras que representem a expressão HIV/AIDS e idoso para você”. As palavras evocadas pelas mulheres eram anotadas pelas próprias ou pela pesquisadora em instrumento específico (Apêndice B).

A segunda técnica utilizada foi a entrevista não estruturada (Apêndice C), realizada junto a 21 mulheres que passaram pelo TALP. As entrevistas tiveram o propósito de tornar explícito o conhecimento implícito das entrevistadas (FLICK, 2009), e partem de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas que surgem à medida que recebem as respostas dos sujeitos (TRIVINÓS, 2010).

A entrevista não estruturada, segundo Flick (2009, p. 143) têm atraído interesse, pois, “está associado à expectativa de que é mais provável que os pontos de vista dos sujeitos entrevistados sejam expressos em uma situação de entrevista com um planejamento aberto do que em uma entrevista padronizada ou em um questionário”

Esta técnica de entrevista valoriza a presença do pesquisador, o contato direto com o entrevistado e a relação estabelecida entre os atores envolvidos (FLICK, 2009), além de ser enriquecedor para as análises qualitativas, pois garante espontaneidade nas falas dos entrevistados (TRIVINÓS, 2010). Ainda para Costa e Costa (2011, p.49), a grande vantagem da entrevista é “a interação entre o pesquisador e o entrevistado”.

De acordo com Minayo (2010, p. 261) a entrevista é “acima de tudo uma conversa a dois. ” “...realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa...”. A autora define como entrevista não estruturada aquela que contém perguntas abertas, na qual o entrevistado pode discorrer sobre o tema em questão sem conter-se na indagação formulada inicialmente (MINAYO, 2010).

A entrevista como fonte de informação fornece dados que se referem diretamente à entrevistada, isto é, sua opinião própria determinada realidade que origina a representação

da mesma: ideias opiniões e sentimentos sobre determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2010).

Mesmo definindo a priori o número de trinta participantes, foi levado em consideração que para alcançar o número adequado de sujeitos nesta técnica utilizou-se o critério de saturação de informações, pois para Minayo (2010, p.197) a amostra qualitativa ideal é aquela que “reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo”. Sendo que a saturação dos dados ocorreu com 21 entrevistas.

As entrevistas foram realizadas na própria instituição, nos consultórios após os encontros para os grupos de convivência e após as consultas de enfermagem. Os depoimentos foram gravados em gravador digital, para garantia da fidelidade das informações e foram transcritos posteriormente. A coleta de dados ocorreu após informação prévia às participantes sobre do que se trata a pesquisa, assegurá-las quanto ao anonimato na divulgação dos dados e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram coletados até sua saturação, utilizando-se como critério a reincidência das informações.

Nesta pesquisa, os sujeitos foram informados que os riscos considerados são mínimos e que a sua participação foi consumada a partir de sua aquiescência, podendo o mesmo interromper a sua participação a qualquer momento. Foram respeitados os princípios da Não maleficência, Beneficência, autonomia e autodeterminação (FLICK, 2009).

5.5 ESTRATÉGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

A apreensão e classificação dos dados demográficos relativos às participantes da pesquisa foi realizada a partir do programa SPSS 17^R (*Statistical Package for Social Science*). O SPSS^R é o programa estatístico mais utilizado no Brasil e o mais frequente em artigos científicos das ciências sociais e ciências da saúde, que utilizam a estatística (BISQUERRA, 2007).

Para organizar e analisar as representações apreendidas nos depoimentos foi selecionado o método de análise de conteúdo proposto por Bardin. Para autora, a função primordial da análise do conteúdo é o desvendar crítico. É definida como um método empírico, no qual um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento é aplicado a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados (BARDIN, 2011).

Na etapa seguinte, exploração do material, ocorre o processo de codificação dos dados em unidades de registro, que podem ser um tema, uma palavra ou uma frase. Após codificar o conteúdo realiza-se a categorização. As categorias reúnem características comuns e são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos (SANTOS, 2012).

Para a escolha das categorias pode-se adotar critérios semântico (temas), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e significado das palavras – antônimo ou sinônimo) e expressivo (variações na linguagem e na escrita). A categorização permite a junção de um número significativo de informações, estas são organizadas em inventário (onde isolam-se os elementos comuns) e classificação (onde divide-se os elementos e impõem-se organização) (SANTOS, 2012).

No que diz respeito à TALP, foi utilizada a análise fatorial de correspondência e para o processamento dos dados foi utilizado o software *Tri- Deux- Mots*. Para análise das evocações o uso deste software é importante, pois permite representar graficamente a atração entre as variáveis fixas (sexo e idade) e as variáveis de opiniões que correspondem às respostas dos sujeitos (Coutinho, 2005 *apud* ARAÚJO; LOBO FILHO, 2009).

Este *software* é indicado em estudos para analisar questões abertas, fechadas e/ou associação de palavras. O mesmo permite verificar correlações entre grupos, assim como visualizar as relações de atração e de afastamento entre os elementos analisados. Foi desenvolvido para processamento estatístico de um volume de dados que manualmente seria penoso e demorado (RODRIGUES et al, 2010).

Posteriormente à análise individual dos dados apreendidos pelas duas técnicas utilizadas foi realizada comparação entre os dados das evocações (TALP) e os dados dos discursos das mulheres entrevistadas, a fim de demonstrar e reforçar as representações deste grupo para o objeto socialmente valorizado (HIV/AIDS).

Pode-se dizer que cada indivíduo é um exemplar restrito e peculiar da sua cultura e de sua subcultura (MINAYO, 2010) e que agindo no sistema de representação este indivíduo como integrante de um grupo social, compartilha com o grupo a criação do objeto representado dando-lhe significado e realidade (WAGNER, 1998). Através desse caminho escolhido, busca-se descrever as representações sociais do HIV/AIDS para idosas atendidas em uma instituição de saúde direcionada ao atendimento à pessoa idosa em uma cidade do interior do Rio de Janeiro.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS ACHADOS DA PESQUISA

Este segmento tratará sobre as representações das mulheres idosas sobre o HIV. Para AZEVEDO *et al.*, (2006, p. 206) o estudo de fenômenos sociais, como a sexualidade e a aids, permite contemplar, através da teoria das Representações Sociais, não apenas os saberes científicos a este respeito, como também o conhecimento elaborado espontaneamente no convívio social, determinante do pensamento social e das condutas do indivíduo inserido em um grupo social.

Para alcançar os objetivos do trabalho serão discutidas as representações sociais destas mulheres sobre o vírus, seus anseios e suas dúvidas e a motivação de cada mulher pela busca dos saberes e das práticas preventivas. E o quanto estas representações podem implicar na vulnerabilidade e contaminação pelo HIV.

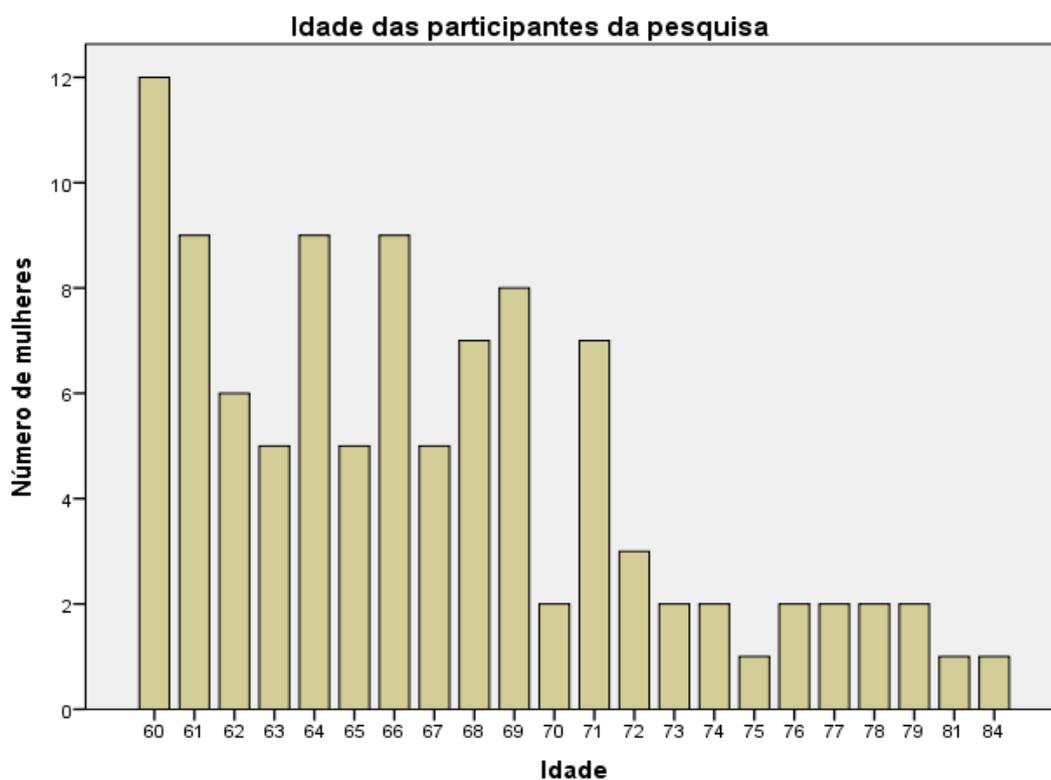
A abordagem dos dados foi realizada de três formas, inicialmente com a caracterização dos participantes, depois com a análise da técnica projetiva de Associação Livre de Palavras (TALP) e posteriormente a discussão dos dados coletados através da entrevista de 21 mulheres idosas

Antes de apresentarmos as categorias nomeadas a partir das entrevistas, e o resultado da TALP faremos uma caracterização dos participantes do estudo, de forma a permitir uma análise integral e contextualizada do grupo estudado, apreendemos alguns dados sociais e econômicos com a finalidade de caracterizar essas participantes.

6.1. CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2013 e março de 2014. Os gráficos 1, 2 e 3 demonstram a frequência da idade das participantes da pesquisa, as proporções na amostra da técnica utilizada e momento de recrutamento, respectivamente.

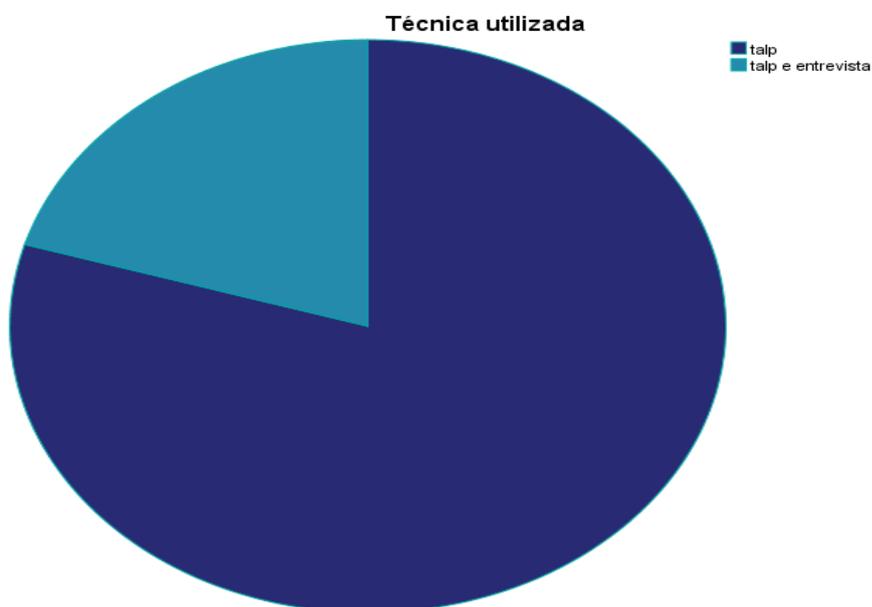
Gráfico 1 – Representação em frequência numérica da idade das participantes do estudo.



Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

Participaram do estudo 103 pessoas, todas pertencentes ao sexo feminino com idade entre 60 e 84 anos com uma média de 66,83 anos (Desvio padrão +- 5,539 anos), nascidas entre 1929 e 1954. A classe modal esteve presente entre as mulheres de 60 anos de idade, totalizando 12 mulheres (11,7%).

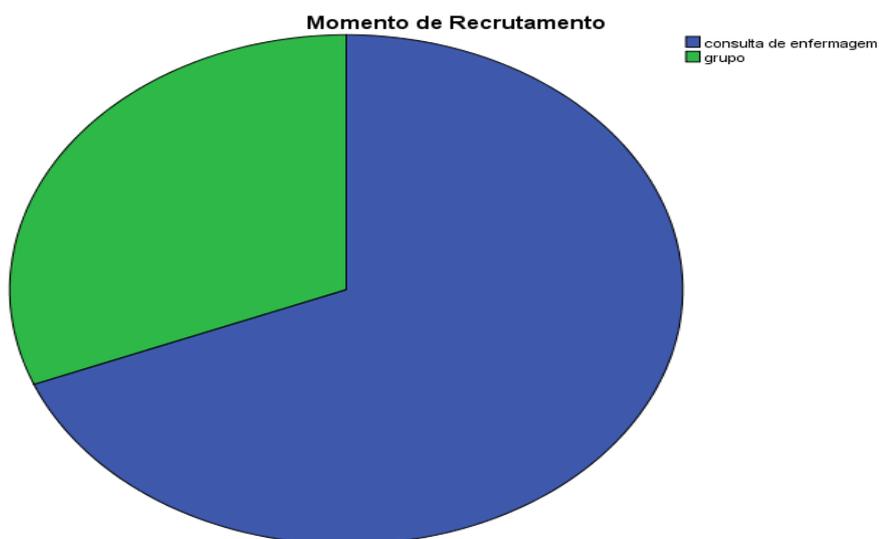
Gráfico 2 - Proporção entre as técnicas utilizadas na amostra.



Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

As 103 participantes foram submetidas a TALP, sendo que 21 mulheres (20,4%), posteriormente foram convidadas para a realização da entrevista. O critério utilizado para interromper a coleta de dados por meio da entrevista foi a saturação dos dados.

Gráfico 3 - Proporção entre os momentos de recrutamento da pesquisa.



Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

Das participantes, 32 pessoas (31,1%) eram provenientes dos grupos de convivência e 71 (68,9%) foram recrutadas durante a consulta de enfermagem. Os grupos de convivência acontecem todas as terças e quartas na unidade onde realizou-se a coleta de dados, estes grupos são compostos de homens e mulheres e os assuntos abordados variam desde promoção à saúde, direitos e deveres das pessoas com mais de 60 anos e jogos para a manutenção do vínculo com a profissional que ministra o grupo e entre os participantes. As consultas de enfermagem são realizadas para a coleta de colpocitologia oncótica (preventivo), exame clínico das mamas, orientação quanto a terapias não farmacológicas e a mudança de estilo de vida para portadores de doenças crônicas (hipertensão e diabetes) e orientações quanto a hábitos saudáveis para os demais usuários. Ressaltamos que dentre as entrevistadas uma mulher é proveniente do grupo de convivência e as demais entrevistadas oriunda das consultas de enfermagem.

A tabela 1 apresenta a relação entre o estado civil informados pelas mulheres que participaram do estudo e a presença ou ausência de vida sexual ativa.

Tabela 1- Relação entre estado civil e vida sexual ativa

		Vida Sexual		
		Sim	Não	Total
Estado Civil	Solteira	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (3,9%)
	Casada	15 (45,5%)	18 (54,5%)	33 (32,0%)
	Separada	3 (33,3%)	6 (66,7%)	9 (8,7%)
	Divorciada	6 (50,0%)	6 (50,0%)	12 (11,7%)
	Desquitada	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (2,9%)
	Viúva	8 (19,0%)	34 (81,0%)	42 (40,8%)
	Total	34 (33,0%)	69 (66,0%)	103 (100,0%)

Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

Foram considerados no estado civil as situações solteira, casada, separada, divorciada, desquitada e viúva. Dentre as mulheres 42 (40,8%) eram viúvas, seguidas de 33 (32,0%) que eram casadas, 12 (11,7%) eram divorciadas, 9 (8,7%) eram separadas 4 (3,9%) solteiras e 3 (2,9%) eram desquitadas. De acordo com a tabela 1, o estado civil não assegura uma vida sexual ativa para essas mulheres, pois entre as mulheres casadas mais da metade (54,5%) não possuem vida sexual ativa. Já entre as divorciadas a presença ou não da vida sexual é proporcional (50%) e as mulheres separadas e desquitadas em sua maioria não possuem vida sexual ativa (66,7%), assim como as viúvas (81,0%).

Os relatos das mulheres revelam que a não continuidade da vida sexual ocorre pela presença de doenças crônicas como hipertensão e diabetes nos homens e sintomas pós menopausa como ressecamento vaginal nas mulheres, que incapacitam o ato sexual. Porém este não é um fator restrito às pessoas com mais de 60 anos, assim com afirma Sousa (2008) “a doença pode reduzir ou impedir o interesse pela sexualidade em qualquer idade”.

A não continuidade da vida sexual pode gerar problemas conjugais que obrigam a mulher a se manter no relacionamento para apreciação dos outros e manutenção das “aparências”. Logo, a mulher para se manter neste jogo social e demonstrar equilíbrio na vida pessoal submete-se a este tipo de relacionamento.

Para algumas mulheres, a manutenção do relacionamento sem relações sexuais sobrevém a partir de outros sentimentos, como o companheirismo, a cumplicidade e a amizade. Construídos durante os anos de vida conjugal, esses sentimentos surgem neste momento como apoio ao casal. Frequentemente, quando questionadas quanto a vida sexual, as mulheres com vida sexual inativa relataram que convivem com o companheiro “como se fossem irmãos”.

De acordo com Oltramari e Camargo (2010, p. 276):

O amor e a conjugalidade se estabelecem a partir de uma elaboração partilhada de significados nas relações sociais, ou seja, eles acontecem em um jogo social como qualquer outra interação humana.

Embora 75% das mulheres solteiras não possuam vida sexual ativa, não foram encontrados casos nos quais a mulher não tenha se iniciado na vida sexual. As viúvas estão entre as que menos perpetuam a vida sexual (19%), devido à permanência da fidelidade ao marido, mesmo após a morte. A atitude destas mulheres reforça o perfil feminino monoconjugalista descrito por Aboim (2012) no qual a mulher, após a morte do parceiro, encerra sua vida sexual.

A tabela 2 demonstra a relação entre possuir ou não companheiro e a presença da vida sexual. Para as idosas o termo “companheiro” representa aquele com quem convivem diariamente, mesmo que não habitem no mesmo domicílio.

Tabela 2 - Relação entre possuir companheiro e ter vida sexual ativa

		Possui companheiro		
Vida Sexual		Sim	Não	Total
	Sim	26 (75,8%)	8 (24,2%)	34 (33,0%)
	Não	18 (26,1%)	51 (73,9%)	69 (67,0%)
	Total	44 (42,7%)	59 (57,3%)	103 (100,0%)

Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

As mulheres que possuem companheiro somam 42,7% do total de participantes enquanto 57,3% não possuem. Apesar desta categoria (mulheres com companheiro) identificar mais mulheres com vida sexual ativa (75,8%), isto não é uma regra, para as mulheres foram considerados companheiros os conjugues, namorados e amigos que coabitavam ou não com as mesmas, mesmo assim ajudando nas despesas domiciliares.

A representação do termo companheiro para as participantes desta pesquisa aflora de forma semelhante ao estudo de Oltramari e Camargo (2010, p. 276) que compreende a conjugalidade:

Não como relação de coabitação ou como relacionamento que suponha monogamia... ...mas como uma relação que permeia trocas afetivo-sexuais entre os envolvidos, com intenção de permanecerem juntos por determinado tempo.

Porém, o fato de possuir ou não companheiro revela maior relação com a continuidade da vida sexual entre as mulheres. Durante a coleta dos dados, muitas mulheres afirmaram problemas nos relacionamentos iniciados na juventude e na fase adulta e agora, na terceira idade encontraram companheiros que “combinavam” melhor com elas. Durante a aplicação dos questionários (TALP) e das entrevistas as perguntas que mais geravam desconforto nas mulheres estavam relacionadas à vida sexual.

A reprovação social e a autocensura referentes à manutenção de vida sexual em idade avançada estavam e ainda podem estar na origem da interrupção da sexualidade ativa (MOTTA *et al*, 2005). Este desconforto já é evidente em pesquisas anteriores, o assunto

sexual por si só é delicado e invade, de certo modo, uma esfera da vida privada (SOUSA, 2008).

A tabela 3 expõe o estado de origem das mulheres que participaram do estudo.

Tabela 3: Representação e porcentagem do estado de origem das participantes da pesquisa

Estado de Origem		
	N	(%)
Rio de Janeiro	78	75,7
Minas Gerais	22	21,4
Outros estados	3	2,9
Total	103	100,0

Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

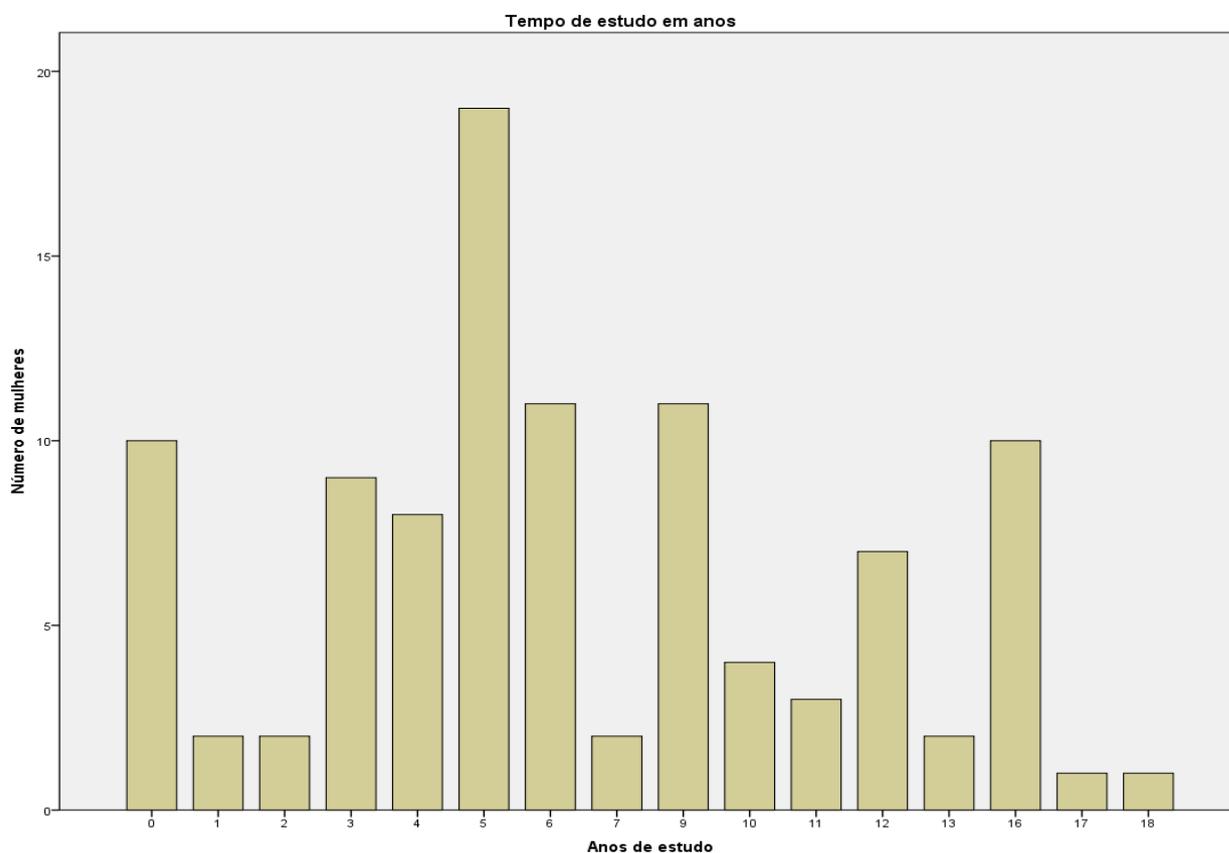
Quanto à origem, das 78 (75,7%) idosas provenientes do estado do Rio de Janeiro, 60 (58,3%) eram provenientes do município onde foi realizada a pesquisa, este que localiza-se no interior do estado do Rio de Janeiro. Dentre as mulheres, 43 (41,3%) são naturais de outros municípios brasileiros com exceção do município onde realizou-se a pesquisa. Sendo estes municípios situados no estado do Rio de Janeiro, Minas Gerais e outros estados.

A moda deu-se por mulheres naturais do estado do Rio de Janeiro (75,7%), sendo estas mulheres provenientes ou não do município onde foi realizada a pesquisa. Dentre as mulheres 22 (21,4%) são naturais de municípios do estado de Minas Gerais, seguidas de outros estados com menor incidência (2,9%).

O fato do estado de Minas Gerais ter o segundo maior índice de naturalidade ocorre devido à localização geográfica da cidade onde ocorreu a pesquisa, que segundo o IBGE (2012) localiza-se em região fronteiriça entre os estados do Rio de Janeiro e Minas Gerais. Como é a cidade que possui uma melhor infraestrutura no quesito comercial, empregatício e de saúde, recebe pessoas de municípios vizinhos de pequeno porte no estado de Minas Gerais.

O gráfico 4 é representativo da frequência numérica da quantidade de anos de estudo das participantes desta pesquisa.

Gráfico 4 –Demonstrativo do tempo de estudo em anos das participantes da pesquisa



Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

Quanto à educação escolar, as idosas apresentaram um valor de 0 e 18 anos estudados, com uma média de 6,9 anos estudados (Desvio padrão +- 4,7 anos).

A classe modal foi equivalente a 5 anos estudados, com 19 mulheres (18,3%) fazendo parte desta categoria. Devido à dispersão dos valores ocorreu a diferenciação dos valores de média (6,9) e mediana (6,0), com a variância de 22,9.

A tabela 4 apresenta o nível de escolaridade das mulheres participantes do estudo, sendo considerados como níveis: Analfabeto, Ensino fundamental incompleto, fundamental completo, Ensino médio incompleto, médio completo e ensino superior completo.

Tabela 4 - Tabela representativa do nível de escolaridade das participantes da pesquisa

Nível de Escolaridade		
	N	(%)
Analfabeto	11	10,7
Ensino fundamental incompleto	53	51,5
Ensino fundamental completo	11	10,7
Ensino médio incompleto	7	6,8
Ensino médio completo	9	8,7
Ensino superior completo	12	11,6
Total	103	100,0

Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

A escolaridade influenciou nos saberes e na adesão das práticas preventivas das mulheres contra o HIV. Quanto ao nível de escolaridade, a classe modal foi o ensino fundamental incompleto (51,5%), revelando uma amostra, em sua maioria, com um baixo nível de escolaridade. Não participou da pesquisa nenhuma mulher com ensino superior incompleto por isso não foi incluído este item na tabela.

A tabela 5 compara o nível de escolaridade e a adesão ao uso do preservativo.

Tabela 5: Escolaridade versus informação e adesão ao uso de preservativo pelas mulheres entrevistadas

		Adere ao uso do preservativo		
		Sim	Não	Total
Nível de escolaridade	Analfabeto	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (19,0%)
	Ensino fundamental incompleto	2 (14,3%)	12 (85,7%)	14 (66,7%)
	Ensino médio completo	0 (0,0%)	1(100,0%)	1 (4,8%)
	Ensino superior completo	1 (50,0%)	1 (50,0%)	2 (9,5%)
	Total	4 (19,0%)	17 (81,0%)	21 (100,0%)

Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

Durante as entrevistas, as idosas foram questionadas quanto à aceitação e uso do preservativo. Dentre as 21 idosas que aceitaram participar da entrevista 17 (81%) responderam que não sabiam como usar e não tinham o hábito de usar o preservativo. Demonstrando o baixo índice de adesão ao preservativo na amostra.

Como a tabela demonstra, entre as mulheres com nível superior completo, 50% utiliza ou já utilizou o preservativo rotineiramente. Em contrapartida 75% das mulheres analfabetas, nunca utilizou o preservativo, a única que possuía Ensino médio completo também nunca aderiu à prática preventiva. Seguida de 85,7% das mulheres com o ensino fundamental incompleto, logo, o maior índice de não adesão ao uso do preservativo encontra-se na soma dos dois níveis de escolaridade mais basais (85,7%).

Dados de estudos anteriores afirmam que, segundo Taquette (2013, p.230) “há uma relação entre anos de educação e uso do preservativo...” “...Quanto mais baixo o nível de escolaridade, menores são as chances do preservativo ser usado. ”

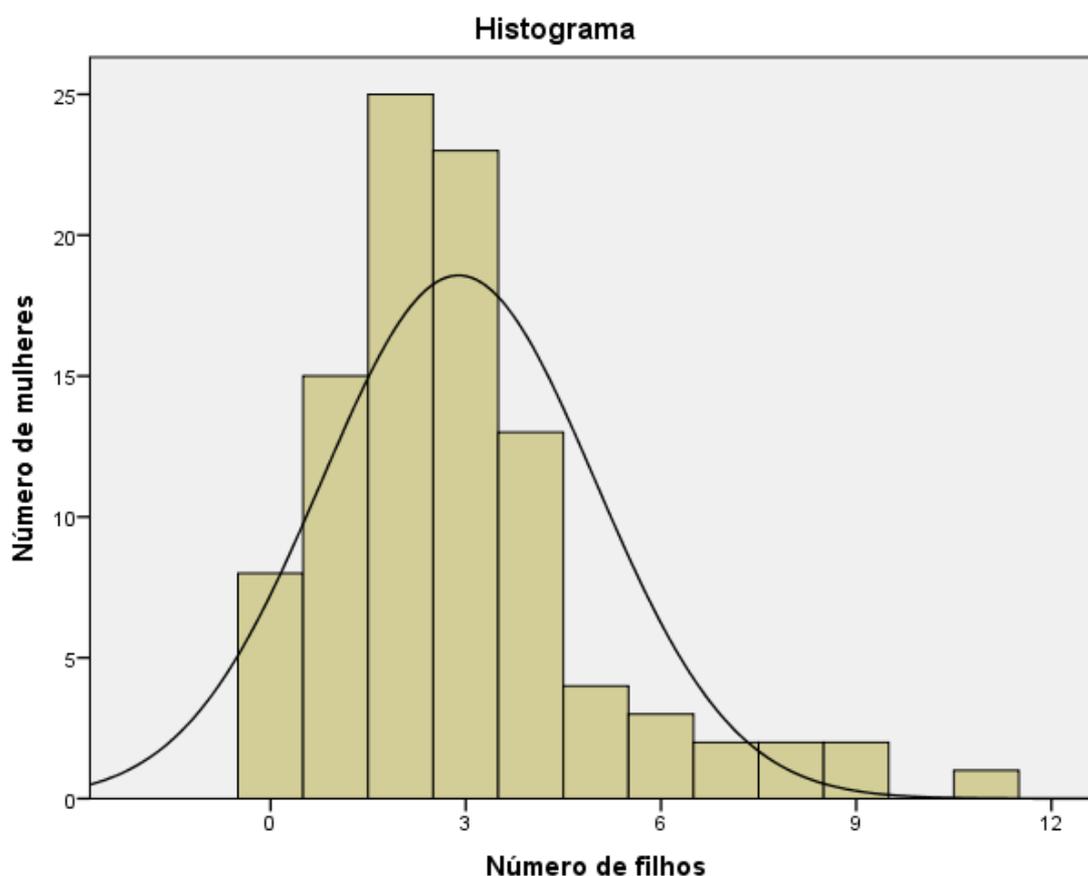
Porém nesta amostra cabe ressaltar que a escolaridade não influenciou na adesão ao uso do preservativo, pois mais do que educação e escolaridade o uso do preservativo está relacionado à informação das mulheres. Evidentemente um indivíduo com maior escolaridade tem maior facilidade para apreender as informações.

Estudos comprovam que pessoas com maior nível de escolaridade, tendem a assimilar melhor as informações, fato que contribui com a maior adesão ao uso do preservativo, logo o acesso à educação proporciona diminuição na vulnerabilidade dos indivíduos (OKUNO *et al*, 2012).

Quanto ao perfil escolar das idosas que aceitaram participar da entrevista, a classe modal ocorre entre aquelas que possuem ensino fundamental incompleto com um total de 14 (66,7%) entre as 21 mulheres entrevistadas.

A seguir, o gráfico que representa o número de filhos por participante do estudo.

Gráfico 5 – Evidencia apresentação da curva normal na distribuição de número de filhos por mulher

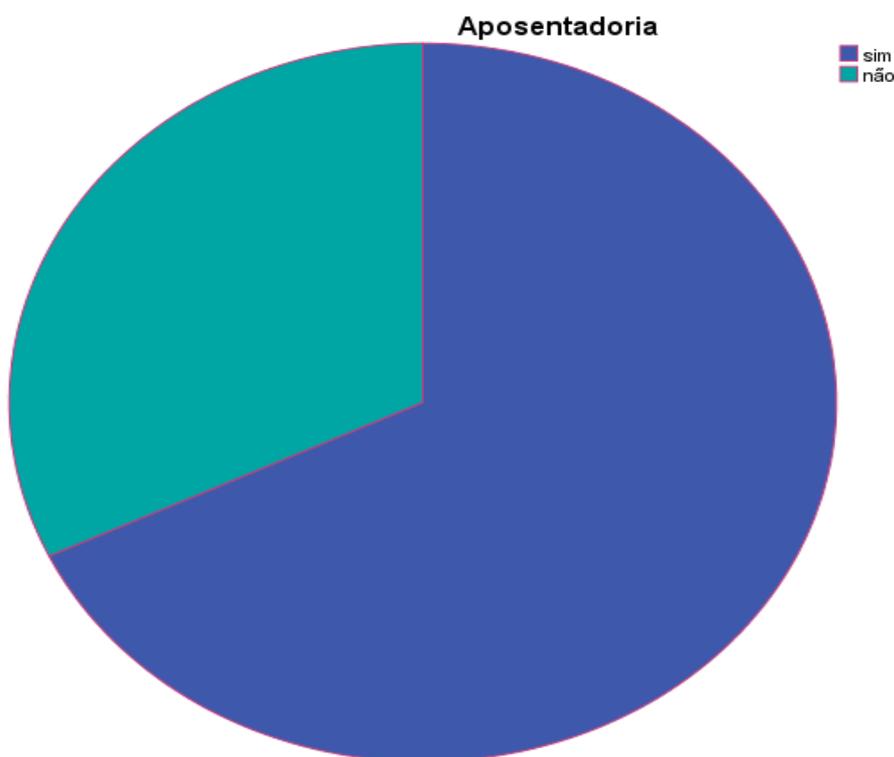


Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

Dentre as mulheres, 9 (92,2%) possuem filhos. O número de filhos varia entre 1 a 11, com uma média de 2,9 filhos por mulher, mediana de 3,0 e com o desvio padrão de 2,1 filhos. Devido às características de dispersão dos dados a média e a mediana estão próximas e o gráfico apresenta uma distribuição simétrica (normal).

O gráfico a seguir demonstra a proporção das mulheres aposentadas, não foram consideradas as mulheres pensionista por óbito do marido ou pai.

Gráfico 6 – Proporção entre mulheres aposentadas e não aposentadas na amostra



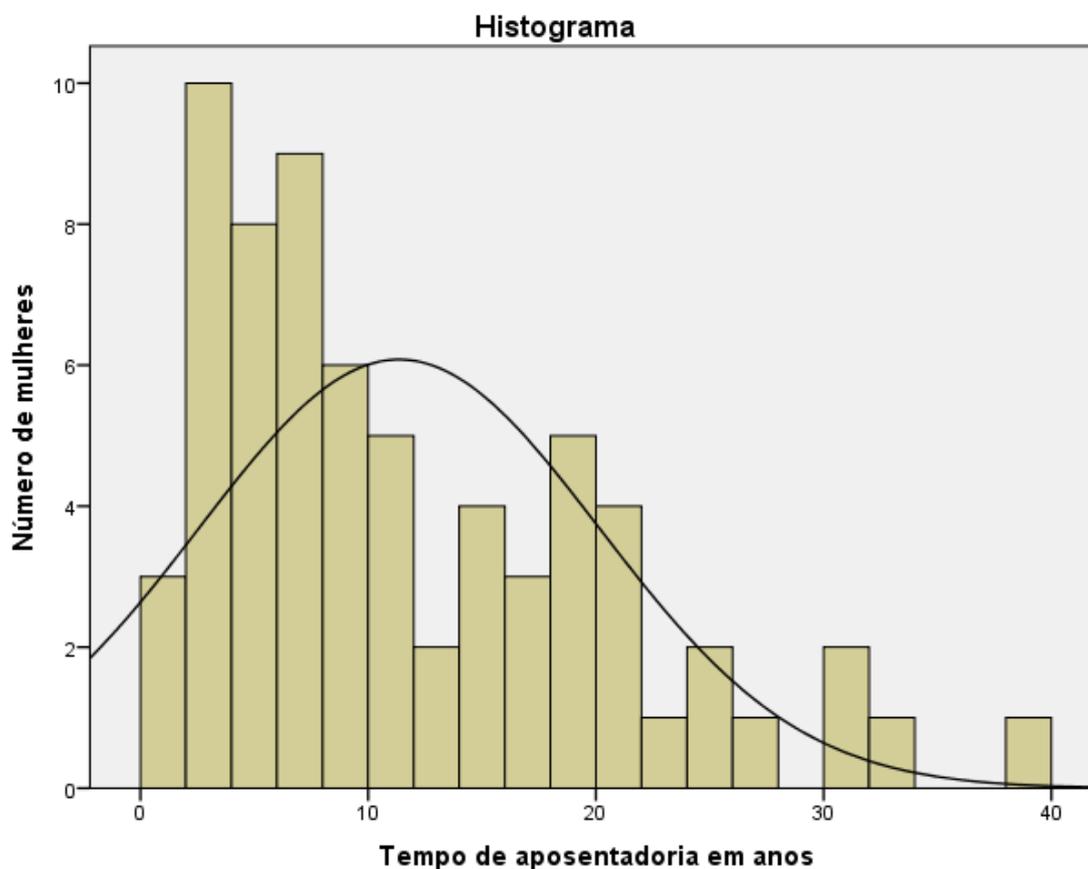
Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

Durante a coleta de dados as mulheres foram questionadas sobre sua atividade laboral, e evidentemente como trata-se de uma população idosa, encontrou-se um número relevante de pessoas aposentadas.

Das participantes 70 (68,0%) eram aposentadas por idade, tempo de serviço ou por invalidez e 33 (32,0%) mulheres ainda trabalhavam, não contribuía com a previdência social ou estavam em processo de aposentadoria.

O gráfico a seguir representa a distribuição entre as participantes da pesquisa e o tempo de aposentadoria em anos.

Gráfico 7 – Apresenta a distribuição das participantes da pesquisa pelo tempo de aposentadoria em anos



Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

As mulheres se aposentaram entre os anos de 1969 e 2013, sendo a moda nos anos de 2008 e 2009 cada um com seis mulheres. No que tange ao tempo de aposentadoria em anos, as mulheres têm entre um e 39 anos de aposentadoria, com uma média de 11,36 anos por mulher e uma mediana de 9 anos com um desvio padrão de +- 8,79 anos. Devido à dispersão heterogênea dos dados o gráfico 7 apresenta uma distribuição assimétrica à direita.

A tabela 6 expõe a frequência das idosas em suas respectivas ocupações divididas em classes, sendo estas: Não especializada, semiespecializada, especializada e do lar.

Tabela 6 - Tabela de enquadramento das participantes do estudo em categorias profissionais

	Mão de Obra	
	N	(%)
Não especializada	30	29,1
Semiespecializada	24	23,3
Especializada	17	16,5
Do lar	32	31,1
Total	103	100,0

Fonte: Dados coletados entre outubro de 2013 e março de 2014 pela autora.

As participantes do estudo apresentaram diversas profissões e ocupações, para as quais pode-se observar a presença de mão de obra não especializada, semiespecializada e especializada. Como exposto na tabela 6.

Para divisão das categorias foram considerados os seguintes critérios: para a mão de obra especializada qualquer tipo de profissão que exija especialização escolar, independentemente do nível de escolaridade, como professores de nível superior e médio, administradores, analistas de sistema entre outras profissões; classificou-se como mão de obra semiespecializada, aquelas profissões que exigem treinamento prévio para exercício como, costureira, operadores industriais entre outras; e como mão de obra não especializada profissões que não necessitem de treinamento prévio para seu exercício como, doméstica, lavadeira, auxiliar de serviços gerais entre outras profissões. Os critérios definidores desta classificação estão isentos de qualquer pretensão em julgar a capacidade laboral de qualquer uma das participantes

Quanto às profissões/ocupações, 32 (31,1%) das mulheres declararam-se como do lar, 30 (29,1%) exerciam profissões não especializadas, 24 (23,3%) exerciam profissões que dependem de treinamento prévio e apenas 17 (16,5%) exerciam profissões que tem como pré-requisito ensino educacional. A evidência de mais da metade das participantes se enquadrarem na categoria do lar e de mão de obra não especializada (somados 60,2%) ratifica o perfil de baixa escolaridade e baixa qualificação entre as participantes.

6.2. ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SEGUNDO A TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS.

A representação das palavras evocadas apresentada no gráfico 9 (ilustração 9) advém da Análise Fatorial de Correspondência (AFC) e retrata a atração e/ou afastamento entre as variáveis fixas e as de opinião. O gráfico gerado foi analisado a partir da interpretação de como as modalidades de opinião (evocações) e as sociodemográficas (**vida sexual e parceria**) se reúnem e se afastam, formando grupos que são distribuídos a partir do jogo de oposições nos eixos ou fatores (F1 e F2).

A construção gráfica foi realizada mediante três estímulos indutores para as evocações, sendo estes: a representação do HIV/AIDS (estímulo 1); a representação do HIV/AIDS e prevenção (estímulo 2) e a representação do HIV/AIDS e idoso (estímulo 3). O quadro a seguir demonstra os estímulos indutores utilizados para as evocações.

Quadro 1 – Demonstrativo dos estímulos indutores utilizados para as evocações e suas respectivas classificações ordinárias.

Estímulo indutor	Número do estímulo
Cite cinco palavras que vêm a sua mente quando escuta as palavras HIV/ AIDS.	Estímulo 1
Cite cinco palavras que vêm à sua mente quando escuta a palavra HIV/ AIDS e prevenção.	Estímulo 2
Cite cinco palavras que representem a expressão HIV/AIDS e idoso para você.	Estímulo 3

Fonte: Elaborado pela autora.

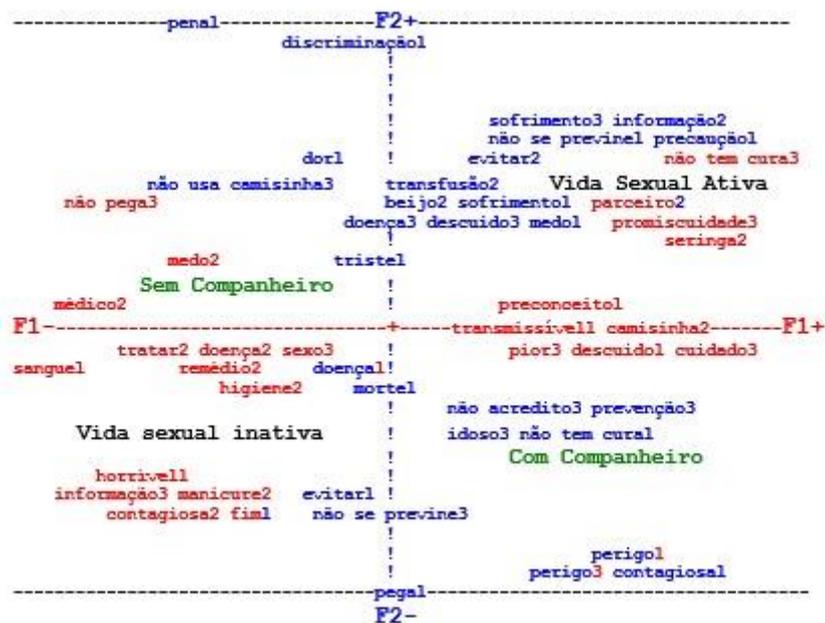
O processamento dos dados no *Tri-deux-mots* utilizou como variáveis fixas vida sexual e parceria e revela a partir da AFC o jogo de oposições encontrado nas evocações aos estímulos. Para fins de análise e tratamento das informações obtidas, foram consideradas as respostas tendo como referência a frequência igual ou superior a 4 (quatro) vezes repetidas e evocadas em relação a cada estímulo indutor. Foram evocadas 1342 palavras por 103 mulheres que constituíram a amostra, das quais 341 palavras foram diferentes.

A partir do gráfico, pode-se observar que o fator 1 se caracteriza pela oposição entre a parceria das mulheres. No lado direito, encontra-se o fator 1 positivo (F1+) onde estão evidenciadas as representações das mulheres com companheiro. O fator 1 negativo (F1-), à esquerda demonstra as representações das mulheres sem companheiro. No fator 2 se destaca a oposição em relação à vida sexual. Na parte superior, encontra-se o fator 2 positivo (F2+) que revela as respostas das mulheres com vida sexual ativa. Já o fator 2 negativo (F2-) apresenta as representações das mulheres com vida sexual inativa.

O fator 1, é representado no gráfico pela cor vermelha e posição horizontal no eixo das abscissas. Ele traduz as representações mais significativas, explicando 71% da variância total de respostas. O fator 2 está na cor azul, posição vertical, no eixo das coordenadas e apresenta percentual de variância de 29%. Somados os valores percentuais do F1 e F2, explicam-se 100% de variância total das respostas, o que por sua vez caracteriza a análise como de alta significância, uma vez que, para Di Giacomo (1993), há significância quando os dois fatores em conjunto conseguem explicar ao menos 15% da variância total.

As palavras apresentadas no gráfico escritas nas cores verde e preto se referem às variáveis fixas (vida sexual e parceria). As demais palavras consistem nas representações ou respostas das mulheres aos estímulos usados na TALP (Técnica de Associação Livre de Palavras) que estão apresentadas na cor azul ou vermelha. Assim, as palavras que contribuíram na construção do fator 1, ou eixo 1 aparecem na cor vermelha, enquanto que aquelas que obtiveram maior contribuição para o eixo 2 são as de cor azul. Algumas respostas aparecem com as cores azul e vermelha isso por que tiveram dupla contribuição na construção dos fatores 1 e 2. Vale ressaltar que todas as palavras no gráfico possuem em sua terminação um número correspondente ao estímulo indutor da resposta (ver legenda no gráfico 8).

Gráfico 8 - Representação gráfica (Fatores 1 e 2) da AFC das RS sobre HIV/Aids para mulheres idosas



LEGENDA

- F1+ Mulheres com companheiro
- F1- Mulheres sem companheiro
- F2+ Mulheres com vida sexual ativa
- F2- Mulheres sem vida sexual ativa

Estímulos: 1-HIV/ AIDS ;2-HIV/ AIDS e prevenção; 3- HIV e idoso

Fonte: *Tri-deux-mots 2.2*

No gráfico 8, o fator 1 (F1+), lado positivo, vermelho, à direita, encontram-se as mulheres com companheiro. Com relação ao HIV/AIDS (estímulo 1), as mulheres evocaram como uma doença **perigosa**, geradora de **preconceito**, de caráter **transmissível** relacionado ao **descuido** das pessoas.

As mulheres com companheiro evocaram para HIV/AIDS e prevenção (estímulo 2) a **camisinha** como o principal fator de prevenção para a doença, seguido de cuidados com a **seringa**, pois estes objetos podem ser fonte de infecção, assim como cuidados com o **parceiro**.

Para a representação de HIV/AIDS e idoso (estímulo 3) as mulheres acreditam que a doença está relacionada à **promiscuidade** e para os idosos é **pior** que nas demais faixas etárias, apresentando **perigo**, e já que **não tem cura** é necessário ter **cuidado**.

As mulheres com companheiro evocaram para o HIV/AIDS (estímulo 1) o caráter de perigo de uma doença que é transmissível. O elemento relacionado à responsabilidade pessoal perante ao contato com a aids (descuido) foi significativo nas evocações das mulheres. Natividade e Camargo (2011, p.172) ressaltam que “o comportamento de prevenção, o uso de preservativo, estaria ligado à noção de responsabilidade em usá-lo e de seu opositor ao não usá-lo”. Esse fator destaca a característica prescritiva de comportamento diante do objeto de estudo, que associa-se às orientações práticas.

Quando questionadas quanto à prevenção (estímulo 2) a evocação da camisinha como principal forma de prevenção foi significativo. Confirmando dados de estudos anteriores que afirmam que a valorização do elemento preservativo é maior entre as mulheres (NATIVIDADE; CAMARGO, 2011).

Também evidenciou-se a palavra seringa, pois como se sabe a transmissão do HIV envolve a exposição a fluidos corporais (PEREIRA; NASCIMENTO, 2004). Sendo o sangue um dos principais fluidos corporais, figura no imaginativo das mulheres como o principal veículo de transmissão do HIV. Essa representação também é reforçada pela caracterização atribuída à AIDS no início da epidemia como “doença dos 5 H”, dentre os quais encontravam-se os usuários de heroína, os quais utilizam-se de seringas para a aplicação da droga (BRASIL, 2012 b).

A representação da seringa como forma de transmissão é uma questão geracional, salientando que estas mulheres vivenciaram a banalização das drogas ocorrida nas décadas de 60 e 70. Mesmo não fazendo parte deste grupo, estas mulheres acompanharam esta liberação sexual e uso de drogas através dos meios de comunicação e difusão da época.

A representação da palavra seringa também está associada a crença da AIDS como uma doença grave, que necessita de hospitalização e de tratamento através de medicações injetáveis, reforçando o caráter de perigo atribuído à doença pelas mulheres.

Os cuidados quanto à escolha do parceiro, também são evocados pelas mulheres. Estas acreditam que a manutenção de um parceiro único, mesmo sem a utilização de preservativo nas relações sexuais, caracteriza-se como fator de proteção. De acordo Silva e Vargens (2009, p. 404) “o uso dos preservativos traz a ideia de comportamentos sexuais desviantes do modelo monogâmico, onde prezam a fidelidade e a confiança”.

Para o estímulo 3 as mulheres com companheiro elaboraram para a população idosa o HIV ligado à promiscuidade. As mulheres que possuem relacionamento estável naturalmente não consideram-se vulneráveis ao HIV. De acordo com Silva e Vargens (2009,

p.404) as mulheres “entendem que essas doenças são próprias de mulheres da vida, ou aquelas que têm relações sexuais com vários parceiros”. Acreditam que há segurança na relação sexual com um único parceiro, não percebendo-se vulneráveis pelo fato de manter relação sexual desprotegida.

A caracterização da AIDS como doença incurável evidencia o perigo desta doença, emergindo a necessidade dos cuidados para não contrair a doença. Pesquisas anteriores já revelam certa reserva da população idosa quanto a relações amorosas, assim como evidencia-se a evocação do cuidado nesta população de mulheres idosas com companheiro. De acordo com Souza (2005, p. 131) as idosas possuem “um tom cauteloso, quando se referem às relações amorosas e aos projetos de conjugalidade atuais...”.

O fator 1 (F1-), lado negativo, vermelho, à esquerda, representa as mulheres sem companheiro. Estas mulheres evocaram para o estímulo AIDS (estímulo1) caracterizando-a como uma **doença horrível** relacionada ao **sangue** e que é considerada o **fim**.

Esse mesmo grupo representa o 2º estímulo (HIV/Aids e prevenção) como uma **doença** que é **contagiosa**, que gera **medo**, que precisa do **médico** e do **remédio** para **tratar** e ter cuidado com a **higiene** e com a **manicure**

Em relação ao estímulo 3 (HIV/aids e idoso) as mulheres evocaram como uma doença relacionada ao **sexo**, que a pessoas idosas não estão susceptíveis, isto é, **não pega**, mas que há a necessidade de **informação**.

Para o estímulo 1 (HIV/AIDS), as mulheres sem companheiro atribuíram à doença a denominação de algo horrível e que leva ao fim. O universo simbólico que permeia as representações da AIDS gera informações que tiram o foco da prevenção da doença, assim como afirma Silva e Reis (2012, p. 1452) onde observam que “a questão da Aids faz emergir no universo simbólico dessas mulheres preocupação, incertezas e medo. Entretanto, esses sentimentos não lhes permitem efetivar mecanismos de proteção”.

O elemento doença constitui alto valor simbólico, sendo um descritor da AIDS, assim como evidenciado em estudos anteriores (NATIVIDADE; CAMARGO, 2011).

Surge ainda a evocação da AIDS como uma doença do sangue, dado proveniente do universo reificado e interiorizado pelo grupo, que identifica o HIV como um vírus presente nos fluidos corporais, dentre eles o sangue.

Para o estímulo 2 (HIV/Aids e prevenção) surgem as evocações da AIDS como doença que necessita de cuidados médicos e de medicação para o tratamento. Estas

evocações estão ancoradas no conceito do portador do HIV como alguém com debilidade física, também ligada à necessidade de hospitalização.

A evocação da palavra higiene e da manicure estão interligadas pelo caráter contagioso da doença. Sendo as formas de transmissão confundidas com outras doenças transmissíveis divulgados pela ciência (universo reificado), exemplificado, pelos cuidados com os instrumentos da manicure que podem entrar em contato com o sangue e transmitir vírus com maior resistência ao ambiente como é o caso da hepatite B (BRASIL, 2005).

Com relação à AIDS na população idosa (estímulo 3), a evocação de uma doença que “não pega” nesta população específica, confirma dados de estudos anteriores, nos quais as mulheres reconhecem os jovens como mais vulneráveis à doença (SILVA; VARGENS, 2009). A associação à forma de transmissão mais conhecida (sexual) estabelece relação com a ideia de idosos “assexuados”, justificando a não infecção da população idosa pelo HIV.

A necessidade de informação para esta população está interligada ao conceito de que idosos não necessitam de orientação quanto à prevenção para ISTs. Este conceito está enraizado no imaginário coletivo, inclusive entre os profissionais de saúde que subestimam este tipo de orientação à população idosa. Este é um fator muito comum nas instituições de saúde, inclusive na própria consulta de enfermagem. De acordo com Pereira et al (2013, p.1)

O enfermeiro da atenção básica precisa atender o idoso sem discriminação em relação à atividade sexual, com diálogo aberto que propicie abordar com clareza o assunto sobre sexualidade e as medidas de prevenção. Tornando um assunto comum nas consultas de enfermagem facilitando a prevenção e diminuindo os números de infectados, assim contribuindo com a longevidade brasileira.

No fator 2 (F2+), cor azul, vertical, parte positiva, encontram-se as mulheres com vida sexual ativa. Essas mulheres para o estímulo a AIDS (estímulo1) evocaram a mesma como uma doença **triste** que gera **medo, sofrimento, dor, pena e discriminação**. Adquirida por quem **não se previne**, daí a necessidade da **precaução**.

Esse mesmo grupo representa o 2º estímulo (HIV/Aids e prevenção) como uma doença que pode se **evitar** tendo cuidado com a **transfusão**, com o **parceiro**, com o **beijo** e para isso é necessário ter **informação**.

Em relação ao estímulo 3 (HIV/aids e idoso) as mulheres evocaram como uma **doença** adquirida pelo **descuido**, pelo **não uso da camisinha** e que gera **sofrimento**.

Neste mesmo fator (F2+) o estímulo 1 traz a evocação mais significativa de palavras como preconceito medo e tristeza indicam que estas mulheres compartilham “uma representação mais normativa, já que com estas noções referem-se aos valores, à dimensão histórica e aos julgamentos” conforme afirma CAMARGO et al (2007, p. 281) estes valores

são típicos de discursos do gênero feminino. O medo também pode estar ligado à presença da relação sexual, indicando uma população que possui vida sexual ativa e têm medo de contrair o HIV.

A necessidade de prevenção já surge na evocação do que representa o HIV/AIDS (estímulo 1) na afirmação de que a pessoa que se contaminou, só o fez por não ter se prevenido. De acordo com Camargo et al (2007, p.283) “os elementos prevenção e responsabilidade, que surgiram recentemente na representação da doença, inserem uma questão mais pragmática, enfocada pelas campanhas de prevenção”.

Quando questionadas quanto à prevenção (estímulo 2), a preocupação com a transfusão sanguínea é uma representação ainda presente no imaginário das mulheres, que parece ser elaborada desde o início da epidemia. De acordo com o informe da OMS aos hemocentros (1999, p. 1) “a epidemia generalizada do HIV/AIDS fez com que nos concentrássemos na importância da prevenção das infecções transmitidas por transfusões (ITTs)” no sentido de contribuirmos de maneira efetiva na redução da possibilidade de contaminação e adoecimento das pessoas.

Tal representação ainda é significativa para este grupo, pois estas mulheres vivenciaram de forma mais efetiva esta forma de transmissão da epidemia. Conforme afirma Pereira e Nascimento (2004, p. 11):

No Brasil, o primeiro caso de transmissão da aids por transfusão sanguínea foi reconhecido no ano de 1982, mas outros casos em hemofílicos foram descritos nessa mesma década. Em 1996, houve 326 casos notificados de contaminação com vírus da aids por meio de transfusões sanguíneas, correspondendo a um risco de 1,6%. Entretanto, entre os anos de 1998 e 2000 o risco caiu para 0,1%.

Somente a partir de 1985, os hemocentros Brasileiros tiveram acesso aos testes sorológicos para detecção de anticorpo anti-HIV na triagem sorológica de doadores de sangue. A detecção laboratorial do HIV pode ser feita por meio de testes que pesquisem anticorpos, antígenos ou que isolem o vírus (PEREIRA; NASCIMENTO, 2004).

A necessidade de informação associada à prevenção também foi evocada pelas mulheres, evidenciando ainda as poucas políticas de prevenção para o HIV/AIDS direcionadas a esta população específica. De acordo com Sousa (2008, p. 59)

A literatura científica relativa a riscos para o HIV, esteve predominantemente preocupada com as características de risco em outros grupos da população, como os adultos jovens, os adolescentes e as crianças. E por último, pela possibilidade de direcionamento de campanhas preventivas, focadas para este grupo populacional específico, até então excluídos das discussões de vulnerabilidade ao HIV e aids.

A deficiência de políticas eficazes e de orientação por parte dos profissionais de saúde acarreta em estratégias de prevenção desnecessárias, como por exemplo, entender que o beijo é uma maneira de contaminação. Portanto, abrindo mão dessa forma de afeto como estratégia de prevenção. A evocação da prevenção por meio de cuidados com o parceiro também não surge, na utilização do preservativo, mas sim na manutenção de parceiro único. Forma nem sempre eficaz de prevenção, uma vez que muitos desconhecem a sua condição sorológica e não se pode ter certeza da fidelidade do companheiro.

As mulheres com vida sexual ativa evocaram para o estímulo 3 (HIV/AIDS e idoso) a AIDS como uma doença que é adquirida pelo não uso da camisinha, esse descuido, como as próprias mulheres evocaram é comum nesta população idosa que acredita não ser vulnerável ao HIV. Porém, esta população apresenta vulnerabilidade, já que se trata de uma parcela na qual a manutenção da vida sexual é cada vez mais frequente, pela utilização de medicações para disfunção erétil, assim como afirma Batista et al (2011, p.46) “com o advento dos medicamentos para a disfunção erétil, a frequência de exposições sexuais entre os idosos tem aumentado”.

Esta população não teve o hábito de lidar com métodos preventivos para ISTs e AIDS, durante toda a sua vida sexual e, como não se sentem vulneráveis ao HIV, acreditam não ser necessária a utilização desses métodos. Atualmente têm se levantado a discussão sobre a necessidade de direcionamento de práticas preventivas a essa população, já que é uma população que mantém-se sexualmente ativa.

Evidencia-se também entre as evocações o sofrimento causado pela doença principalmente na população idosa. Este elemento simbólico de características emocionais já foi encontrado em pesquisas anteriores, ligadas principalmente ao gênero feminino de diversas idades. De acordo com Natividade e Camargo (2011, p.172) “a aids associava-se ao medo, que por sua vez estaria relacionado à possibilidade de sofrimento e ao preconceito. Elementos de carga afetiva também já foram encontrados em pesquisas sobre representação social da aids para adolescentes e estavam associados às mulheres”.

O fator 2 (F2-), cor azul, vertical, parte negativa, representa as mulheres com vida sexual inativa. Estas mulheres evocaram para o estímulo AIDS (estímulo1) caracterizando-a como uma **doença contagiosa, perigosa que não tem cura** que leva ao **fim** com a **morte**. Por isso é necessário **evitar** pois **pega**.

A representação desse mesmo grupo para o 2º estímulo (HIV/Aids e prevenção) não apresentou evocação significativa.

Em relação ao estímulo 3 (HIV/aids e idoso) as mulheres evocaram como uma doença que requer **prevenção** e traz **perigo**, mas que **não acreditam** que o **idoso** possa tê-la. Acontece com quem **não se previne**.

Para as mulheres com vida sexual inativa, o HIV/AIDS (estímulo 1) surge com o caráter transmissível e incurável e de doença mortal. A representação destas mulheres para a prevenção (evitar) está ligada ao conceito de morte ligado a doença. E que para evitar esse mal é necessário evita-la. Assim como afirma Natividade e Camargo (2011, p.171) “para as mulheres a aids estaria ligada ao sexo e à morte, devendo ser prevenida por meio da adoção do uso de preservativo”. A prevenção por meio do preservativo não está evidente nas evocações dessas mulheres pois trata-se de uma população com dificuldade de adesão, às práticas preventivas, mesmo compreendendo que o melhor recurso é a prevenção.

Vale atentar para o fato do segundo estímulo indutor (HIV/AIDS e prevenção) não ter gerado evocações com frequência significativa para este grupo (mulheres com vida sexual inativa), implicando no seu ocultamento no gráfico. Fato semelhante ocorreu no estudo de Santos (2007, p.63; 64), no qual “percebeu-se que para a maioria das mulheres o tema causou hesitação e dificuldade de articular as respostas”.

Para as mulheres que não tinham de vida sexual o estímulo HIV/AIDS prevenção causou constrangimento, ou até mesmo desconhecimento sobre a temática. Pois para estas mulheres a prevenção não faz sentido, já que representam o HIV/AIDS como um vírus de transmissão sexual. Logo, as mesmas não elaboram para si mesmas a necessidade de prevenção, considerando-se invulneráveis à infecção pelo fato de não ser sexualmente ativa.

Para problematizar essa situação, é necessário discutir sobre a “zona muda” das representações sociais. Para Abric (2005, p.23) esta representação “faz parte da consciência dos indivíduos, ela é conhecida por eles, contudo ela não pode ser expressada, porque o indivíduo ou o grupo não quer expressá-la publicamente ou explicitamente”.

As pessoas, quando participam de um estudo nem sempre dizem o que pensam realmente. Optam por exteriorizar o considerado “politicamente correto” por temer represálias da sociedade. Representando então a zona muda, não o lado inconsciente de uma representação, mas sim o seu lado oculto (ABRIC, 2005; SANTOS, 2007).

A zona muda caracteriza-se pelas representações escondidas ou mascaradas, causadas pela inadequação do grupo de sujeitos que participam do estudo, tendo em vista as normas sociais não aceitas pelo grupo socialmente constituído. Ela é composta de elementos da representação que são “contra normativos”, ou seja, crenças que não são expressas pelo

sujeito em condições normais de produção, pois podem entrar em conflito com valores morais de um determinado grupo (MENIN, 2006).

Por outro lado o estímulo para a evocação, é o momento em que a mulher revisita seus comportamentos na juventude e tem a oportunidade de rever suas condutas quando era sexualmente ativa. Podendo tornar-se um estímulo traumático, pois só neste momento ela percebe o quanto foi vulnerável ao HIV/AIDS durante toda a sua vida. Estas mulheres, ao recordas as práticas de toda a sua trajetória, inclinam-se a calar ou evitar a evocação do que está realmente interiorizado.

Neste grupo (mulheres com vida sexual inativa), o HIV para a população idosa (estímulo³) surge como uma doença adquirida por quem não se previne. Apesar de não acreditar que a população idosa esteja sujeita a esta patogenia, fator confirmado por estudos anteriores que afirmam que a população em geral não acredita que o HIV está em seu grupo de pares (NATIVIDADE; CAMARGO, 2011). Estas mulheres acreditam que a única forma de se livrar do perigo do HIV é através da prevenção, mesmo não especificando as formas como esta deve ser feita.

6.3. REPRESENTAÇÃO DO HIV/AIDS COMO DOENÇA

Através dos discursos é que passamos a compreender como as representações sociais elaboradas por essas mulheres podem influenciar na dinâmica da doença para o grupo ao qual pertencem e as implicações no seu cotidiano.

Para as mulheres entrevistadas a AIDS ainda é um tabu, ou seja, algo que não se deve conhecer, dando um caráter de “perigo” à esta doença. Há quase 20 anos a representação da AIDS como doença perigosa e geradora de medo já era evidente, comprovando que poucas mudanças ocorreram nestas representações.

Porque ela (AIDS) mata, porque é perigoso, você sabe, né? (Gerânio, 63 anos)

Perigosa (AIDS), e acho que pega também, não? (Hortência, 79 anos)

(...) é um vírus muito perigoso, transmissível, que pode levar a morte mesmo, né? Mais certo (a morte). (Dália, 61 anos)

Acho que é uma doença que apareceu e é bem perigosa, fica com medo, não fica? (Girassol, 71 anos)

Como podemos observar a representação do medo do desconhecido ainda é muito manifesta no discurso das idosas, pois há quase duas décadas, Meneghin (1996, p.401) já afirmava que “quanto mais misteriosa for uma doença, mais ela será percebida como contagiosa e mais causará medo.” O autor ressalta ainda que o sentimento de perigo surge a partir do momento em que as pessoas “identificam a AIDS como uma séria ameaça à integridade física e à própria vida.” Para Cechim e Selli (2007, p. 148) “o medo nasce do desconhecimento, das informações incorretas sobre a transmissão, da evolução da doença e dos meios de comunicação.”

Estas mulheres apresentam uma representação influenciada pelo caráter geracional, ligada ao que foi vivenciado no início da epidemia. O grupo mantém as mesmas representações, pois a propagação e a difusão de informações atualizadas sobre o HIV/AIDS ainda não aconteceram para esta população. Talvez essa cristalização da representação seja alimentada pela falta de engajamento dos profissionais de saúde que continuam olhando e cuidando dessas mulheres idosas como se as fossem assexuadas e que não necessitam de orientações nesse campo.

Os discursos extraídos das entrevistas confirmam os dados apreendidos nas evocações nas quais as mulheres com companheiro tanto para o estímulo 1 (HIV/AIDS) quanto no estímulo 3 (HIV/AIDS e idoso) atribuem o caráter de perigo à doença. Assim como no grupo de mulheres com vida sexual inativa, no qual a atribuição de perigo ao HIV/AIDS ocorre quando questionadas sobre o HIV/AIDS e as implicações do HIV/AIDS à população idosa (estímulo 1 e estímulo 3 respectivamente).

A doença representa para estas mulheres, a ideia de morte e atua como uma possibilidade concreta de finitude. Pois, a representação de medo da AIDS, ancora-se na possibilidade desta doença ocasionar a morte.

(...) saber bem não sei não. Mas sei que a AIDS mata, né? (Jasmim, 78 anos)

(...) agora novo sempre morre aqui na cidade, a gente não sabe, mas morre, né? (Gerânio, 63 anos)

(...) eu acho uma doença terminal. (Orquídea, 66 anos)

(...) Muita gente morrendo desta doença (...) e vai só “comendo” a gente até “acabar”. (Azaléia, 65 anos)

(...) uma pessoa na rua chega perto de mim e diz: -Eu sou aidético você tem vergonha de mim? Eu parei, conversei e disse que ele ia

ficar bom. Mas a gente sabe que não fica, né? Que vai morrer. (Hibisco, 64 anos)

(...) eu ia dar um “piripaque” (se estivesse com HIV), juro. Ia falar: -Meu Deus aonde é que eu “apanhei” isso? Aí eu sei que vou morrer mesmo. Porque não tem cura, não tem jeito. (Dália, 61 anos)

Eu acho que é o fim da vida, o fim de tudo porque não tem cura. Sabem que é o fim, como eles já tem. (Amor-perfeito, 79 anos)

Por entender que a AIDS representa uma doença repudiada por toda a sociedade, as mulheres entrevistadas percebem o HIV como uma ameaça à vida sob o prisma das representações simbólicas ligadas a esta doença (MENEZHIN, 1996). O medo ligado à eminência de morte é encontrado tanto no imaginário coletivo quanto no próprio portador da doença.

Um estudo com portadoras do HIV já revelava que a partir do diagnóstico, instala-se, no cotidiano de vida da pessoa, o medo que se apresenta com diferentes faces, entre elas, o medo de si mesma, o medo da discriminação, o medo do preconceito, o medo do sofrimento físico e o medo de seu fim último (CECHIM & SELLI, 2007). Para Natividade e Camargo (2011, p. 166) “o elemento medo se correlaciona com elemento morte.”

O medo de tornar-se portadora da doença e vítima de preconceito faz com que as mulheres encontrem nesta representação o impulso para a prevenção.

E muita gente, né? Que morre com esse problema. Por isso que a pessoa tem que evitar. (Bromélia, 72 anos)

Ainda representa fonte de tristeza e sofrimento.

Ai, sei lá. É uma coisa que guarda dentro da gente e a gente fica muito triste de ver essas coisas. (Acácia, 70 anos)

Então isso aí (AIDS) é um sofrimento muito forte. (Lírio, 65 anos)

Tanto para o portador como para sua família.

(...) evitar sofrimento, e também de ver os outros sofrer, principalmente alguém da família. (Azaleia, 65 anos)

De acordo com Schaurich e Freitas (2011, p. 990) “a família, no seu cotidiano é a responsável, na maioria das vezes, pelo auxílio, suporte e cuidados ao membro que está infectado/adoentado. “ Como pode-se observar, a família vivencia o HIV junto com o portador, em seu cotidiano estará a visita aos serviços de saúde e a dor e o preconceito para com seu ente querido.

O lamento também ocorre no observar o sofrimento do outro, portador do vírus. Em alguns relatos, pode-se observar que as mulheres utilizam como recurso para evitar o sofrimento do outro, fingir desconhecer a condição de portador do vírus.

Tenho amigos que no dia que vai usar o remédio fica “pra baixo”, um colega de trabalho meu. Aí eu não sabia e perguntava “pras” colegas: - Porque fulano hoje tá todo... E elas falavam: - É que hoje é dia de fulano usar o coquetel e tudo. (Acácia, 70 anos)

(...) Eu sinceramente fingia que não sabia. Porque eu achava que aquilo era um desconforto muito grande para ele, que eu sei. Eu não via necessidade disso, então eu procurei tratar ele normalmente como se não tivesse nada. No caso, ele nunca soube que eu sabia. (Violeta, 61 anos)

Se ela era revoltada? Até que ela não era não. Quando morria uma pessoa ela dizia assim: - Quem tinha que morrer era eu. Eu que to com essa droga. (...) Quando teve um acidente então, aí ela olhando aquele menino lá no acidente: - Ah meu Deus quem tinha que tá aí era eu que tenho essa enfermidade terrível. (Gardênia, 67 anos)

É bom (tratamento), né? Porque vai tirar bastante sofrimento dos outros. (Lavanda, 67 anos)

O medo também se manifesta pela representação da degradação física. A imagem do portador como a personificação do sofrimento físico e mental ainda está presente no imaginário destas mulheres.

Ele ficou acabadinho, magrinho... (Açucena, 71 anos)

De perto de mim que eu vi o sofrimento dele. Ele era vizinho, aí foi emagrecendo, emagrecendo, o cabelo dele caiu todo porque a AIDS também dá esse problema. Ficou sem cabelo nenhum. E foi emagrecendo, até desmaiar, ou cair assim na porta. Andava pra fora e caía, de tão fraco que ele ficou. (Azaleia, 65 anos)

Eu acho que ele ficou com um probleminha na vista. Eu acho que ele não ficou uma pessoa muuuito, assim familiar. Era um menino bonito... (Camélia, 60 anos)

(...) ela tem, ela tem problema. Faz tratamento lá no Rio. (Amor-perfeito, 79 anos)

Ancoradas nas representações da doença elaboradas pelas mulheres, observa-se a insistência em atribuir o caráter de perigo e morte à AIDS. Diante da realidade organizada pelas representações das mulheres é possível vislumbrar que, apesar dos trinta anos do surgimento da aids, ainda há um significado negativo em relação a doença.

Esta entidade clínica que abalou e ainda impõe desafios às estruturas no campo da saúde, bem como suas interfaces com a educação, economia, política e as diferentes culturas, persiste no universo simbólico dessas mulheres a representação da doença grave, que mata e limita (REIS, 2010).

A representação do HIV/AIDS como sinônimo de morte e finitude e geradora de medo, tristeza e sofrimento figura entre as evocações mais significativas. Estas evocações surgiram principalmente mediante os estímulos 1 (HIV/AIDS) e 2 (HIV/AIDS e prevenção), dentre os grupos que obtiveram estas representações de forma mais significativa estão as mulheres sem companheiro e as mulheres com vida sexual ativa e inativa.

Muitas vezes a representação da AIDS dentro do cotidiano das mulheres apresenta caráter de vergonha e discriminação.

Porque nem todo mundo vai aceitar... (Lavanda, 67 anos)

(...) então a gente não tinha aquela coisa de muito agarrado, então não tinha motivo dele me contar que tinha e nem de eu perguntar pra ele, pra não criar uma situação pra ele, de ficar envergonhado. Então é por isso. (Violeta, 61 anos)

Agora o pessoal comenta lá, que se ela sumiu (...) Ou também porque ficou com vergonha de dizer que também tava com aquilo. Pode ser isso, né? Porque ela sumiu, não apareceu mais e tem mais de três anos. (Azaleia, 65 anos)

Mesmo com os avanços no campo da diagnose e da terapêutica, a relação direta da doença com a morte e a degradação física, faz emergir nas mulheres o sentimento de vergonha, qualificando a doença como algo inaceitável na sociedade. Desvelando esses sentimentos, nota-se que a vergonha do portador da doença perpassa pela não aceitação desse indivíduo na sociedade embora a AIDS já se configure como uma doença de evolução crônica.

A epidemia da AIDS produziu e ainda produz o potencial simbólico da culpabilidade do indivíduo, interpretado como o irresponsável, o delinquente, o promíscuo que adota práticas sexuais divergentes do senso comum (REIS, 2010).

As mulheres entrevistadas representam o HIV/AIDS como uma doença pouco provável na pessoa idosa e que deveria gerar no portador da doença com idade acima de 60 anos o sentimento de vergonha. Elas ainda, manifestam sentimento de negação desta doença na pessoa idosa.

(...) uma coisa vergonhosa... Uma pessoa que nem eu, na idade que eu tô, numa situação dessas. (Azaleia, 65 anos)

Nem imagino idoso como uma pessoa dessas (AIDS) ... (Hortência, 79 anos)

E no idoso eu acho que não, eu nunca ouvi falar no idoso com AIDS. Só se já vem de novo já, né? Eu nunca vi um idoso morrer com AIDS, se morreu eu não vi. Eu nunca ouvi falar de morrer um idoso com AIDS. (Gerânio, 63 anos)

É possível inferir que as participantes não admitem o HIV/AIDS na população idosa, elas também acreditam que trata-se de uma doença rara nesta população, primeiramente pela característica de doença sexualmente transmissível e a representação ancorada de que idosos não podem ter vida sexual ativa. Porém de acordo com o ministério da saúde o exercício da sexualidade do indivíduo acima de 60 anos é absolutamente saudável e está presente na sociedade (BRASIL, 2007).

De acordo com Batista et al (2011, p. 40)

Diversos fatores são responsáveis pelo aumento da incidência da Aids entre a população envelhecida: aumento da utilização dos medicamentos para controle da impotência sexual; preconceito com relação à sexualidade na terceira idade; insuficiência de ações em saúde para informar aos idosos sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e carência de conhecimento deste segmento a respeito da patogenia.

Somado à representação de idosos assexuados está a face mística da AIDS que a define como doença de indivíduos irresponsáveis e promíscuos. Características incomuns na pessoa idosa, de acordo com o imaginário coletivo. Cechim e Selli (2007, p. 146) afirmam que “a AIDS traz, em seu bojo, a recusa social, a discriminação, o preconceito.”

A descrença da prevalência do HIV/AIDS na população idosa também foi significativa nas evocações das mulheres participantes da pesquisa. Entre os grupos das mulheres sem companheiro e com vida sexual inativa, figuram evocações que induzem a crença de que os idosos “não pegam” o HIV, ou que “não acreditam” que ocorre AIDS na população idosa.

Logo, acabar com o mito da imoralidade e da fatalidade da AIDS é algo absolutamente necessário. A fim de mudar o comportamento e a atitude da sociedade permitindo ao portado, com esta postura, elaborar um novo projeto de vida (CECHIM & SELLI, 2007).

É na pluralidade de sentimentos que surgem diante desse objeto, que o temor e a ansiedade na realização do teste para o HIV são evidentes no discurso das participantes, representado pelo medo do desconhecido, ou medo de resultado positivo. Devido à recusa

na realização do teste, algumas participantes interpretaram que profissionais de saúde solicitaram o exame sem o consentimento das mesmas.

Fiz (o teste para HIV), a médica cismou, porque eu “tava” cheia de “carocinho”... Depois que ela falou pra mim, que ela tinha feito pra ver como é que tá a... Pra ver se eu “tava” com a doença. Aí ela falou pra mim assim: - Porque você não sabe do seu marido. (...) Aí depois que ela falou pra mim. Não sei porque que ela achou? Ela falou assim: - Nem todos os maridos ficam só com a esposa, né?! Porque eu tava com um corrimento, uma coceira... Aí ela resolveu fazer isso. Fazer esse exame pra ver. (...) Na hora eu ia ficar chocada (saber que estava com HIV), mas ia tentar tratar, né? Que como dizem que agora tem cura, então vamos fazer pra que possa melhorar. Mas acho que na hora a gente leva aquele choque, né? E aí depois... (Lavanda, 67 anos)

(...) se bem que nunca tive curiosidade pra fazer. (...)Eu já sou ansiosa, eu quero pra ontem, quando eu faço o exame eu já quero saber o resultado antes... (Dália, 61 anos)

Não, de AIDS eu nunca fiz não. Pois eu tenho medo de fazer. Eu tenho medo de fazer e de repente... Porque essa doença diz que ela aparece também. Sem não ter contato, aí eu não sei. Aí eu tenho medo de fazer, e dar algum problema e eu me assustar. (...)Eu ia ficar ansiosa (para saber o resultado), porque eu sou ansiosa. (Bromélia, 72 anos)

Entre as participantes o principal motivo, para a não realização do teste é o medo de descobrir-se portadora do vírus. A representação de portador da doença é ancorada na dor, no sofrimento, na vergonha. Por este motivo, as mulheres entrevistadas preferem se opor à testagem, ou no caso de realização do teste, demonstraram sentimento de ansiedade na hora de saber o resultado.

Pesquisas recentes revelam que as razões para a não realização do teste para o HIV incluem, barreiras estruturais do acesso aos serviços de saúde que realizam o teste (políticas de saúde, discriminação e distância geográfica) barreiras socioculturais, medo do resultado, falta de benefícios após a realização do teste no caso de soro positividade, lacuna no tratamento e acesso ao cuidado especializado e percepções pessoais entre ter ou não ter risco para a infecção do HIV (NEL *et al*, 2013).

Ainda, de acordo com Turan et al (2011, p. 1112) “a discriminação por parte dos profissionais de saúde, companheiros, família e membros da comunidade são identificados como fatores determinantes na recusa do teste para HIV.

A AIDS ainda suscita para as mulheres do estudo a elaboração de representação quando comparada com outros agravos graves à saúde. A representação de uma doença ancorada na morte, no sofrimento, semelhantemente à representação do Câncer, as duas doenças são muito parecidas para as mulheres do estudo...

É ela e o câncer. Tem um, meu vizinho lá, que agora mais velho ele foi fazer exame. Aí o médico pediu pra fazer exame no rio pra ver se tava (com câncer) e tá. (Açucena, 71 anos)

É quase igual o câncer, mas eu acho que é pior ainda, né? Pois tá matando “pior” do que a AIDS. (Gerânio, 63 anos)

Ou até mesmo ao afirmar que a AIDS seria um tipo de câncer...

É que nem o câncer, não tem cura. Pessoa acha que tem cura mas eu acho que não tem cura não. E é a mesma coisa a AIDS, porque eu acho que a AIDS é como se fosse um câncer. (Hibisco, 64 anos).

(...) a mesma coisa é a mamografia, primeiro me botaram maluca que era nódulo, eu fui fazer a ultrassom e quando foi ver era calcificação. (Dália, 61 anos)

A oncologia e o envelhecimento relacionam-se de forma direta. O número de casos de câncer aumenta proporcionalmente à idade, sendo assim, quanto mais a população se torna envelhecida, a tendência no crescimento do número de casos de câncer se confirma. O câncer produz enorme impacto na geriatria e gerontologia de todo o mundo (VISENTIN; LENARDT, 2010; VIANNA et al, 2011).

Pela alta prevalência do Câncer de mama em mulheres e do câncer em geral em pessoas idosas, entende-se por que as mulheres estabelecem a representação de morte para esta doença. Comparando-a com o HIV, devido a ambas as doenças possuírem o caráter de geradoras de sofrimento e morte.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de mama é a segunda causa de morte entre as mulheres brasileiras, e a estimativa de casos novos da doença em nosso país para 2010, é de 49 a cada 100 mil mulheres (AYALA, 2012).

6.4 - REPRESENTAÇÕES DO HIV/AIDS COMO DOENÇA DO OUTRO

É comprovado através de pesquisas que o indivíduo tem a inclinação a acreditar que o HIV/AIDS é uma doença do outro (NATIVIDADE; CAMARGO, 2011), ainda, há a tendência dos grupos “traduzirem” as formas de contágio a partir de práticas sexuais consideradas desviantes (SOUZA FILHO, 2008). Nesta pesquisa, semelhante ao que vêm

sido encontrado, as mulheres representam a doença como algo distante, não incluso no seu cotidiano.

As participantes relatam não ter convivido com a doença, e iniciam dizendo que não conhecem ninguém com a doença, porém ao aprofundar-se na entrevista lembram que sempre conhecem alguém com AIDS, seja este da mídia, um amigo, vizinho ou até mesmo um parente.

Nunca tive ninguém em casa com essa doença, eu nunca convivi com essa doença. (...) conheci essa menina, nem sei se tá viva... (Acácia, 70 anos)

Não conheço não. (...) não por aqui pela cidade. (...) Já o meu colega morreu com ela, o “XXX”, dizem que era, eu não sei. (Gerânio, 63 anos)

Não conheço ninguém que teve isso, né? (...) Tinha um rapaz... e veio a falecer, né? (Hortência, 79 anos)

Quando questionadas quanto à convivência com portadores do HIV, estas mulheres elaboram certa distância no convívio.

Conheço não. (...) na televisão a gente vê, né? Essas coisas assim, muita gente que já faleceu, morreu de AIDS, aquele ator, esqueço o nome dele, que morreu há mais de três ou quatro anos, eu sei que é um cantor também, eu esqueço o nome. (Bromélia, 72 anos)

Estudos anteriores afirmam que embora as pessoas ainda considerassem a AIDS como uma doença suscetível a qualquer um, ela não era vista como comum para seu grupo de pares. Verificou-se nestas pesquisas que o grupo temia a aids pela possibilidade da morte, porém, consideravam-se imunes a ela, colocando-a sob a alçada do outro (MADEIRA, 1998; FLORES-PALACIOS & LEYVA-FLORES, 2003; NATIVIDADE & CAMARGO, 2011).

Inconscientemente, as mulheres distanciam-se dos portadores do HIV, num esforço de se distanciar da doença que representa temor pela possibilidade de morte, ainda implícito do imaginário popular. De acordo com Oltramari e Camargo (2010, p.276) “é comum o risco da epidemia de Aids ser atribuído aos outros” – outros grupos, outros segmentos sociais –, o que revela uma tentativa de controlar o medo da síndrome. “

Em contraponto, outras confirmam o convívio com portadores do HIV em situações da vida cotidiana, seja um vizinho, um parente ou um colega de trabalho.

Não, agora eu não conheço mais não, mas já conheci. (...) Era na época que eu trabalhava, um rapaz que a gente sabia que era portador

da doença, mas a gente tratava... (...) então eu procurei tratar ele normalmente como se não tivesse nada... (Violeta, 61 anos)

Quando as mulheres deparam-se na situação de convívio direto com o portador do vírus reagem de diferentes formas, seja evitando revelar conhecer a soropositividade do indivíduo, ou enfrentando a condição de portador junto ao indivíduo revelando-se uma grande aliada no tratamento.

As mulheres, que conheciam ou não alguém com HIV, quando questionadas sobre como seria o convívio com um amigo suposto portador do vírus, demonstraram solidariedade para com estas pessoas.

Ainda, aquelas que têm laços afetivos com pessoas portadoras de HIV, relatam manter o mesmo comportamento de antes com as pessoas após tomarem ciência do fato. Estudos comprovam que pessoas que possuem vínculo afetivo com portadores da doença, tendem a esquecer que o indivíduo é portador da doença. De acordo com Gomes e Pintanel *et al* (2012), mães de crianças com HIV em certos momentos esquecem da doença dos filhos.

Mesma coisa, eu amo ele de paixão. Conversa normal, numa boa. Ele vai pra minha casa e a gente conversa, a gente vai pro forró juntos. (Dália, 61 anos)

Tratava ele igual, tratava ele bem. Às vezes ele gostava de comer uma fruta e sempre que eu comprava, eu dava pra ele: - Trouxe duas e duas pra você também. Ele ficava todo satisfeito. (Azaleia, 65 anos)

A solidariedade também surge como justificativa e apoio para o enfrentamento do preconceito que o portador sofre.

Não, mesma coisa (o relacionamento). Não mudaria não, seria a mesma coisa. Com sinceridade. Porque nem todo mundo vai aceitar, a gente tem que ajudar quem tá precisando da gente. Igual essa (vizinha), né? Ela ficou lá, coitada, sozinha. Ela tinha filho e tudo. Ela ficou internada, tava precisando.... Mas eu procuraria ajudar. (Lavanda, 67 anos)

Trataria igual. (...) a pessoa não pode abandonar o outro de lado, tem que procurar tratar, não pode desprezar. (Amor- perfeito, 79 anos)

Ajudaria de tudo que é jeito, faria o que tem que ser feito. Ajudaria de tudo até o final (...) é uma caridade, né? Não é por causa disso que a gente vai menosprezar. Aí que a pessoa precisa do auxílio, do socorro, do carinho, do amor. (Alamanda, 69 anos)

E apoio ao tratamento em busca da melhora da qualidade de vida

Que mesmo que tem um lugar que ajuda a cuidar da doença, mostraria para ela, se ela não soubesse os postos, pra ajudar a pessoa a tratar, a fazer o tratamento. Porque agora tem tratamento, né? (Lavanda, 67 anos)

Entre os discursos também observa-se que a solidariedade inicia-se a partir do conhecimento sobre a doença e suas formas de transmissão. O que demonstra que o medo e a falta de conhecimento são os maiores precursores do preconceito.

Não, o tratamento pra ele, na época eu fiquei com medo. De ter contato. Às vezes a gente lavava uma roupa, fazia alguma coisa, a gente ficava com medo. Se era igual o vírus da gripe, né? Que pegava fácil. Mas depois a gente aprendeu. Tranquilamente, eu ajudaria e auxiliaria o máximo possível. (Alamanda, 69 anos)

Por outro lado quando se trata de uma relação a dois, quando o vínculo afetivo envolve relacionamento amoroso as idosas representaram o HIV como sinônimo de raiva e desconfiança e preconceito

Se fosse uma outra pessoa não sei como iria ser, mas ele é travesti então não tem nada a ver. (Dália, 61 anos)

Eu acho que não sendo uma pessoa assim, vamos supor, não sendo namorado eu iria tratar normalmente. Porque se fosse namorado aí ia ver só, mas assim... Eu creio que trataria normal, porque não tem nada a ver, né? Se fosse namorado eu já ia ficar “grilada” (RS). (Dália, 61 anos)

Porque aí eu não sei, aonde que eu peguei isso? Aí ia começar a ficar desconfiada do marido. (Lavanda, 67 anos)

Para as idosas, caso tivessem ciência da soropositividade para o HIV no parceiro. A manutenção da relação sexual com preservativos, estratégia utilizada por casais sorodiscordantes, é uma opção, como no relato a seguir:

Teria que usar camisinha mas se ele não usasse camisinha o que iria fazer, não ter relações. Ia fazer o que. (Girassol, 71 anos)

Para Cechim e Selli (2007, p. 146) “a situação de HIV/AIDS desorganiza as inserções mais imediatas do portador como na sua família, no seu trabalho, nos seus grupos de amigos, estendendo-se a toda a sociedade. ”

É imprescindível a desconstrução da AIDS como doença do outro, pois tal representação prejudica na adesão às práticas preventivas. A necessidade da abordagem do HIV como doença presente na população idosa através dos programas e estratégias de

prevenção visa desmistificar a falsa ideia de que esta população não é susceptível ao HIV. Porém enquanto não houver a difusão desta informação, ainda será mantida a representação do idoso como não vulnerável ao HIV/AIDS.

Para as participantes do estudo, a AIDS ainda representa uma “doença de jovens”. Ao serem questionadas sobre quem tem mais chance de pegar HIV entre idosos e jovens, houve divergência de ideias. Porém, a maior justificativa para aquelas que falam que o jovem tem mais chance de infecção, atribuem tal fato à sua imprudência com o cuidado à saúde e afirmam que o jovem “não pensa” antes de seus atos.

Hoje em dia... Eu ainda acho o jovem, porque tem muita menininha nova aí na vida sexual ativa e não “esquenta”. (Violeta, 61 anos)

E você vê só essa meninada já tá a partir de 10 anos indo tudo, tudo, tudo... Então há possibilidade de surgir muitos casos, muitos, você fica assim: - Ah, mas não deveria se assim, mas infelizmente é o mundo que nós estamos vivendo nele, está assim. (...) a juventude você já sabe que está nesse meio, e a juventude não está se importando. Então dá a impressão que a juventude tá muito mais fácil de pegar. Correndo risco toda hora. O idoso já parece mais reservado... Às vezes até aparece ofertas e tudo: -Eu posso pegar AIDS. Aí, vou sair fora dessa. Já o jovem não, o jovem não tá pensando nisso não. Não tá se preocupando com isso não, o idoso já tem uma mentalidade formada, mais experiência em tudo. A não ser que seja contraído mesmo como eu acabei de falar por um exame, uma transfusão de sangue, assim um acidente. (Petúnia, 69 anos)

A pessoas mais nova, eu acho que tem mais chance de pegar, os idosos também pegam mas acho que o mais novo tem mais chance de pegar.... Ah, porque tem muitos carinhas que só quer transar, aí você não sabe... Ou ela ou ele, ninguém sabe, pode estar com a doença. (Lavanda, 67 anos)

Se enchem de bebida (os jovens) e fazem tudo de qualquer maneira e os mais velhos são mais desconfiados, os “rapaz bebe”, as moças “bebe” e ali que acaba acontecendo. Não sabe com quem tá. (Açucena, 71 anos)

Acho que é o novo porque tá fazendo mais, mais... Não tem muito juízo. Acho que o novo tem mais chance de pegar. E que eles fazem muita besteira. Faz o que quer não pensa. Eu penso assim, não sei se to errada. (Hibisco, 64 anos)

Ainda, para algumas mulheres, a maior vulnerabilidade ainda está presente na população jovem pelo fato do idoso ser mais cauteloso do que o jovem. Porém de acordo com Laurentino (2006, p. 58) “É preciso substituir crenças, mitos e tabus relacionados ao

envelhecimento, cujas essências são preconceituosas. Saber encarar com maturidade e tranquilidade”.

Ah eu acho que é, o idoso é mais cauteloso, né? O idoso usa camisinha. O outro (jovem) é meio “esganado” e esquece a camisinha. O jovem não esquenta a cabeça com mais nada coitado. Nem homem nem mulher nem nada. Nem medo de pegar gravidez eles não têm, que é um “raio” de tanta criança que Deus me livre, eles nem pensam nisso. (Gerânio, 63 anos)

Oh, meu Deus do céu. Eu acho que o jovem não esquenta a cabeça. (...) Eu acho que o idoso é mais esperto. (Dália, 61 anos)

Eu acho que o jovem tem mais chance. Acho que o idoso tem mais cabeça. Os jovens de hoje em dia são muito avoados, acham que com eles nunca vai acontecer. Você entendeu, mas acontece. (Camélia, 60 anos)

Ah, com essas “menina boba” que fica tendo relação com esses meninos aí, pega AIDS, porque não previne. Pega gravidez porque não previne. Não é verdade? (...) o jovem, hoje eles não pensam em nada, não se previne, e às vezes fica, fica e fica e quando você vai descobrir aquilo já tá... (contaminado). E hoje não adianta mais... (Gardênia, 67 anos)

Então a gente tem que ter muito cuidado, e a garotada não está sendo orientada o suficiente para poder se precaver: -“Ah isso não acontece comigo”. Acontece com todo mundo. Os postos de saúde dão os preservativos só não usa quem não quer. (Alamanda, 69 anos).

Porém, algumas mulheres já compreendem o conceito de vulnerabilidade e a importância da prevenção em qualquer idade.

Hoje eu acho que é normal, tem que ter cuidado em tudo. Não só os jovens, tanto os jovens quanto os idosos, porque tá geral. Eu acho que é geral que cuidado todo mundo tem que ter. Não só os jovens. (Amor- perfeito, 79 anos)

Eu acho que é tudo igual. (...) Ah, pelo contato, né? A pessoa tá com AIDS e você transar com ele, ele pode passar pra você. Se eu tiver e não me prevenir pra ele, vai passar pra ele. Eu penso assim, entendeu. (Girassol, 71 anos)

Bom, eles falam que no idoso é perigoso, eles falam. Mas eu acho que corre perigo pra tudo que é lado, novo e velho. Tem muita menininha nova aí que não esquenta a cabeça. Não pensa e já vai. Tem menina aí com 12 anos, 13, 15 anos e já tá esperando criança. (Jasmim, 78 anos)

Eu acho que todos os dois tem chance de pegar nessa atual conjuntura. O jovem porque não tem discernimento e o idoso porque Deus já deu (o tempo) pra ele até aqui, e ele quer voltar além da idade. Não se previne e o pior que ainda passa pra companheira em casa. Já pensou, os filhos sabendo de dois idosos Aidético? Quem diz: -Ah não, não uso, não gosto. Se você não tem um parceiro fixo, até mesmo com parceiro fixo hoje tá difícil. Por isso tem que ter muito cuidado. Você tem que se precaver. Não tem nada desse negócio de não acontece comigo. Acontece com todo mundo. Se não tiver prevenção, é um abraço! Tem gente que diz: - Ah eu não uso (preservativo) porque eu tenho um só parceiro. Não, não tem que ter esse negócio não porque não sabe se pulou a cerca. Pois ninguém traz na testa (a AIDS), né? (Alamanda, 69 anos)

A representação da AIDS ser uma doença mais comum à população jovem está ancorada na crença de que o ato sexual é mais frequente durante a juventude. De acordo com Oliveira et al (2009, p. 822) “Uma das principais características encontradas dentre os jovens foi a forte importância que o transar possui em seu dia-a-dia...”.

De acordo com Batista et al (2011, p.46)

Reconhecer as formas de prevenção e transmissão da Aids é importante tanto para os jovens quanto para os idosos. Para estes, há uma relevância ainda maior, uma vez que a falta de informação sobre a doença pode resultar no contágio pelo vírus HIV e a demora no diagnóstico e no tratamento podem culminar com óbito em menor tempo, em relação a uma pessoa mais jovem.

As mulheres do estudo embora elaborem representações de que a AIDS é uma doença de jovem e muito se deve ao componente sexual envolvido na transmissão, também foram capazes de incorporarem novos saberes que as possibilitaram reelaborar representações que as colocam também como sujeitos vulneráveis a contaminação e o adoecimento.

6.5 - SABERES DAS MULHERES SOBRE HIV/AIDS

Esta categoria desvela os saberes das mulheres sobre o HIV/AIDS. Pois o universo reificado, produto do conhecimento científico, como afirma Natividade e Camargo (2011, p. 166) “gera informações capazes de identificar, categorizar, combater e evidenciar as repercussões da aids na vida humana. “ A apropriação destes conhecimentos por leigos proporciona a construção de um saber comum de um grupo social – as representações sociais. Estas representações revelam as atitudes e pensamentos compartilhados de um grupo em relação ao HIV/AIDS.

Estudos anteriores asseguram que ainda que o conhecimento dos idosos sobre a Aids esteja aumentando em alguns aspectos, incluindo os fatores de risco para a transmissão da

doença, esta população permanece desinformada sobre o próprio risco para contrair a enfermidade e também em relação ao tratamento (BATISTA et al, 2011).

Quando questionadas sobre o que seria AIDS, em algumas mulheres identificam-se representações ancoradas em conceitos da doença de acordo com a literatura científica, Como seguem os relatos a seguir:

É um vírus. (...) (Transmite) Pelo contato, né? Pelo contato com as pessoas. (Bromélia, 72 anos)

O povo fala que é uma doença que ataca todos os órgãos do corpo, agora eu não sei. Nunca lhe dei com ninguém da minha família. Graças a Deus. Nunca tive ninguém em casa com essa doença, eu nunca convivi com essa doença. (Acácia, 70 anos)

Porque a doença (AIDS) que leva 10, 20 anos porque é “adormecido”, né? Então tem que ter cuidado. (Alamanda, 69 anos)

É um vírus né? “Pegativo” também, né? É desses que pegam né? (Hortência, 79 anos)

HIV é a AIDS. A AIDS é uma doença, que transmite, quando você transa com uma pessoa que tem a AIDS. Daqui há um tempo você também tá com a AIDS. (Lavanda, 67 anos)

Ah, não sei. Mais ou menos, as pessoas falam que começa do relacionamento. Aí começa a dar aquelas infecções na gente. E a pessoa chega a um ponto que não dá mais pra usar remédio forte. (Azaleia, 65 anos)

(...) eu acho uma doença terminal. (Orquídea, 66 anos)

Ih minha filha, agora você me complicou... É uma doença, não é? (Petúnia, 69 anos)

Eu “vejo” falar e não sei com certeza, é um vírus muito perigoso, transmissível, que pode levar a morte mesmo, né? Mais certo. É o que eu acho, o que eu escuto falar. (Dália, 61 anos)

A representação das mulheres sobre a AIDS como doença grave, incurável, de caráter transmissível e que precede infecções oportunistas está de acordo com a literatura científica. Pois o HIV é definido como sendo um vírus de caráter transmissível que evolui com grave disfunção do sistema imunológico. Esta doença ainda não possui cura conhecida sendo ainda a melhor forma de evitar tal agravo a prevenção (BRASIL, 2010 b; BRASIL, 2008).

Apesar de ser uma doença incurável, a história natural da AIDS foi alterada consideravelmente pela terapia antirretroviral (TARV), iniciada no Brasil em 1996,

resultando no aumento da sobrevivência dos portadores da doença através da reconstrução das funções do sistema imunológico e diminuição das infecções secundárias (BRASIL, 2010b).

Em alguns depoimentos, observamos que a representação do HIV como uma doença incurável permanece, porém o advento da TARV e a melhora na qualidade de vida dos portadores da doença já é algo presente no imaginativo das mulheres entrevistadas.

A AIDS, como é que eu vou falar “procê”, tem tratamento mas não tem cura, ainda não achou cura pra ela. (Jasmim, 78 anos)

Uma doença contagiosa, que não tem cura, né? (Gerânio, 63 anos)

Eu não sei explicar bem, pra mim é uma doença incurável. (Açucena, 71 anos)

Eu acho que é uma doença que não em cura, né? (Hibisco, 64 anos)

A representação do HIV/AIDS como uma doença contagiosa e incurável também está entre as evocações destas mulheres estando presentes em três dos quatro grupos de variáveis fixas, sendo estes: Mulheres com companheiro, mulheres sem companheiro e mulheres com vida sexual inativa. Estas evocações surgiram nos estímulos relacionados ao HIV/AIDS (estímulo 1) e HIV/AIDS e prevenção (estímulo 2).

Observamos entre as mulheres, a insistência em afirmar desconhecer o HIV/AIDS. Acreditamos que ao relatar o desconhecimento a mulher busca evitar o questionamento mais profundo por parte da entrevistadora, colocando-a em situação de desconforto ao aprofundar seu discurso em um assunto que é um tabu para ela.

Eu não queria que eu sou bem leiga, muito, muito, muito. Nunca esperava de ter uma entrevista. (Petúnia, 69 anos)

E agora que eu não sei o que responder (o que é AIDS). (Begônia, 61 anos)

A falta ou negação do conhecimento por parte da mulher idosa já foi evidenciado em estudos anteriores. De acordo com Batista et al (2011, p. 46):

A vulnerabilidade social e pessoal a que está exposto o idoso para contrair o HIV aumenta com a carência de informações precisas, relevantes e abrangentes sobre o agente etiológico da Aids e sobre as formas de transmissão do vírus.

Construindo seus saberes sobre o HIV, as participantes do estudo também abordam as formas de transmissão da doença. A representação da AIDS como “uma doença do sangue” esteve presente no discurso das idosas, ancorada no modo de transmissão através da via parenteral e vertical como no depoimento a seguir:

A Aids pra mim é uma doença do sangue, eu penso assim né. É uma doença que dá no sangue. Porque quando a gente vê as pessoas com essa doença, tão amarelos, dá até medo, nossa que coisa feia. Então isso aí é um sofrimento muito forte. Eu acho que é no sangue, não sei pra mim é no sangue. (Lírio, 65 anos)

(...) Porque isso é uma coisa que, ele (o vírus do HIV) fora do sangue ele não tem nada. Mas na corrente do sangue ele é um leão, ele desbrava tudo. Na corrente do sangue ninguém segura ele, agora fora disso com água com cloro, tudo acaba com ele. (Alamanda, 69 anos)

A representação da AIDS como uma doença do sangue também surge nas evocações das mulheres sem companheiro quando questionadas sobre o HIV/AIDS (estímulo 1). A evocação da prevenção para o HIV/AIDS (estímulo 2), uma doença do sangue, surge relacionada ao cuidado com instrumentos contaminados com sangue que facilitariam a transmissão para o HIV, sendo estes a seringa para as mulheres com companheiro e os instrumentos da manicure para as mulheres sem companheiro.

Entre as idosas há aquelas que afirmam não saber sobre o modo de transmissão e prevenção da AIDS, porém posteriormente demonstram conhecer pelo menos uma prática preventiva.

Ah! Isso eu nunca troquei ideia com ninguém, ninguém nunca falou pra mim como que pega... ... Sei, usando essas partes, usando a camisinha e essas coisas. (Acácia, 70 anos)

Algumas formas de transmissão citadas pelas idosas não encontram base na literatura científica, o mais incidente destes é a transmissão através do beijo.

Beijo se tiver dente estragado pega. Pelo menos a gente “vê” falar isso, isso que eu sei. (Hibisco, 64 anos)

(Pega) Pela relação sexual e beijo se estiver com os dentes estragados. (Dália, 61 anos)

O enfrentamento do HIV passa pelo saber, pelo desejo e pelo poder de pensar e fazer a prevenção e desse modo as participantes elaboram suas representações sobre as Práticas preventivas.

A transmissão pelo beijo, mesmo sem embasamento na literatura, também surge nas evocações dessas mulheres, o grupo de mulheres com vida sexual ativa evocou esta forma de transmissão de maneira significativa mediante o estímulo 2 (HIV/AIDS e prevenção).

As mulheres, em sua maioria, têm como principal referência de prevenção para o HIV, o uso da camisinha/preservativo, porém mostram dificuldade de adesão ao uso.

Usando camisinha. ...Ah, acho que a primeira vez é ruim! Não, mas tem que usar, né? (Begônia, 61 anos)

(...) tem que se cuidar também, né. Hoje em dia todo mundo se cuida, tem camisinha, essas coisas né. A pessoa tem que estar prevenida. (Açucena, 71 anos)

Okuno, et al (2012) afirmam que os avanços recentes da indústria farmacêutica, tornaram possível a manutenção da vida sexual ativa, tornando pessoas idosas mais susceptíveis às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), entre elas o HIV/AIDS. Partindo desta premissa, o enfoque nas práticas preventivas contra as ISTs nas mulheres idosas adquire valor significativo.

Em contrapartida algumas compartilharam saberes que não condizem com a literatura, parece desconhecer formas de prevenção contra o HIV mesmo conhecendo as suas formas de transmissão.

Eu não sei como se previne, porque eu nem conheço essas pessoas. Eu não sei como não... (Transmite por) transfusão de sangue, relação (sexual) com outras pessoas também. (Hortência, 79 anos)

Muitas idosas por falta de conhecimento utilizam práticas preventivas que não são necessárias segundo a literatura, uma vez que não existe risco de transmissão associadas às mesmas.

(...) evitaria essas coisas assim que eu to te falando, vasilha, né, essas coisas. Usar o mesmo banheiro, Assim a pessoa usou o banheiro, eu fazia uma limpeza no banheiro, higiene... (Bromélia, 72 anos)

Essas representações ocorrem devido ao cunho de perigo que a AIDS possui desde o seu surgimento que apesar de incorporar novos elementos não foram capazes de produzir novas elaborações de representações. Desse modo, Meneghin (1996) já afirmava há quase vinte anos que as crendices e as superstições levam os indivíduos a adotarem, muitas vezes, precauções excessivas e desnecessárias que interferem negativamente em sua qualidade de vida.

Evidencia-se entre as mulheres um discurso crítico em relação às pessoas que não adotam práticas preventivas, semelhante ao estudo de Reis (2010) no qual mulheres criticam certos comportamentos adotados pelas amigas, que mesmo sendo “aconselhadas”, assumem uma postura de risco ao não usar o preservativo.

Até esses dias atrás eu tenho uma colega, colega da vida coitada. Aí ela falou que ia sair com um parceiro e o parceiro disse assim: - Eu vou usar camisinha. E ela disse: -Não, não precisa não. E então ele

disse: -Então nada feito, não quero nada com você. Quer dizer que ele tá certo, e aí não teve nada, ela falou que ele não fez porque ela não queria aceitar a camisinha, Ela falou que ele desistiu de ficar com ela. Quer dizer que ele tem medo, não é que ele tem medo, é uma pessoa prevenida. Porque tem que ser sempre prevenida. (Amor - perfeito, 79 anos).

A representação das mulheres sobre o portador do vírus ancora-se, no imaginativo inicial da doença, Gomes & Pintanel et al (2012) afirma que apesar dos esforços para a desconstrução de uma imagem estigmatizada, a causa da infecção da AIDS ainda é associada à adoção de comportamentos não aceitos socialmente, como a promiscuidade, o homossexualismo e o uso de drogas. Sendo estas as principais razões para a crítica observadas nos relatos a seguir:

Muito triste, porque nem todos têm aquela consciência de ter e passar pros outros. Se tivesse o conhecimento. (...) Duvido as pessoas idosas dizerem: -Ah, eu tenho e vou esparramar “mermo” porque o homem não presta. Eu já ouvi falar isso. (Acácia, 70 anos)

Era um menino bonito, e ainda passou o vírus pra menina. Ele pegou uma menina que era difícil (se) casar (com) uma menina virgem e ela era virgem. E casou com ela, mas eu acho que ele não sabia que ele estava, só descobriu depois. Eu acho que a pessoa deveria fazer os exames pra se preparar pro casamento. Eu que é assim, eu acho não... tem que ser assim!!! Que aí você vai contaminar uma pessoa que não tem nada a ver com as coisas. (Camélia, 60 anos)

Outro fator que interfere negativamente na adesão ao uso do preservativo, é o fato da mulher idosa não encontrar-se mais em idade reprodutiva, logo, a gravidez não é mais uma preocupação. Para algumas mulheres nesta faixa etária, a infecção pelo vírus é algo que não incomoda, não devido à maior taxa de sobrevivência referente aos avanços da terapêutica antirretroviral, mas devido ao idoso já estar no final da vida e não ter mais preocupação com sua saúde. Situação semelhante à descrita encontra-se no relato a seguir.

A gente que “tá lhe” dando no “meio do idoso” a gente sabe que a maioria do idoso tem (ISTs). Porque acha que não vai pegar filho, a mulher deixa correr frouxo. Antigamente as mulheres “tinham” proteção porque tinham medo de ter... pegar uma gravidez de uma pessoa errada. E hoje como elas sabem que não vai pegar filho. A gente vê as mulheres falando no banheiro, você vai a um baile ou a uma reunião de idoso. Elas falam “mermo”: - Ah hoje eu deixo “livre e solto” porque se pegar já to velha mesmo. Eu já não penso por esse lado eu tenho muita preocupação. Porque o idoso quando passou dos 60 anos já não tem muita esperança. O homem, por exemplo, ele acha que, num... Eu já vi até um homem falando eu fui ao baile: - Eu

vou mesmo ao baile, fazer tudo o que tenho direito, ficar com qualquer tipo de mulher, porque eu não tenho mais tesão mesmo. Como uma pessoa fala uma coisa dessa, é um doidão da vida. Mas a gente ouve falar essas coisas, eu acho que tá errado né. (Acácia, 70 anos)

Dentre os fatores que causam alterações na sexualidade e nas práticas preventivas para o HIV/AIDS na população idosa estão os preconceitos sociais, a psicogerontologia tem assinalado que a experiência subjetiva do envelhecimento é amplamente influenciada pela ideologia cultural. A crença na progressiva e generalizada incompetência, assim como na impotência sexual dos idosos, faz parte intrínseca destes estereótipos (SOUSA, 2008). Frente às múltiplas exigências adaptativas que as alterações do envelhecimento comportam, os indivíduos enfrentam dificuldades para preservação da saúde com a premissa de que já estão no “fim da vida” e não há mais a necessidade de prevenção, mesmo com a manutenção da vida sexual. A representação mostra que para essas mulheres a vulnerabilidade ao HIV e sua prevenção está ligada a idade reprodutiva.

6.6 - AS MULHERES E SUAS REPRESENTAÇÕES SOBRE O USO DO PRESERVATIVO

O uso do preservativo ainda é a forma mais eficaz de prevenção do HIV/AIDS porém, ainda é considerado um tabu pois está associado à sexualidade e intimidade do casal. O romper do silêncio realizado pelas entrevistadas ao compartilhar suas histórias de vida, experiências e emoções vivenciadas em relação à sexualidade colaboram para compreender melhor as justificativas para o uso ou não uso do preservativo.

Estudos anteriores afirmam que embora o preservativo seja a forma de prevenção mais conhecida pelos idosos, é seis vezes menos utilizada do que entre a população mais jovem (BATISTA et al, 2011).

Por isso, ao descortinar as representações das mulheres sobre o uso do preservativo realiza-se uma tarefa essencial na busca de intervenções eficientes na prevenção do vírus. Pois como ressalta Madureira e Trentini (2008, p.629)

As medidas de controle da aids reforçam o saber-poder, desencadeando medidas que têm pelo menos duas faces: uma, que se volta para a prevenção da propagação da doença; outra, que se imiscui na vida dos indivíduos para extrair a verdade sobre eles e sobre suas condutas.

A vulnerabilidade feminina tem sido analisada numa perspectiva de relações de gênero e concepção social, envolvendo jogos de poder, conflitos e hierarquias definidoras dos relacionamentos afetivos femininos (HEBLING; GUIMARÃES, 2004). Muitas idosas relatam ter tentado usar o preservativo porém não se adaptaram a ele, seja por desconhecer o uso correto ou por proibição por parte do parceiro.

(...) era muito difícil. Ele não gostava, porque geralmente tem muito homem que não gosta de usar camisinha. Eles não gostam, eles acham aquilo horrível, a pessoa não se sente bem com aquilo. (Bromélia, 72 anos)

(...) Quando eu fazia com meu marido nunca usei camisinha a verdade é essa. Que ele não gostava de jeito nenhum... (Açucena, 71 anos)

A dificuldade para negociar o uso da camisinha com seus parceiros, por insegurança, medo de rejeição e desinformação acontece principalmente entre as mulheres que têm relações estáveis ou são casadas. Provavelmente o não uso do preservativo está relacionado, em muitos casos, à proximidade e intimidade que a pessoa tem com o parceiro (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Para estas mulheres a proposta do uso do preservativo ao parceiro demonstra falta de confiança nele, tornando-se ofensivo para o relacionamento este tipo de prevenção (CAMARGO e BARBARÁ, 2004). Há casos em que a insistência no uso do preservativo traz instabilidade no relacionamento, entre as mulheres houve a suspeita do término do seu relacionamento em virtude deste “cabo de guerra” na busca pela prevenção.

Ele que não queria usa, eu tentava. Minha irmã pegava camisinha com o marido, o marido dela “panhava” e me dava, e ele: -Não, não vou usar isso não, (...) Ele trazia mulher pra cima da minha cama. Eu antes não tinha.....(...) Aí a gente separou por causa dessas coisas. (Acácia, 70 anos)

(...) no início ele não aceitava a camisinha e eu comecei a insistir, então eu comecei a não ter relações. Aí que ele saiu de casa. (Orquídea, 66 anos).

Quando pede-se o uso do preservativo, normalmente é interpretado como desconfiança do parceiro ou infidelidade por parte da mulher. E, muitas vezes, isso pode levar a um risco social e pessoal que as mulheres não estão dispostas a correr, já que podem gerar discriminação, perda do parceiro e do status social. A dependência afetiva e o medo de perder o parceiro ao exigir o preservativo caracterizam-se como fatores de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV (SILVA; VARGENS, 2009).

Estudos anteriores já constataam que o uso do preservativo se relaciona negativamente com crenças que se fundamentam na diminuição da sensação sexual, (CAMARGO e BARBARÁ, 2004), expondo o indivíduo que não adere ao uso do preservativo a diversas ISTs e ao risco de gestação indesejada. Como presente no discurso de uma das mulheres entrevistadas.

Então a gente tem que ter muito cuidado, e a garotada não está sendo orientada o suficiente para poder se precaver. -“Ah isso não acontece comigo” acontece com todo mundo. Os postos de saúde dão os preservativos só não usa quem não quer. (Alamanda, 69 anos)

O discurso acima traz à tona uma das principais barreiras para o uso do preservativo, acreditar não correr risco de contrair a AIDS. Este motivo figura entre umas das razões da população em geral não utilizar o preservativo. De acordo com Oliveira *et al* (2009, p. 822):

Alguns motivos associados a esse comportamento são: a falta de camisinha no momento do ato sexual; transar apenas com uma pessoa em quem confia; não gostar do preservativo porque diminui o prazer; e não achar que corre o risco de contrair AIDS.

O mito relacionado a diminuição da sensibilidade sexual é um dos principais motivos de recusa do preservativo por parte dos homens. Visto que no caso de recusa masculina, a mulher ainda pode lançar mão do preservativo feminino como forma de prevenção. Algumas idosas relatam já conhecer o preservativo feminino, porém não sabem como usar.

Eu nunca coloquei, eu mesma nunca coloquei esse negócio não. E tem a feminina, mas eu mesma nunca tentei, quem usa geralmente é ele. Então... (Dália, 61 anos)

(...) uma vez eu arranjei até no posto (de Saúde) um montão de camisinha de “mulé”. Mas eu não sei pôr não. (Jasmim, 78 anos)

(...) tem camisinha pra mulher, eu nunca usei, nem sei usar mas ela falou (professora) que tem essa prevenção. Que tem o modo de usar, tanto pro homem quanto pra mulher. Mulher tem que usar também, usar a camisinha. (Acácia, 70 anos)

Segundo o Ministério da Saúde (2010, p. 181):

O preservativo feminino, é um saco transparente de poliuretano, macio e fino, para uso vaginal, constituído de dois anéis flexíveis em cada extremidade, medindo 17 cm de comprimento. É pré-lubrificado com substância siliconada, inerte, não espermaticida... ...ajudam a prevenir tanto a gravidez quanto as IST/HIV/Aids quando usados corretamente.

Também surgiram relatos de desconhecimento total do preservativo feminino, como no relato a seguir:

Usando camisinha né, agora a gente (mulheres) eu não sei como. Qual é outra forma de prevenir? Os homens é a camisinha, né. E a gente como a gente vai fazer? (Azaleia, 65 anos)

A falta de conhecimento e uso do preservativo feminino aumenta a vulnerabilidade das mulheres para a infecção pelo HIV. Visto que a partir da recusa masculina este método é uma alternativa para a prevenção. De acordo com o Ministério da Saúde (2010, p. 182) “a camisinha feminina dá maior autonomia à mulher sobre o seu corpo e sua vida sexual, quando as mulheres têm dificuldade de negociar o uso da camisinha masculina com o parceiro.”

Em alguns casos, as mulheres têm consciência do risco de infecção iminente pelo não uso do preservativo, porém mesmo assim não o utilizam. De acordo com Ghimire et al (2011), “o não uso do preservativo com o marido ou namorado expõe o parceiro à ISTs, incluindo o HIV”. A exposição de ambas as partes pode ocorrer, sobretudo pela presença de casos extraconjugais. Semelhante aos relatos que se seguem:

Eu não porque o meu marido, ele nunca...(PAUSA) Por isso que eu tô falando com você, Deus que me guardou porque eu não sabia e o irmão dele que me avisou. Que ele tinha esse homem... (Gardênia, 67 anos)

O discurso anterior evidencia mais um fator de vulnerabilidade, além da infidelidade por parte do parceiro, a questão da bissexualidade e do não uso do preservativo no relacionamento extraconjugal seja com mulheres ou com homens.

(...) a camisinha, por exemplo, a minha professora falava mas eu nunca tinha visto, eu fui ver quando meu ex marido usou dentro da minha casa com uma mulher e deixou no banheiro, no vaso... ..aí me deu vontade de largar e tudo. (Acácia, 70 anos)

Dele, sair com outra pessoa que é infectado depois vem e tem relação comigo e passa pra mim. E eu não to sabendo, não vou prevenir. Porque a maioria da nossa idade não vai prevenir. Agora ???? Pra ele usar camisinha. (Azaleia, 65 anos)

O ato sexual por obrigação e sem o uso do preservativo despertava nas idosas o medo de uma infecção por uma IST, como ficou evidente no depoimento das mulheres. De acordo com BARROS *et al* (2011, p. 368) “o sexo por obrigação marital ou sem vontade, acarretam maior vulnerabilidade à infecção por doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que, geralmente, ocorrem sem uso de preservativos.”

As mulheres relatam em seus relacionamentos conjugais um desdobramento muito semelhante ao descrito por Madureira e Trentini (2008, p. 630) que “indica uma cisão que une amor, desejo e prazer, mas os separa da fidelidade. Aqui, apesar da satisfação com a vida conjugal, o homem mantém relações sexuais extraconjugais esporádicas por diferentes motivos”.

Neste tipo de relacionamento o homem e a mulher convivem de forma menos igualitária no viver em casal. Pois enquanto o homem considera compreensíveis, perdoáveis e até naturais suas possíveis traições e infidelidades, também acredita que o amor, desejo e prazer existentes na relação de casal bastem à mulher em razão da natureza dela, diferente da sua especialmente em termos sexuais. A expectativa masculina é que a mulher compreenda e perdoe suas traições caso as ‘descubra’, embora a possível infidelidade da mulher seja inaceitável e imperdoável (MADUREIRA E TRENTINI, 2008).

Em contrapartida, certas mulheres tiveram o impulso para a prevenção a partir de atitudes de infidelidade por parte do companheiro.

Eu acho assim, eu, por exemplo, com meu marido fui casada por trinta anos, primeiro homem da minha vida, nunca traí, então a gente tinha um relacionamento aberto, mas depois que eu comecei a descobrir que ele tava “pulando as cercas dele” eu comecei a me prevenir. (Orquídea, 66 anos)

As participantes justificam a não adesão ao preservativo por serem de um outro tempo, anterior à AIDS, uma doença contemporânea, que se iniciou, na década de 1980, (FERREIRA & SILVA, 2012), muito após o seu relacionamento afetivo.

Meu marido, né (não queria). Era cedo também, outro tempo também, agora que surgiu isso tudo. E ele nunca usou... (Açucena, 71 anos)

Mas no meu tempo não tinha tanto essa doença não, geralmente era homem lá da roça e eu acho que não tinha “pegado” essa doença não. Eu também já fiz esse exame e nunca deu nada não. (Gerânio, 63 anos)

A recusa masculina ao uso do preservativo ocorre sob o pretexto de perda da sensibilidade e do prazer e devido à vergonha de comprar o preservativo ou adquiri-lo nas unidades de saúde (GHIMIRE, 2011). A decisão pelo não-uso do preservativo no casal idoso pode se constituir num problema, principalmente se o ato de coloca-la for complicado. Concordando com Laurentino et al (2006, p. 60) “O envelhecimento traz algumas limitações,

como na destreza, que não é a mesma do adulto jovem, na lentidão, que pode atrapalhar no momento da intimidade”.

É difícil de colocar, e o cara não tem mais aquela sensação de uma pessoa nova. É difícil, a mulher, agora já tem pra mulher né. Mas é difícil também pra mulher colocar aquilo. Eu já comprei pra usar, quando eu tinha o meu marido e eu não conseguia usar isso. É muito difícil. (Bromélia, 72 anos)

(...) usando a camisinha e essas coisas. Mas muito homem não gosta de usar camisinha, o meu mesmo não gosta... Ele que não queria usa, eu tentava. Minha irmã pegava camisinha com o marido, o marido dela “panhava” e me dava, e ele: -Não, não vou usar isso não, isso aí vai “esfriar” seu útero e você vai acabar com “pobrema”. (Acácia, 70 anos)

O discurso das mulheres idosas traz à tona o questionamento se a forma de compartilhamento de experiência entre os profissionais de saúde e usuários está sendo adequada para esse público específico. Pesquisas anteriores apontam que apesar de estratégias de prevenção de ISTs e AIDS através de projetos educativos resultam em melhora do conhecimento sobre estas doenças e como preveni-las, porém não modificou os hábitos de prevenção (HEBLING & GUIMARÃES, 2004).

O tabu ainda existente em relação à sexualidade na velhice advém da concepção social de que esta é a época da vida em que o indivíduo abdica de suas atividades sexuais. Esta concepção também germina no imaginário dos profissionais de saúde. De acordo com Batista et al (2011, p. 40)

Ao assumirem a concepção social de que a velhice é assexuada, os profissionais de saúde que atendem aos idosos em geral nem sequer consideram a possibilidade da infecção pelo HIV; conseqüentemente, também não fornecem qualquer informação a respeito das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS.

Envelhecer não significa ser assexuado. Entretanto, em nossa cultura, a sociedade desenvolveu diversos mitos e atitudes sociais são atribuídos às pessoas idosas, principalmente os relacionados à sexualidade, dificultando a manifestação desta área em suas vidas. De acordo com Bernardo e Cortina (2012, p.74)

A falta de informações sobre o processo de envelhecimento, assim como as mudanças da sexualidade na velhice, tem contribuído para manutenção de preconceitos e, conseqüentemente trouxeram muitas estagnações das atividades sexuais.

Devido a essa visão restrita, tanto em relação à sexualidade quanto à pessoa idosa, a exposição sexual desprotegida é atualmente a principal forma de infecção pelo HIV entre idosos (BATISTA et al, 2011).

Nos discursos destas mulheres também afloram o medo da infecção pelo HIV/AIDS por parte dos companheiros como evidenciado no depoimento a seguir:

(...) eu não, meu marido nunca usou. (...) Não, ele também nunca usava, mas ele falou que tinha medo desse negócio de AIDS. Porque ele também viu esse rapaz (vizinho) nessa situação e falou: - Deus me livre, queria pegar essa doença de jeito nenhum. Ou talvez se ele andasse com as outras ele podia até usar camisinha, né. Eu não sei, mas comigo ele nunca usou camisinha não. (Azaleia, 65 anos)

A dúvida das mulheres quanto à utilização do preservativo emerge em diversos depoimentos, levantando questões como a infidelidade e o medo da infecção. Estudos revelam que do ponto de vista masculino, a motivação para o uso do preservativo em relações extraconjugais visa evitar que estas sejam denunciadas por gravidez ou por doenças, colocando em risco a família. Sendo uma forma de manter o mundo de fora afastado do mundo de casa (MADUREIRA e TRENTINI, 2008).

Estudos anteriores já evidenciam a impotência de mulheres quanto ao uso do preservativo contra a vontade do parceiro (GHIMIRE, 2011). Às vezes a recusa do parceiro em usar o preservativo faz com que algumas mulheres estabeleçam estratégias preventivas que não encontram base na literatura, revelando o complexo “jogo de poder” relacionado ao gênero e as fronteiras ambíguas entre as estratégias de prevenção e uso do preservativo na intimidade, revelando um cenário de tensão e conflito (HEBLING & GUIMARÃES, 2004).

(...) teve um dia que eu ele não ia usar, aí eu botei até um pano. E disse: Ele vai fazer “besteira” (sexo) em cima do pano. Ele diz: -Ah, não vou usar, não vou usar.- Às vezes ele insiste e eu ponho um pano e ele faz em cima do pano. Machuca um “cadinho”, né? (Jasmim, 78 anos)

O discurso anterior evidencia fato comum no cotidiano destas mulheres, que trata de sujeitar-se ao sexo desprotegido para evitar o desagradar o parceiro. Para Laurentino et al (2006, p. 60) “muitas (mulheres) se sentem constrangidas ao ter de pedir ao companheiro que use preservativo, pois isso prejudica a espontaneidade e, se “interromperem as coisas”, acabam pondo em risco a relação sexual”.

Porém, a mulher do discurso anterior, mesmo aceitando a relação sexual sem preservativo, busca a prevenção através do conceito de barreira que é amplamente divulgado nas palestras de saúde sexual e reprodutiva. Assim como conceitua o Ministério da Saúde (2010, p. 177) “Os métodos de barreira são aqueles que impedem a trajetória do espermatozoide em direção ao óvulo, impondo obstáculos mecânicos e/ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical”.

Entre as idosas também surgiram relatos que evidenciam dificuldades de relacionamento no passado, porém, agora, na terceira idade, construíram relacionamentos mais estáveis com companheiros mais compreensivos. Assim como afirma Laurentino et al (2006, p.56) “não foram felizes no primeiro casamento, ou nos relacionamentos da juventude, porém, agora, ao encontrarem pessoas com quem se entendem, não apenas por atração física, demonstram sua afetividade”. Porém o relacionamento estável não garante a adesão do uso do preservativo.

(...) e depois não é meu feitio, eu fui criada naquele regime, namorei um cara só, casei, fiquei viúva, eu falei: “Ó, tá difícil de arrumar outro. ” Mas de repente a gente acaba encontrando um amigo, um companheiro e acaba ficando, não tem como escapar. (Girassol, 71 anos)

Aí eu fui viajar com o pessoal da terceira idade e conheci ele que era sozinho e tudo. E já fui conhecendo ele, muito caprichoso, todo reservado e nós “tamos” juntos, vai fazer um ano e pouco. (Acácia, 70 anos)

A longevidade e melhora na qualidade de vida trouxe a estas mulheres a oportunidade de se manter inserida em um meio social, mantendo relacionamentos de amizade e amorosos. Assim como afirma Laurentino et al (2006, p. 52):

Apesar das inúmeras repressões culturais vivenciadas pelos idosos, nos grupos de terceira idade surgiu um fenômeno moderno, principalmente para as mulheres. Nesses espaços, elas encontram facilidades de vivenciar novos relacionamentos afetivos.

A estabilidade e melhor convivência no relacionamento desperta na mulher um estado de conforto. Logo, estas mulheres atribuem o não uso do preservativo à confiança no parceiro, confirmando pesquisas anteriores que afirmam que 97.6% das mulheres fazem uso do preservativo apenas no início de seus relacionamentos, porém no caso de parceiro fixo só o utilizam quando tomam ciência de alguma relação extraconjugal (HEBLING & GUIMARÃES, 2004).

Porque eu acho que nunca foi preciso. Porque meu marido nunca anda com outra pessoa. E eu acredito que a AIDS só pega transando, eu acho que não tem outro modo de pegar ela, pelo menos é o que a gente vê. (Lavanda, 67 anos)

(...) primeiro que eu e meu marido, nem relação nós temos mais. E quando tínhamos, absolutamente certo, era só comigo. Ele é uma pessoa muito exigente com ele e como ele é exigente com ele eu confio. (Flor de maio, 73 anos)

Estudos anteriores já constatavam o quanto a confiança no parceiro pode influenciar na decisão do uso ou não do preservativo, não diferente na população idosa que como afirma Laurentino et al (2006, p. 60) “O valor positivo da confiança no namoro dos idosos os predispõe à não-exigência do uso de preservativo na relação sexual como medida de promoção da saúde”. Demonstrando que a confiança encontra-se proporcional à vulnerabilidade nesta população.

A relação entre as ISTs e os cuidados à saúde podem ser observados nos discursos a seguir:

Esse vai ao médico, esse que tá comigo agora (companheiro). Vai no médico direto, todo ano, tá sempre fazendo exames, de próstata de tudo que tem direito ele faz, ele é muito caprichoso nessa parte. Muito cuidados. (Acácia, 70 anos)

Nunca, que nem eu te falei, graças a Deus eu só tive o meu marido e ele faleceu. O meu marido não tinha nada graças a Deus, tenho três filhos muito saudáveis graças a Deus, então nem sei o que é isso. (Amor- perfeito, 79 anos)

Algumas mulheres atribuem o não uso do preservativo pelo fato de viverem uma sexualidade “conjugalista de monoparceiro casal”, isto é, pessoas que protagonizam um modelo de sexualidade centrado no relacionamento conjugal em que a iniciação sexual foi feita com o cônjuge, seguindo cânones tradicionais da feminilidade, associado muitas vezes a um perfil de parceiro único na vida (ABOIM, 2012).

Apesar de todas as dificuldades de adesão ao uso do preservativo este, se mostra de maneira significativa nas evocações das mulheres. Surgindo como o principal fator de prevenção nas evocações para HIV/AIDS e prevenção (estímulo 2) entre as mulheres com companheiro e atribuindo à infecção pelo HIV/AIDS na população idosa (estímulo 3) ao não uso da camisinha.

Entretanto há relatos da utilização do preservativo para a dupla proteção de acordo com o conceito fornecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009; 2010), fazendo uso do preservativo tanto para a prevenção de ISTs e como método contraceptivo.

Achava fácil (usar camisinha) nunca tive dificuldade não. Não porque meu marido também quando eu parava de tomar a pílula tinha que usar camisinha se quisesse brincadeira então era por aí. (Violeta, 61 anos)

Já, inclusive por causa da minha pressão, eu só tive um filho só porque eu usava camisinha pra não ter outro filho. Porque eu quase morri desse primeiro filho que eu tenho aí. ...eu fazia de camisinha,

ia lá no posto de saúde buscar... ... sabia usar, o marido não gostava muito não, mas ele aceitava porque ele sabia que eu tinha pressão alta e não podia ter outro filho, então o homem tem que compreender. (Girassol, 71 anos)

Como evidencia o depoimento, no relacionamento de casal, o uso do preservativo emerge como proteção para ISTs e para o planejamento familiar. Sendo utilizado de forma intermitente, coincidindo com os intervalos que a mulher faz no uso do anticoncepcional oral (AO) ou contínuo, motivado pela impossibilidade de a mulher utilizar AO (MADUREIRA E TRENTINI, 2008).

Porém as mulheres que utilizam o preservativo com o pretexto de planejamento familiar tendem a diminuir a adesão ao método preventivo no término da atividade reprodutiva. De acordo com Batista et al (2011, p. 46) “o uso do preservativo é extremamente problemático para as mulheres na menopausa, sem nenhum risco de engravidar, por acreditarem que não precisam de proteção.

6.7- AS MULHERES E AS FONTES DE SABERES

Nesta categoria buscamos discutir onde as mulheres participantes desse estudo se alicerçam de informações sobre a AIDS e O HIV. Das fontes de informação sobre o HIV, as palestras e grupos educativos foram os menos citados, este dado nos traz um questionamento: Será que os profissionais de saúde no montante de suas atribuições, tem atribuído às práticas educativas a sua real importância? Ou mesmo em sua atuação como educador em saúde, têm transmitido os conhecimentos em uma dinâmica de simples depósito de conteúdo.

Reproduzindo assim, a educação bancária como descrita por Freire (1997), como educação domesticadora, na qual nós, como educadores em saúde, nos colocamos na posição de detentores do conhecimento realizando a transmissão vertical sem se preocupar com a real apreensão destes saberes por parte do usuário do sistema de saúde. Este tipo de educação em saúde reflete-se no próprio usuário, se reconhecendo como alguém desprovido de conhecimentos com sua aprendizagem à mercê dos profissionais de saúde.

Mas o que você me ensinar aí eu tô feliz (RS), pois você tem estudo e eu não tenho. (Acácia, 70 anos)

Eu não aprendi em lugar nenhum, a gente pensa, a gente ouve falar. E aí a gente fica sem saber das coisas, mas nunca aprendi nada não. (Açucena, 79 anos)

Conversando, vendo na televisão, vendo as pessoas mas eu nunca tive palestra sobre a AIDS não. Sobre o câncer eu já tive(palestras) mas muito pouco. (Camélia, 60 anos)

É o que eu leio, nunca tive palestra não, única vez que teve palestra foi até aqui mesmo, com a dr^a XXX, numa festinha que teve aqui na casa do idoso que ela falou. (Dália, 61 anos)

A educação deve ser um processo em que educando e educador, de modo bilateral, encontrem meios que promovam independência e capacidades de questionamentos, críticas e reflexões, possíveis de promover uma ação educativa autêntica (FREIRE, 1997). As práticas educativas devem trazer à tona uma troca de saberes horizontal, na qual o educador também aprende com o educando. Assim como afirma Pereira et al (2011) que “as práticas educativas devem ser realizadas na perspectiva de tirar dúvidas, trocar experiências e ideias, promover debates e mediar conflitos. ”

Eu vejo na televisão, já ouvi em palestra sobre, eu fiz um curso de cabelereiro e lá na casa dos idosos onde faz ginástica eu fui lá cortar cabelo. E lá tinha uma pessoa falando sobre esse assunto. Uma palestra lá que eu perguntei muito. Eles passavam tudo em letra e nos “enxerguemo” aquilo lá, eu gostei foi muito bom. E a turma que “tava” comigo também gostou. (Azaleia, 65 anos)

(...) a professora já deu uma palestra pra gente. (...) Que tem o modo de usar, tanto pro homem quanto pra mulher. Mulher tem que usar também, usar a camisinha. (Acácia, 70 anos)

Contudo, o que observa-se na prática é a permanência de uma abordagem tipicamente biológica, centralizada nos aspectos reprodutivos, nos órgãos sexuais e nas formas de prevenção. Não contemplando a realidade vivenciada pelas mulheres e a necessidade de emancipação para que possa ocorrer às práticas preventivas.

Segundo Reis (2010, p. 71) “não são abarcados nas palestras educativas assuntos e reflexões voltadas à sexualidade e sua interface com questões de gênero, cultura, valores, crenças, poder e desigualdades. Dificulta ou mesmo inviabilizando a promoção de comportamentos protetores em relação à infecção pelo HIV. ”

A maior fonte de informação sobre o HIV/AIDS para as Idosas é a televisão, é evidente que os programas educativos e as chamadas publicitárias com o tema saúde, despertam a atenção das idosas para a prevenção.

Do que eu leio, ou quando calha de passar alguma coisa no repórter. Ou alguma coisa no jornal ou numa revista assim. (Dália, 61 anos)

É tudo pela televisão, mostra muita coisa (informação). (Hortência, 79 anos)

“Vejo” falar pela televisão (sobre AIDS). (Gerânio, 63 anos)

Ah eu vejo muito na televisão, eu vejo assim palestras na televisão, aí eu fico sabendo como é as condições disso aí. Sabe? Que eu vejo muito televisão, vejo muito palestra na televisão. É que eu fico dentro de casa aí fico vendo televisão. Assisto muito esses programas da Fátima, esse bem estar. E isso é muito bom. Ouve muita coisa boa, que a gente não sabe e fica a par disso. (Bromélia, 72 anos)

Às vezes a gente vê na televisão. Na televisão a gente vê isso muito no carnaval então né. Chama atenção no carnaval. (Amor- perfeito, 79 anos)

Acho que na televisão porque conhecer, conhecer sobre AIDS eu não conheço não (...) ouço falar na televisão. (Hibisco, 64 anos)

Me informando com as palestras na televisão, vendo os médicos falando. Na televisão muito mesmo. Na Emissora de TV “X” a Dr^a “Y” dava uma aula sensacional. (Alamanda, 69 anos)

Os meios de comunicação são um ótimo instrumento de disseminação de ideias e, tratando-se da população idosa, na qual inserem-se mulheres já aposentadas, do lar, sem atividades ocupacionais. Os meios de comunicação tornam-se uma forma de ocupação, distração e lazer. A televisão como meio de comunicação de maior popularidade surge como principal porta de acesso à informação para as idosas.

Camargo e Barbará (2004) afirmam que a comunicação social desempenha papel relevante, proporcionando representações e noções sobre os valores socialmente aceitos, relativos às atividades humanas. Esta mesma comunicação influi diretamente na determinação das atitudes dos destinatários, com suas mensagens, intervindo de modo essencial na formação, delineamento e modificação da concepção de mundo pelo homem.

(...) vem dessas propagandas que a gente vê colocada em vários lugares, hospital, essas coisas. Vêm de televisão, de informação, médico que vai na televisão falar sobre o assunto. Vem de informação de televisão. (Violeta, 61 anos)

Informativos na televisão, já li também livros sobre a AIDS... (Orquídea, 66 anos)

Porém o conhecimento difundido através dos meios de comunicação parece não suprir a necessidade informação em saúde pelo usuário do sistema de saúde. Pois, este tipo de difusão, além

de promover conhecimento passivo, tem uma série de limitações, como a censura e a informação acordada pelos patrocinadores.

Outra fonte de informação presente nos depoimentos, surge no próprio meio familiar. As idosas que possuem parentesco com profissionais de saúde, revelam que conversas sobre prevenção de doenças e agravos à saúde são rotineiros em seu cotidiano familiar.

(...) vem também da minha filha, ela é enfermeira. Ela era enfermeira lá na casa de saúde da mulher, então ela fazia palestra sobre esse assunto, e por aí, é assim que eu tenho essa informação. (Violeta, 61 anos)

(...) conversa, eu tenho uma sobrinha que é médica e ela mora no Canadá. Ela me passa muitas coisas assim, de ano em ano que ela vem ela traz assim folhetos informativos. Essas coisas. (Orquídea, 66 anos)

De acordo com Freitas e Schaurich (2011, p. 990) “Vários estudiosos têm constatado que é a partir da família que a produção de saúde e de doença acontece, além de ser uma das responsáveis pelas ações de promoção, prevenção e assistência/tratamento de seus membros.”

Um depoimento, nos desperta a abordar a importância de grupos educativos em instituições religiosas, assim como em qualquer tipo de organizações sociais em busca da captação de indivíduos que não procuram o serviço de saúde com frequência.

Não sei nem te dizer onde eu aprendi. Ah porque na igreja eles “fala” né! (Gardênia, 67 anos)

Os depoimentos reacendem à seguinte discussão, o quão direcionada tem sido os programas educativos. A especificidade e direcionamento das ações educativas para as populações alvo são essenciais para os saberes e adesão das práticas preventivas da população.

De acordo com Cornish et al (2014, p. 2) “são comuns os casos em que organizações implementam intervenções sem antes discutir a relevância para a população alvo. Ainda de acordo com a autora pesquisas sociais têm documentado falhas neste tipo de intervenções, pois não são levados em conta as normas sociais, culturais e as necessidades das populações alvo.”

Na educação em saúde o enfoque principal é o usuário, transmitindo o conhecimento, ouvindo as particularidades do seu cotidiano e traçando junto ao sujeito planos terapêuticos

e ou preventivos adequados à realidade individual e da comunidade onde o sujeito está inserido.

A informação como fator inerente e necessário para a prevenção do HIV/AIDS surge de forma significativa nas evocações das mulheres com vida sexual ativa para a prevenção da doença (estímulo 2) e para as mulheres sem companheiro que acreditam na necessidade de informação para a população idosa, mesmo que estas acreditem que a população idosa não é susceptível à doença.

7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

As histórias vivenciadas por cada mulher entrevistada despertam para o quanto os profissionais de saúde, os meios de comunicação, os amigos e parentes contribuem para os saberes de cada indivíduo e assim para elaboração de suas representações e ações na vida cotidiana.

O acesso aos saberes científicos através dos profissionais de saúde e o conhecimento elaborado pelos atores sociais no grupo onde as mulheres estão inseridas permitem com que estas teçam suas representações no emaranhado da realidade individual e coletiva.

Observando esta trama é possível destacar o quanto os profissionais que trabalham nos serviços de atenção à saúde, principalmente aqueles que atuam na atenção primária, podem ter papel importante, caso divulguem as práticas de prevenção. O reforço do vínculo e a atitude de “pensar em HIV” deveriam ser pontos presentes na agenda estratégica de todos os profissionais de saúde.

As Representações Sociais são mais do que a construção de conhecimento do senso comum. Na verdade estas derivam da construção de conhecimento numa realidade social, que busca ser uma via de ação sobre o objeto socialmente valorizado, no caso deste estudo o HIV/AIDS.

O universo simbólico que permeia as representações sociais das mulheres idosas sobre a AIDS gera informações que impedem as mulheres de elaborar e efetivar mecanismos de prevenção da doença. Essa limitação ocorre devido à representação cristalizada destas mulheres que ainda encontram nas primeiras informações midiáticas do início da epidemia a base para sua elaboração. A falta de informação para incorporar aos saberes e influenciar na mudança das representações cristalizadas estão relacionadas à escassez de orientações e direcionadas a esta população por parte dos profissionais de saúde.

A questão da sexualidade na população idosa é um tabu até mesmo para os profissionais de saúde que ainda mesmo tendo acesso as novas tecnologias que melhoram e estimulam a vida sexual, acredita que esta não faz parte do cotidiano da população idosa. Desse modo, essa crença pode impedir que os profissionais desenvolvam estratégias para a difusão de informações atualizadas sobre o HIV/AIDS, assim como outras ISTs junto a essa população.

A vulnerabilidade do sexo feminino foi uma questão evidente nas situações de vida encontradas. Principalmente em uma faixa etária na qual estas mulheres ainda carregam o estigma da submissão e da assexualidade, ambos emergentes nos discursos. Nos quais as

mulheres consideram um tabu a sexualidade em sua faixa etária e mesmo com a desconfiança em relação ao parceiro, preferem permanecer no relacionamento sem reclamar. Resultando na pouca adesão a práticas preventivas como o uso do preservativo, devido à recusa masculina.

As mulheres desse estudo se apresentam dentro do perfil de transição epidemiológica pelo qual passa a epidemia (feminização, pauperização e interiorização e envelhecimento), isto é: mulheres com relacionamento estáveis, de comportamento heterossexual, de baixa classe econômica, estão aparecendo como uma população vulnerável ao contágio.

As representações das mulheres trazem a AIDS como uma doença grave, que mata, que traz sofrimento e estabelecem comparações com outra doença grave. Doença que para elas se mostram num plano distante, mesmo reconhecendo em certo sentido que elas de algum modo são vulneráveis. De modo, às vezes não tão velado, elas se mostram com desejos para o exercício da vida sexual. Algumas representações no campo do HIV/Aids se mostram cristalizadas mesmo com todo avanço da ciência, outras ao receberem esses novos elementos estão sofrendo modificações pelas mulheres participantes do estudo.

O caráter de perigo atribuído à doença e o medo do contágio são ancorados em representações já presentes no início da epidemia, porém ainda presentes no imaginário dessas mulheres. Os saberes sobre a doença permeiam saberes do universo reificado; como o caráter transmissível da doença, a transmissão sexual e a presença do vírus em fluídos corporais (em especial no sangue).

O conhecimento sobre o HIV/AIDS se fundamenta nas fontes de informação advindas de programas televisivos, assim como as formas de prevenção. O conhecimento está intimamente ligado a frases de efeito de campanhas televisivas do ministério da saúde. E apesar dessas mulheres conhecerem a formas de prevenção mais divulgadas, ainda não aderem a estas.

A constatação dessa realidade evidencia a prioridade na elaboração de políticas públicas voltadas para este público específico. No entanto, desejamos que essas representações das mulheres efetivamente possam ser incorporadas na prática cotidiana dos profissionais que as assistem como elemento importante para pensar ações de promoção da saúde e prevenção de doença tendo-as como protagonistas desse cuidado.

Para a enfermagem o estudo dessas representações pode possibilitar o estabelecimento de uma proposta de cuidar que seja capaz de envolver essa população de maneira efetiva e programática em oficinas de cuidado que ao ser motivada para acessar os conhecimentos

sobre a temática possa estabelecer ações que reduzam a sua vulnerabilidade ao HIV e outras ISTs.

REFERÊNCIAS

- ABOIM, Sofia. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.99-112, 2012.
- ABRIC, Jean Claude. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, D.C. de; CAMPOS, P.H.F. (orgs). **Representações sociais: uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005.
- _____. O estudo experimental das Representações Sociais. In: JODELET, Denize (org). **As representações sociais**. Tradução Lilian Ulup. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001. p. 155 – 171.
- _____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina de (orgs). **Estudos interdisciplinares da Representação Social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27 - 37.
- ADAM, Philippe; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Tradução Laureano Pelegrin. Bauru: Edusc, 2001.
- AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília v.65, n.4, p. 566-570, jul./ago. 2012 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2014.
- AYRES, SJRCM *et al*. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza *et al* (orgs). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2006, p. 375-417.
- ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; LOBO FILHO, Jorgeano Gregório. Análise Psicossocial da Violência contra Idosos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, V. 22, n. 1, p. 153-160, 2009.
- ARAÚJO, Olívia Dias *et al*. Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem elaboradas por enfermeiros, **Revista Interdisciplinar**.v.6, n. 3, p. 71-80, jul./ago./set. 2013.
- ARRUDA, Angela. Teoria das Representações Sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n.117, p. 127-147, Novembro, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf>. Acesso em: 17 de janeiro de 2013.
- AZEVEDO, Regina Lígia W *et al*. Representações Sociais da adolescente feminina acerca da sexualidade em tempo de aids. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, RJ, v. 18, n. 3, p. 204-210, 2006. Disponível em:

<http://www.uff.br/dst/revista183_2006/REPRESENTACOES%20SOCIAIS%20DA%20ADOLESCENCIA%20FEMININA.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2014.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BARBARÁ, Andréa; SACHETTI, *Virginia Azevedo Reis*; CREPALDI, Maria Aparecida. Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. **Interação em Psicologia**, Curitiba v. 9, n.2, p. 331-339, jul. / dez, 2005.

BARROS Cláudia, SCHRAIBER Lilian Blima, FRANÇA-JUNIOR Ivan. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Revista de Saúde Pública, (online)**, v.45, n.2, p.365-72, 2011; Disponível em:

<<http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/busca.tpl.php>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

BASTOS, Francisco Inácio; SZWARCOWAL, Célia Landmann. AIDS e pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 65-76, 2000.

BATISTA, Ana Flávia de Oliveira *et al.* Idosos: Associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. **revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, V.14, n.1, p.39-48, 2011.

BERER, Marge. Dupla proteção: mais necessária do que praticada ou compreendida Questões de saúde reprodutiva, 2007 – disponível em: http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm2/revista2/23-dupla-prot.pdf>. Acesso em: 06 mar de 2014.

BITTENCOURT, Isiane Santos; VILELA, Alba Benemerita Alves. Representações Sociais: uma abordagem teórica em saúde. **Revista Brasileira em Promoção à Saúde**, Fortaleza, v.24, n.1, p. 80-85, jan. /mar., 2011.

BOLETIM MERCOSUL: **Boletim Epidemiológico da Comissão Intergovernamental de HIV/Aids da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul / Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52038/boletim_epidemiologico_do_mercosul_2012_70615.pdf>. Acesso em: 18 jan 2013.

BISQUERRA, Rafael. **Introdução à estatística [recurso eletrônico]: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informe de Atenção Básica Nº 16: Atuação do enfermeiro na atenção básica**. Brasília, 2002. 2p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo16.pdf>> Acesso em: 08 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Série E. Legislação de Saúde. **Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde**. 1ª edição, 2ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 70p.

Disponível em:

<http://www.sesa.pr.gov.br/arquivos/File/pagina_saude_do_idoso/estatuto_do_idoso.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **A, B, C, D, E de hepatites para comunicadores**. Brasília, 2005. 24 p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica HIV- **AIDS, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. 196p.

_____. Ministério da Saúde. Série A: Normas e manuais técnicos, **Diretrizes Operacionais para os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 b. 72p.

_____. Ministério da Saúde (BR). **Manual de Bolso Controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília (DF): MS; 2008. 140p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica: **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** – Brasília, 2010 a. 44p.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso**. 8ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010 b. 444p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva/ Ministério da Saúde**, Série A, Normas e manuais técnicos Caderno de atenção básica nº 26. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010 c. 300 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações, **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: Versão preliminar Ano IX - nº 01 até semana epidemiológica 26ª - junho de 2012**. 28p. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_jornalistas_pdf_22172.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações, Ministério da Saúde. **História da AIDS** em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 07 dez. 2012 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações, Ministério da Saúde. **Diagnóstico Da AIDS em idosos**. Em: <http://www.aids.gov.br/pagina/diagnostico-de-idosos>>. Acesso em: 07 dez. 2012 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações, **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras das Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Conselho Nacional de Saúde, *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF.

BRASILIA, **Lei nº 7.498**, de 25 de junho de 1986 – Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações, **Portaria nº 1.395/GM**, de 10 de dezembro de 1999 – Aprova a Política de Saúde do Idoso. Brasília, DF. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 17 dez 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações, **Resolução COFEN 311/2007** de 08 de fevereiro de 2007 – Aprova a reformulação do código de ética dos profissionais de enfermagem. Brasília, DF.

CAMARGO, Brígido Vizeu; TORRES, Tatiana de Lucena; BIASUS, Felipe. Práticas sexuais, Conhecimento sobre hiv/aids e atitudes a respeito da relação amorosa e prevenção entre adultos com mais de 50 anos do sul do Brasil. **LIBERABIT**, Lima (Peru), v. 15 n. 2, p.171-180, 2009.

CAMARGO Brígido Vizeu *et al.* Concepção pragmática e científica dos Adolescentes sobre a aids. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 277-284, maio/ago. 2007.

CAMARGO, Brígido Vizeu & BARBARÁ, Andréa. Efeitos de Panfletos Informativos sobre a Aids em Adolescentes, **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 3 set./dez, 2004.

CECHIM, Petronilla Libana & SELLI Lucilda. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 60, n.2, p.145-9, mar. / abr., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a03v60n2.pdf>>. Acesso em: 31 mar 2014.

COUTINHO, MPL; NÓBREGA, SM; CATÃO, MFM. Contribuições teórico-metodológicas acerca dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, MPL; OLIVEIRA, FB; FORTUNATO, ML (orgs). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora UFPB, 2003. p. 50-66.

CORNISH, Flora *et al.* *The impact of Community Mobilisation on HIV Prevention in Middle and Low Income Countries: A Systematic Review and Critique*. **AIDS and Behavior**, Electronic supplementary material. Published on line: 23 march, 2014. Disponível em:

<http://download.springer.com/static/pdf/693/art%253A10.1007%252Fs10461-014-0748-5.pdf?auth66=1396362306_7af0764fe74814d7d529a1f2bd3eec75&ext=.pdf>. Acesso em 30 mar2014.

COSTA, Marco Antônio F. da; COSTA, Maria de Fátima Barrozo da. **Projeto de Pesquisa: entenda e faça**. 2ª edição, Petrópolis, RJ: Vozes; 2011. 140p.

DAMASCENO, Dayse Olívia *et al.* Representações sociais das DST/AIDS elaborada por gestantes. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, V.18, n.1, p.116-23, Jan-Mar, 2009.

DI GIACOMO, J. **Technique D´analyse de données nominales**: Apontamentos para Métodos de Investigação. Lisboa: ISCTE, 1993

FARIA Juliana de Oliveira; SILVA, Girlene Alvas. Diagnósticos de enfermagem em pessoas com hiv/aids: abordagem baseada no modelo conceitual de horta. **Revista da rede de enfermagem do nordeste - Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n.2, p. 290-300, 2013.

FERREIRA Débora Carvalho; SILVA, Girlene Alves. Caminhos do cuidado– itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, V.17, n.11, p. 3087-3098, 2012.

FLAMENT, Claude. Estrutura dinâmica das representações sociais. In: JODELET, Denise (org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2001. Tradução Lilian Ulup. p. 173 – 186.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed, Tradução: Joice Elias Costa. 2009. 405p.

FLORES-PALACIOS, F; LEYVA-FLORES, R. *Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México*. **Salud Pública de México**, v. 45, n. 5, p. 624-631, 2003.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GHIMIRE, Laxmi *et al.* *Reasons for non- use of condoms and self- efficacy among female sex workers: a qualitative study in Nepal*. **BMC Womens Health**, v.11, n.42, 2011.

GOMES, Antônio Marcos Tasoli; SILVA, Erica Machado Pinto; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 3 p. 1-8, maio / jun., 2011.

GOMES, Antônio Marcos Tosoli *et al.* As facetas do convívio com HIV: Formas de Relações sociais e Representações Sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Escola Anna Nery** (impr.); v.16, n.1, p.111- 120, jan. /mar., 2012.

GOMES, Geovana Calcagno; PINTANEL, Aline Campelo; STRASBURG, Aline da Cruz; XAVIER, Daiani Modernel. Face singular do cuidado familiar à criança portadora do vírus HIV/AIDS. **Acta Paulista de Enfermagem**, v 25, n 5, p. 749 -754, 2012.

HEBLING Eliana Marta, GUIMARÃES Isaura Rocha Figueiredo. *Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners*, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p.1211-1218, set. /out., 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Evolução da Divisão Territorial do Brasil 1872-2010. Documentos para disseminação, Memória institucional, 2011. Disponível em: ftp://geoftp.ibge.gov.br/organizacao_territorial/divisao_territorial/evolucao_da_divisao_territorial_do_brasil_1872_2010/evolucao_da_divisao_territorial_do_brasil_publicacao_completa.pdf. Acesso em: 10 mar 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf. Acesso em: 18 jan. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 215 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Características demográficas de cidades brasileiras**. Em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=330610>. Acesso em: 03 nov. 2012.

JODELET, Denise (org). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, Tradução Lilian Ulup, 2001.

JODELET, Denise. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das Representações Sociais. **Sociedade e Estado, Brasília**, v. 24, n.3, p. 679-712, Set/Dez, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/04.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2013.

JODELET, Denise. Ponto de Vista: Sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 1, p. 19-26, jul., 2011.

LAURENTINO, Norma R. Salin *et al*. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 51-63, jan./jun., 2006.

LEFEVRE Fernando, LEFEVRE Ana Maria Cavalcanti. **Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualitativo: a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo**. Brasília: Líber Livro Editora; 2010. 222p.

MANDELL, DOUGLAS , and BENETT'S *Principles and Praticce of Infectious Diseases / Edited by Mandell Gerald L, Benett John E, Dolin Raphael*. 6th ed, Vol I Elsevier Inc.2005.

MADUREIRA Valéria Silvana Faganello, TRENTINI Mercedes. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, pp. 637-642, set. /out., 2008.

MELO Hugo Moura de Albuquerque, LEAL Márcia Carréra Campos, MARQUES Ana Paula de Oliveira, MARINO Jacira Guiro. O conhecimento sobre AIDS de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 43-53, 2012.

MENEGHIN, Paolo. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da AIDS: o espectro do desespero contemporâneo. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 30, n.3, p. 399-415, dez. 1996.

MENIN, M.S.S. Representação Social e Estereótipo: A zona muda das representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22 n. 1, p. 043-052, Jan. /abr., 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n1/29843.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2014

MINAYO Maria Cecília de Souza & SANCHES Odécio. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, V. 9, n.3, p. 239-262, 1993.

MINAYO Maria Cecília de Souza, **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a edição. São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.

MORAES, Edgar Nunes de. **Atenção à Saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.

MOSCOVICI, Serge. **A Representação Social da Psicanálise**. Tradução: Álvaro Cabral Rio de Janeiro: ZAHAR editores, 1978. 291p.

MOSCOVICI, Serge. **Social Representations**. Cambridge, Cambridge University Press, 1984.

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. 404 p.

MOTTA, Alda Britto da; AZEVEDO, Eulália Lima; GOMES, Márcia Queiroz de Carvalho (org). **Dinâmica de gênero em perspectiva geracional**. Salvador: UFBA/ Núcleo de estudos interdisciplinares sobre a mulher (Coleção Bahianas), 2005. 216p.

NATIVIDADE, Jean Carlos; CAMARGO, Brígido Vizeu. Representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre aids. **Paidéia**, v. 21, n.49, p.165-174, maio /ago., 2011.

[NEL JA](#), [YI H](#), [SANDFORT TGM](#), [RICH E](#). *HIV-Untested Men Who Have Sex with Men in South Africa: The Perception of Not Being at Risk and Fear of Being Tested*. **AIDS and**

Behavior. May 2013, Volume 17, [Issue 1 Supplement](#), pp 51-59. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10461-012-0329-4>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

OLIVEIRA D. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA ASP *et al* (orgs). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa (PB): Editora Universitária/UFPB, p.573-603 2005.

OLIVEIRA Denize Cristina de; PONTES Ana Paula Munhen de; GOMES Antônio Marcos Tosoli; SALGADO Luiz Phillipi Porto. Atitudes, sentimentos e imagens na representação social da sexualidade entre adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro; v. 13, n.4, p. 817-23, out. /dez., 2009.

OLTRAMARI Leandro Castro; CAMARGO Brigido Vizeu. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 15, n. 2, p. 275-283, abr./jun. 2010

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Mundial sobre envelhecimento: **Resolução 39/125**. Viena: ONU; 1982.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE Segurança do Sangue: artigo para apoio de Programas Nacionais de Sangue, 1999. Disponível em: http://www.who.int/bloodsafety/transfusion_services/en/Blood_Safety_Port.pdf acesso em 20 de agosto de 2014.

OKUNO Meiry Fernanda Pinto *et al*. *Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV/AIDS*: **Acta Paulista de Enfermagem**, v 25, n especial 1, 2012. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=25&ano=2012&numero=8&item=18>>. Acesso em: 20 mar. 2014.

OLIVEIRA, Amanda Maritsa de Magalhães *et al*. Representações Sociais e Envelhecimento: uma Revisão Integrativa de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 427-434, 2012.

PASCHOAL SMP, SALLES RFN, FRANCO RP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho, ET; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

PEREIRA Ana Maria B, NASCIMENTO Flávia RF prevalência de hiv entre doadores de sangue no banco de sangue do maranhão. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v.16, n.4, p.11-13, 2004.

PEREIRA, Audrey Vidal; VIEIRA Ana Luiza Stiebler; AMÂNCIO FILHO Antenor. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trabalho educação e saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v.9 n.1 mar./jun. 2011. Acesso em: 20 de março de 2013.

PEREIRA, Gisella Souza; BORGES, Claudia Isecké. Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis - Goiás. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, V. 14, n.4, p. 720-725., 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a10.pdf>>. Acesso em: 08 dez 2012.

PEREIRA, Antonia das Dores; SANTOS Jr, Hernane Guimarães; AGUIAR, Lilian Kelen de. Abordagem da sexualidade do idoso e controle do HIV/AIDS na Atenção Básica. **Anais do Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade**. Belém, Maio; 12:283, 2013.

POMBO-DE-BARROS, Carolina Fernandes; ARRUDA, Angela Maria Silva. Afetos e representações sociais: contribuições de um diálogo transdisciplinar. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, V.26, n.2, p.351-60, Abr/Jun, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a17v26n2.pdf>>. Acesso em: 19 jan 2013.

PRADO, Alessandra Elizabeth Ferreira Gonçalves; AZEVEDO, Heloisa Helena Oliveira de. **A Teoria das Representações Sociais: revisitando conceitos e sugerindo caminhos**. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5963_2978.pdf>. Acesso em: 02 jan 2013.

REIS, Valesca Nunes dos. **Cenas, fatos e mitos na prevenção do HIV/Aids: representações sociais de mulheres de uma escola pública de Juiz de Fora/MG** 2010. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de pós graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010.

REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Caracterização da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS publicados em periódicos de enfermagem do Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, são Paulo, v. 36, n. 4, p. 376-85, 2002.

RODRIGUES, Larissa Silva Abreu; PAIVA, Mirian Santos; OLIVEIRA, Jeane Freitas de; NÓBREGA, Sheva Maia da. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/AIDS: estudo de representações sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, V. 46, n. 2, p. 349-55, 2012.

RODRIGUES Elaine Custódio, ALCHIERI João C, COUTINHO Maria da Penha de Lima. A afetividade de crianças e jovens com síndrome de down: um estudo sobre as percepções de Pais e de professores, **Revista CES Psicologia**. V. 3, N. 2, p. 79-98, Julio/Dic., 2010

SÁ, Celso Pereira de. **Sobre o núcleo central das representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996. 188p.

SÁ, Celso Pereira de. Sobre o pensamento social e sua gênese: algumas impressões. In: ALMEIDA, AMO; SANTOS, MFS; TRINDADE, ZA (org). **Teoria das Representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitek, 2001. p. 283 – 302

SANTOS, Neuza Batista dos. Resenha do livro: Representações Sociais: investigações em psicologia Social. **Revista ciências & idéias**, V.1, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/revistacienciaseideias/article/view/69/resenha%20Moscovici>>. Acesso em: 26 dez 2012.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos & ASSIS, Mônica de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, V.14, n.1, p. 147-157, 2011. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/v14n1/v14n1a15.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

SANTOS, Fernanda Marsaro dos. Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 6, n. 1, mai. 2012. Resenhas. Disponível em: <<http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/viewFile/291/156>> Acesso em: 13 fev. 2013.

SCHAURICH Diego, FREITAS Hilda Maria Barbosa. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.4, p.989-95, 2011;.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a28.pdf>> Acesso em: 20 mar.2010.

SILVA, Ana Maria Farias; MARTINI, Jussara Gue; BECKER, Sandra Greice. A Teoria das Representações Sociais nas dissertações e teses em enfermagem: um perfil bibliométrico. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n.2, p. 294-300, 2011.

SILVA Carla Marins, VARGENS Octavio Muniz da Costa. A percepção de mulheres quanto a vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Ver. Esc. Enferm. USP*, v.43 n. 2, p. 401-406, 2009.

SILVA, Girlene Alves & REIS, Valesca Nunes dos. Construindo caminhos de conhecimentos em HIV/Aids: mulheres em cena. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, V. 22, n. 4, p. 1439-1458, 2012.

SILVA, Helder Oliveira e; CARVALHO, Maynna Julianna Alencar David de; LIMA, Flávia Emília Leite de; RODRIGUES, Leila Vieira. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, V. 14, n. 1, p. 123-133, 2011.

SILVA, Luípa Michele; SILVA, Antônia Oliveira; TURA, Luiz Fernando Rangel; MOREIRA, Maria Adelaide Silva Paredes; RIDRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani. Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS), V. 33, n. 1, p. 109-15, 2012.

SOUSA, Jailson L. Sexualidade na terceira na terceira idade: Uma discussão da aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** v. 20, n.1, p. 59-64, 2008.

SOUZA, Carolina Marback Barbosa de. Envelhecimento feminino e sexualidade: uma abordagem antropológica em baile de idosos In: MOTTA, Alda Britto da; AZEVEDO, Eulália Lima; GOMES, Márcia Queiroz de Carvalho (org). **Dinâmica de gênero em perspectiva geracional.** Salvador: UFBA/ Núcleo de estudos interdisciplinares sobre a mulher (Coleção Bahianas), 2005. 216p.

TAQUETTE, STELLA R. Epidemia de HIV/Aids em adolescentes no Brasil e na França: semelhanças e diferenças / HIV/ Aids among adolescents in Brazil and France: similarities and differences *Saúde Soc*; v. 22, n.2, p.618-628, abr.-jun. 2013.

TEIXEIRA, Tatiana Rodrigues de Araújo; GRACIE, Renata; MALTA, Monica Siqueira; BASTOS, Francisco I. Geografia social da AIDS no Brasil: identificando padrões de desigualdades regionais Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.30, n. 2, p.259-271, fev, 2014.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** 1ª Ed.-19 reimpr. São Paulo: Atlas, 2010. 175p.

TURAN Janet M, BUKUSI Elizabeth A, ONONO Maricianah, HOLZEMER Willian L, MILLER Suellen, COHEN Craig R. HIV/AIDS Stigma and Refusal of HIV Testing Among Pregnant Women in Rural Kenya: Results from the MAMAS Study. **AIDS and Behavior.** V.15, p. 1111–1120. 2011. Disponível em: <<http://www.springer.com/public+health/journal/10461?hideChart=1#realtime>> Acesso em: 30 mar 2014.

VIANNA, Armelita Elenice et al.A enfermagem oncológica frente ao câncer em pacientes idosos. **Revista Contexto & saúde**, v 10, n. 20, p. 569-572, Jan/jun, 2011.

VISENTIN Angelita; LENARDT Maria Helena. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta Paulista de Enfermagem**, v 23, n 4, p. 486-492 2010. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/acta/artigo.php?volume=23&ano=2010&numero=4&item=7>> Acesso em: 20 mar.2014.

WACHELKE, João Fernando Rech e CAMARGO, Brigido Vizeu. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento, **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 41, n. 3 p. 379-390, 2007.

WAGNER, Wolfgang. Sócio-gênese e características das representações sociais. In MOREIRA, Antônia Silva Paredes & OLIVEIRA, Denize Cristina de. **Estudos interdisciplinares de representação social**, Goiânia:AB, 1998. p. 3-25.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access: progress report 2011.** World Health Organization, Geneva: Switzerland, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Representações Sociais do HIV/AIDS para mulheres Idosas**”. Nesta pesquisa pretendemos “**Analisar as representações sociais do HIV/AIDS para mulheres Idosas atendidas em uma instituição de saúde direcionada ao atendimento à pessoa idosa em uma cidade do interior do Rio de Janeiro sobre o HIV/AIDS**”. O motivo que me levou a estudar este tema foi o grande impacto e a crescente taxa de infecção da população idosa pelo vírus do HIV, suscitando num importante problema de saúde pública. Para esta pesquisa serão adotados os seguintes procedimentos: a realização de entrevista com questões não estruturadas e a Técnica de Associação Livre de Palavras, que se autorizado, será gravada e transcrita posteriormente. Nesta pesquisa, os riscos considerados são mínimos, como aqueles que podem acontecer sempre que saímos de casa, entretanto, apesar disso é de responsabilidade da pesquisadora a suspensão e o oferecimento de assistência necessária em relação às possíveis complicações e danos decorrentes da pesquisa.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar 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 em que é atendido pelo pesquisador, que tratará 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 será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de enfermagem da UFJF e a outra será fornecida ao senhor. 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. Este termo de

consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “**Representações Sociais do HIV/AIDS para mulheres Idosas**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Valença, _____ de _____ de 2013/2014.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador	Data
------	------------------------	------

Nome	Assinatura testemunha	Data
------	-----------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF

CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

CEP: 36036-900

FONE: (32) 2102- 3788 / E-MAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: LAURA BERRIEL DA SILVA

ENDEREÇO: RUA ALICE CANDIDA MORAES, 13

CEP: 36048-570 – JUIZ DE FORA – MG

FONE: (21) 8335-1206

E-MAIL: LAURABERRIELJC@YAHOO.COM.BR

APÊNDICE B



Roteiro para a Técnica de Associação Livre de Palavras

Título: Representações Sociais do HIV/AIDS para mulheres Idosas

Pesquisadora: Laura Berriel da Silva

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Gírlene Alves da Silva

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Data de nascimento: ____/____/____ Idade : _____			Vida sexual ativa: () Sim () Não			Naturalidade:		
Estado Civil: () solteiro () casado () separado () divorciado () desquitado () viúvo () com companheiro(a) () sem companheiro(a)								
Possui filhos: () Sim () Não Se sim, quantos? _____								
Profissão:			Ocupação:			Ano aposentadoria:		
Tempo de Escolaridade em anos _____ Grau de escolaridade: () analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () 3º incompleto () 3º completo								

**“Cite cinco palavras que vêm a sua mente quando escuta as palavras
HIV/AIDS”.**

1-
2-
3-
4-
5-

“Cite cinco palavras que vêm à sua mente quando escuta a palavra HIV/AIDS e prevenção”.

1-
2-
3-
4-
5-

“Cite cinco palavras que representem a expressão HIV/AIDS e idoso para você”.

1-
2-
3-
4-
5-

APÊNDICE C



Roteiro para a entrevista

Título: Representações Sociais do HIV/AIDS para mulheres Idosas

Pesquisadora: Laura Berriel da Silva

Orientadora: Prof^a Dr^a Girlene Alves da Silva

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE		
Data de nascimento: _____/_____/_____ Idade : _____	Vida sexual ativa: ())Sim ()Não	Naturalidade:
Estado Civil: () solteiro () casado () separado () divorciado () desquitado () viúvo () com companheiro(a) () sem companheiro(a)		
Possui filhos: () Sim () Não Se sim, quantos? _____		
Profissão:	Ocupação:	Ano aposentadoria:
Tempo de Escolaridade em anos _____ Grau de escolaridade: () analfabeto () fundamental incompleto () fundamental completo () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () 3º incompleto () 3º completo		

Questões norteadoras da entrevista:

- Para você o que é HIV/AIDS?
- Você conhece algum portador desta doença? Como ele é?
- Você acha que corre risco de contrair o HIV?
- Você conhece alguma forma de prevenção do HIV? Se sim, quais?
- Você utiliza essas formas de prevenção?
- Quando você tem dúvidas sobre esta ou alguma outra doença, quem procura?

APÊNDICE D**PREFEITURA MUNICIPAL DE VALENÇA
PROGRAMA DE SAÚDE DO IDOSO
CASA DE SAÚDE DO IDOSO****DECLARAÇÃO**

Na qualidade de responsável pela “Casa de Saúde do Idoso”, autorizo a realização de a pesquisa intitulada “Representações Sociais do HIV/AIDS para Mulheres Idosas” a ser conduzida sob a responsabilidade da pesquisadora Laura Berriel da Silva; e DECLARO que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Valença, 17 de Outubro de 2013

ASSINATURA _____


Cassio B. Januzzi
Coordenador do Programa
de Saúde do Idoso

APÊNDICE E



Universidade Federal de Juiz de Fora

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Juiz de Fora, ____ de _____ de 2013.

A Sr^a Coordenadora do Programa de Saúde do Idoso do Município de Valença,

Solicitamos, através desta, autorização para que a mestranda Laura Berriel da Silva possa realizar a pesquisa intitulada “**Representações Sociais do HIV/AIDS para mulheres Idosas**”, como parte dos requisitos acadêmicos do curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que está sendo conduzido sob minha orientação.

Os objetivos desse estudo são: Analisar as representações sociais do HIV/AIDS para Idosos atendidos em uma instituição de saúde direcionada ao atendimento à pessoa idosa em uma cidade do interior do Rio de Janeiro; Descrever o conhecimento dos idosos quanto à prática de prevenção para HIV/AIDS; Identificar como os idosos têm utilizados desses saberes para reduzir sua vulnerabilidade à contaminação e ao adoecimento pelo HIV/AIDS.

A coleta de dados será feita com idosos atendidos na Instituição de Saúde direcionada ao atendimento à pessoa idosa e sede do Programa de Saúde do Idoso do município. A apreensão das informações se dará por meio de uma entrevista não estruturada contendo questões que permitam alcançar os objetivos propostos, sendo todas as respostas gravadas em meio magnético e a Técnica de associação livre de palavras (TALP).

É válido ressaltar que serão observados os critérios éticos preconizados na Resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Informamos ainda que o projeto será apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Girlene Alves da Silva

ANEXO A - Arquivo IMP Dicioná ==_UTF-8_Q_rio

ANEXO A-IMP-DICIONÁRIO TRI-DEUX-MOTS

TRI-DEUX Version 2.2

IMPORTation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes
 ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est talp.DAT
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier de position en sortie sera talp.POS
 et servira d'entr,e pour TABMOT
 Le fichier d'impression est talp.IMP
 Position de fin des caract,ristiques 2
 Nombre de lignes maximum par individu 1

Le stimulus est en fin de mot et sera report,
 en fin de caract,ristiques ... la position 3
 il sera laiss, en fin de mot
 Nombre de lignes lues en entr,e 102
 Nombre de mots ,crits en sortie 1342
 Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0
 seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s
 D,coupage en mots termin,
 Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractŠres

Impression de la liste des mots

abando1	aban	1	abando3	aba1	2	abistin2	abis	1	aborre1	abor	1
absti2	abst	1	abstin1	abs1	2	abstin2	abs2	5	abstin3	abs3	6
acaso1	acas	1	acompa3	acom	1	adulte1	adul	1	adulte2	adu1	2
afeto2	afet	1	agress1	agre	1	aids3	aids	3	ajuda1	ajud	2
ajuda2	aju1	1	alerta1	aler	1	alerta2	ale1	4	alerta3	ale2	1
alimen3	alim	1	amizad1	amiz	2	amizad2	ami1	1	amizad3	ami2	1
amor1	amor	2	amor2	amo1	2	amor3	amo2	2	anal1	anal	1
anal2	ana1	1	angust1	angu	3	angust3	ang1	1	aprox1	apro	1
arrepe1	arre	1	arrepe3	arr1	1	azar1	azar	1	balada1	bala	1
bebida1	bebi	1	beijo1	beij	3	beijo2	bei1	8	cacou3	caco	2
caicab1	caic	1	camisi1	cami	16	camisi2	cam1	83	camisi3	cam2	12
cancer1	canc	3	compli1	comp	1	compli3	com1	3	confia1	conf	3
confia2	con1	2	confia3	con2	3	conhec2	con3	1	consci2	con4	3
consci3	con5	2	consel1	con6	1	consel2	con7	1	contam1	con8	4
contam2	con9	2	contat1	on10	3	contat2	on11	12	contat3	on12	1
conviv1	on13	1	coraca2	cora	1	corte2	cor1	1	covard1	cova	1
cprens2	cpre	1	crianc1	cria	1	cronic3	cron	1	csulta2	csul	2
ctado3	ctad	1	ctagio1	cta1	10	ctagio2	cta2	4	ctagio3	cta3	1
cuidad1	cuid	16	cuidad2	cui1	23	cuidad3	cui2	21	deamor1	deam	1
delica3	deli	1	depend3	depe	1	depre1	dep1	4	depre3	dep2	2
desani1	desa	1	desani3	des1	1	descar2	des2	1	descon1	des3	1
descon3	des4	1	descui1	des5	9	descui2	des6	3	descui3	des7	12

ANEXO A - Arquivo IMP Dicioná_==_UTF-8_Q_rio											
desesp1	des8	3	desesp3	des9	2	desilu1	es10	2	desilu2	es11	1
desilu3	es12	3	dialog2	dial	1	diarre1	dia1	1	difere3	dife	1
difici1	dif1	3	difici2	dif2	2	difici3	dif3	7	discr1	disc	5
discr2	dis1	2	discr3	dis2	2	distan2	dis3	1	divert3	dive	1
doenca1	doen	49	doenca2	doe1	8	doenca3	doe2	8	dor1	dor1	8
dor2	dor1	1	dor3	dor2	1	droga1	drog	2	droga2	dro1	2
emagre1	emag	4	emagre2	ema1	1	errado3	erra	2	escola2	esco	1
escolh3	esc1	1	espera1	espe	1	espera2	esp1	1	esteri2	este	1
evitar1	evit	7	evitar2	evi1	7	evitar3	evi2	6	evitat2	evi3	1
exame1	exam	2	exame2	exa1	13	exame3	exa2	1	exames2	exa3	1
exames3	exa4	1	exclui1	excl	1	exite3	exit	1	experi3	expe	1
facili3	faci	1	famili1	fami	3	famili2	fam1	1	fe1	fe1	2
fe2	fe2	2	fe3	fe3	1	feio1	feio	2	ferida2	feri	2
fiel3	fiel	1	fim1	fim1	2	fim3	fim1	2	fomite2	fomi	3
forca1	forc	3	forca2	for1	1	forca3	for2	1	fraco1	frac	3
garanh3	gara	1	gay1	gay1	1	gay2	gay1	1	gay3	gay2	1
grave1	grav	8	grave2	gra1	2	grave3	gra2	1	hd1	hd1	1
heredi3	here	1	higien1	higi	2	higien2	hig1	7	higien3	hig2	2
horriv1	horr	7	horriv3	hor1	6	hospit1	hosp	4	hospit2	hos1	2
idade3	idad	1	idoso3	idos	12	igjove3	igjo	3	imunid1	imun	2
infec1	infe	2	infec2	inf1	1	infeli1	inf2	1	inform1	inf3	3
inform2	inf4	4	inform3	inf5	5	insati1	insa	1	insati3	ins1	1
isola3	isol	2	jovem1	jove	2	jovem2	jov1	1	jovem3	jov2	2
juizo2	juiz	1	juizo3	jui1	1	lbnage3	lbna	1	luva2	luva	3
macho3	mach	2	magro1	magr	1	maldad2	mald	1	manicu2	mani	5
manicu3	man1	1	mcarat3	mcar	1	medico1	medi	1	medico2	med1	9
medico3	med2	1	medo1	med3	29	medo2	med4	11	medo3	med5	9
morte1	mort	23	morte2	mor1	4	morte3	mor2	14	muitos3	muit	1
nacami3	naca	5	nacre2	nac1	1	nacre3	nac2	10	naprev1	napr	4
naprev2	nap1	1	naprev3	nap2	12	ncalci2	ncal	1	ncerto1	ncer	1
nconf3	ncon	2	nconfo1	nco1	1	ndiscr1	ndis	1	nervos1	nerv	1
nfiel1	nfie	1	norien1	nori	1	norien3	nor1	10	npega3	npeg	4
nremed3	nrem	1	nrespe3	nre1	1	nrespo3	nre2	1	nsorte3	nsor	1
ntcura1	ntcu	13	ntcura2	ntc1	3	ntcura3	ntc2	6	ntrata3	ntra	1
oral1	oral	1	oral2	ora1	1	orient1	orie	3	orient2	ori1	6
orient3	ori2	2	parcei1	parc	4	parcei2	par1	24	parcei3	par2	7
pceito1	pcei	6	pceito2	pce1	1	pceito3	pce2	2	pega1	pega	8
pega2	peg1	1	pega3	peg2	1	pena1	pena	4	pena3	pen1	1
perigo1	peri	13	perigo2	per1	2	perigo3	per2	11	piedad1	pied	2
piedad2	pie1	1	pior1	pior	2	pior3	pio1	4	precau1	prec	4
precau3	pre1	1	preju1	pre2	1	preocu1	pre3	8	preocu2	pre4	3
preocu3	pre5	3	preven1	pre6	19	preven2	pre7	23	preven3	pre8	22
prevenir2	pre9	1	promis1	prom	2	promis2	pro1	4	promis3	pro2	5
prosti3	pro3	1	protec1	pro4	1	protec2	pro5	2	protec3	pro6	2
provid1	pro7	1	raro3	raro	1	recupe2	recu	1	recurs2	rec1	2
recurs3	rec2	1	rejei1	reje	1	rejei3	rej1	1	remedi1	reme	5
remedi2	rem1	13	remedi3	rem2	3	respei1	resp	1	respei2	res1	1
respei3	res2	1	revolt3	revo	2	ridicu3	ridi	1	risco1	risc	1
risco2	ris1	1	risco3	ris2	3	ruim1	ruim	2	ruim3	rui1	3
safado3	safa	1	salien3	sali	17	saliva2	sali	1	samor3	samo	1
sangue1	sang	4	sangue2	san1	6	sangue3	san2	1	saude1	saud	1
saude3	sau1	4	sbvida2	sbvi	1	seguro2	segu	1	seguro3	seg1	1

ANEXO A - Archivo IMP Dicioná_==_UTF-8_Q_rio

semsau1	sems	2	sentir1	sent	2	sentir3	sen1	1	sering1	seri	1
sering2	ser1	9	sering3	ser2	1	sexo1	sexo	21	sexo2	sex1	16
sexo3	sex2	8	sexseg1	sex3	1	sexseg2	sex4	3	sexseg3	sex5	1
smsolu1	sms0	1	so3	so3	3	sofrim1	sofr	14	sofrim2	sof1	2
sofrim3	sof2	5	solida1	soli	2	solida2	sol1	2	tempo3	temp	2
tmissi1	tmi3	11	tmissi2	tmi1	2	tmissi3	tmi2	2	trabal3	trab	1
transf2	tra1	6	transf3	tra2	3	tratar1	tra3	6	tratar2	tra4	8
tratar3	tra5	4	triste1	tris	28	triste2	tri1	3	triste3	tri2	12
vacina2	vaci	1	vagina2	vagi	1	vaidad3	vaid	1	vaso2	vaso	2
vergon2	verg	1	vergon3	ver1	3	vida1	vida	2	vida2	vid1	2
vida3	vid2	2	virus1	viru	1	virus2	vir1	1	virus3	vir2	2
vivido3	vivi	1									
Nombre de mots entr,s				1342							
Nombre de mots diff,rents				341							

Impression des tris ... plat

Question 015	Position	15	Code-max.	2
Tot.	1	2		
1342	448	894		
100	33.4	66.6		

Question 016	Position	16	Code-max.	2
Tot.	1	2		
1342	566	776		
100	42.2	57.8		

ANEXO B - Arquivo AFC ANALISE _=FATORIAL DE CORRESPONDENCIA.t=_UTF-8_Q_xt
 ANEXO B-AFC-ANALISE FATORIAL DE CORRESPONDENCIA

TRI-DEUX Version 2.2

Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 89
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 4
 Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0
 Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 89
 Le nombre de colonnes actives est de 4

M,moire disponible avant dimensionnement 505446
 M,moire restante aprŠs dim. fichiers secondaires 502510
 M,moire restante aprŠs dim. fichier principal 501086

AFC : Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.095785

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 3

Facteur 1

Valeur propre = 0.068034
 Pourcentage du total = 71.0

Facteur 2

Valeur propre = 0.027751
 Pourcentage du total = 29.0

Facteur 3

Valeur propre = 0.000000
 Pourcentage du total = 0.0

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)
 Lignes du tableau

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF
abs2	249	5	-44	0	0	3
abstin2						

ANEXO B - Arquivo AFC ANALISE _=FATORIAL DE CORERSPONDENCIA.t=_UTF-8_Q_xt

abs3	75	1	-50	1	0	0	abstin3
ale1	211	3	159	4	0	6	alerta2
bei1	61	0	256	20	0	8	beijo2
cami	132	4	-125	9	0	0	camisi1
cam1	110	15	20	1	0	28	camisi2
cam2	143	4	54	1	0	4	camisi3
con8	-292	5	39	0	-0	4	contam1
on11	174	6	-115	6	0	1	contat2
cta1	205	6	-373	52	-0	4	ctagio1
cta2	-497	15	-275	11	-0	31	ctagio2
cuid	58	1	-77	3	-0	0	cuidad1
cui1	60	1	-15	0	0	1	cuidad2
cui2	199	13	-46	2	0	4	cuidad3
dep1	-292	5	39	0	-0	4	depre1
des5	365	18	-40	1	0	6	descui1
des7	-56	1	184	15	0	2	descui3
dif3	238	6	14	0	0	1	difici3
disc	-66	0	518	50	0	4	discri1
doen	-107	9	-90	15	-0	27	doenca1
doe1	-544	36	-21	0	-0	21	doenca2
doe2	-190	4	196	11	-0	0	doenca3
dor1	-167	4	305	31	0	2	dor1
emag	-292	5	39	0	-0	4	emagre1
evit	-166	3	-234	14	-0	23	evitar1
evi1	184	4	304	24	0	12	evitar2
evi2	-125	1	79	1	-0	0	evitar3
exa1	-176	6	67	2	-0	3	exame2
fim1	-497	15	-275	11	-0	31	fim1
grav	7	0	-155	7	-0	2	grave1
hig1	-337	12	-123	4	-0	15	higien2
horr	-625	42	-192	10	-0	82	horriv1
hor1	-261	6	-130	4	-0	7	horriv3
hosp	-292	5	39	0	-0	4	hospit1
idos	7	0	-155	11	-0	1	idoso3
inf4	-88	0	353	19	0	1	inform2
inf5	-556	24	-236	10	-0	27	inform3
mani	-556	24	-236	10	-0	27	manicu2
med1	-705	68	59	1	-0	40	medico2
med3	-86	3	198	42	0	3	medo1
med4	-355	21	121	6	-0	2	medo2
med5	141	3	-94	3	0	1	medo3
mort	-11	0	-125	13	-0	3	morte1
mor1	7	0	-155	4	-0	1	morte2
mor2	152	5	69	3	0	3	morte3
naca	-229	4	267	13	0	0	nacami3
nac2	167	4	-170	11	-0	0	nacre3
napr	-88	0	353	19	0	1	naprev1
nap2	-62	1	-260	30	-0	8	naprev3
nor1	-192	6	63	1	-0	4	norien3
npeg	-591	21	234	8	-0	0	npega3
ntcu	-55	1	-149	11	-0	6	ntcura1
ntc2	882	71	319	23	0	64	ntcura3

ANEXO B - Arquivo AFC ANALISE _=FATORIAL DE CORERSPONDENCIA.t=_UTF-8_Q_xt

ori1	-125	1	79	1	-0	0	orient2
parc	7	0	-155	4	-0	1	parcei1
par1	462	78	219	43	0	105	parcei2
par2	-220	5	56	1	-0	2	parcei3
pcei	410	15	29	0	0	29	pceito1
pega	54	0	-409	50	-0	13	pega1
pena	-387	9	548	45	0	0	pena1
peri	467	43	-352	60	0	5	perigo1
per2	405	28	-374	57	0	4	perigo3
pio1	510	16	-35	0	0	7	pior3
prec	-88	0	353	19	0	1	precau1
pre3	211	5	159	8	0	13	preocu1
pre6	92	2	-93	6	-0	0	preven1
pre7	25	0	-70	4	-0	0	preven2
pre8	79	2	-162	22	-0	0	preven3
pro1	-292	5	39	0	-0	4	promis2
pro2	412	13	207	8	0	11	promis3
reme	10	0	111	2	0	0	remedi1
rem1	-394	31	-67	2	-0	20	remedi2
sali	126	4	-49	1	0	1	salien3
sang	-795	38	-81	1	-0	76	sangue1
san1	-125	1	79	1	-0	0	sangue2
sau1	7	0	-155	4	-0	1	saude3
ser1	679	63	153	8	0	77	sering2
sexo	85	2	28	1	0	1	sexo1
sex1	-166	7	69	3	-0	5	sexo2
sex2	-544	36	-21	0	-0	21	sexo3
sofr	-104	2	236	29	0	0	sofrim1
sof2	173	2	362	24	0	12	sofrim3
tmis	337	19	-4	0	0	22	tmissi1
tra1	12	0	289	19	0	7	transf2
tra3	-324	10	209	10	0	0	tratar1
tra4	-544	36	-21	0	-0	21	tratar2
tra5	7	0	-155	4	-0	1	tratar3
tris	-5	0	108	12	0	1	triste1
tri2	-193	7	-26	0	-0	6	triste3

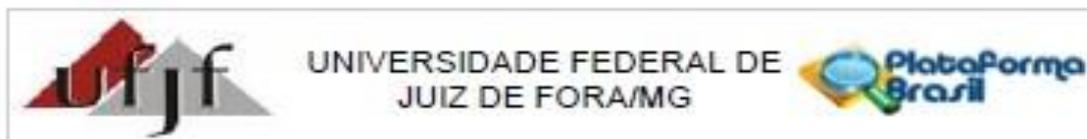
------*---*---*---*---*---*
 * * *1000* *1000* *1000*
 ------*---*---*---*---*---*

Modalit,s en colonne

------*---*---*---*---*---*
 ACT. F=1 CPF F=2 CPF F=3 CPF
 ------*---*---*---*---*---*
 0151 284 198 279 468 0 134
 0152 -143 99 -140 235 0 0
 0161 351 396 -146 167 0 161
 0162 -272 307 113 130 -0 705
 ------*---*---*---*---*---*
 * * *1000* *1000* *1000*
 ------*---*---*---*---*---*

ANEXO B - Arquivo AFC ANALISE _=FATORIAL DE CORERSPONDENCIA.t=_UTF-8_Q_xt
Fin normale du programme

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO – CEP- UFJF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Representações Sociais do HIV/AIDS para Mulheres Idosas

Pesquisador: Laura Berriel da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20566713.4.0000.5147

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 404.409

Data da Relatoria: 03/10/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto possui pertinência e valor científico.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios estão bem caracterizados.

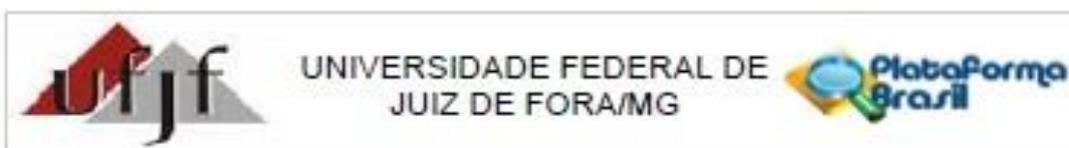
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-000
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 404.409

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Possíveis Inadequações ou possibilidades de pendência deixam de existir. Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Julho de 2014.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 24 de Setembro de 2013

Assinador por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@uff.edu.br