



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

SOLANGE GURGEL ALEXANDRE

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E VULNERABILIDADES
DE MULHERES NO CONTEXTO DA AIDS**

**FORTALEZA – CEARÁ
2010**

SOLANGE GURGEL ALEXANDRE

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E VULNERABILIDADES
DE MULHERES NO CONTEXTO DA AIDS

Dissertação submetida a Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem em Cuidados Clínicos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Duarte Pereira.

A381r

Alexandre, Solange Gurgel

Representações sociais e vulnerabilidades de mulheres no contexto da aids / Solange Gurgel Alexandre . — Fortaleza-CE, 2010.

128 f. : 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Duarte Pereira.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde da mulher. 2. HIV. 3. Síndrome da imunodeficiência adquirida. 4. Vulnerabilidade. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde. II. Título.

CDD: 613.042 44

SOLANGE GURGEL ALEXANDRE

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E VULNERABILIDADES
DE MULHERES NO CONTEXTO DA AIDS

Dissertação submetida a Coordenação do Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Saúde. Área de Concentração: Enfermagem em Cuidados Clínicos.

Data da Defesa: 03/03/2010

Conceito: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Lúcia Duarte Pereira (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará

Prof^a. Dr^a. Maria Dalva Santos Alves (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará

Prof^a. Dr^a. Dafne Paiva Rodrigues (Membro Efetivo)
Universidade Estadual do Ceará

Dedico esse trabalho a Deus, por tudo que tem me permitido alcançar e ao meu marido, Alexandre, que assumiu para comigo um cuidado e um carinho que só um grande amor é capaz de demonstrar.

AGRADECIMENTOS

A Deus que, em sua bondade infinita, me deu muito mais do que pedi ou imaginei.

Ao meu esposo, Alexandre, pelos momentos de ausência suportados com tanto carinho e pelo imenso respeito à minha decisão de continuar a caminhada, ofertando-me, em todos os momentos, incentivo e apoio incondicionais.

Às minhas filhas, Anna Karine e Anna Gabriele, por terem acreditado e por serem o principal estímulo para que eu tenha chegado até aqui.

Aos meus pais, pela vida e por todos os momentos difíceis que superaram para que eu pudesse ter todas as oportunidades.

Às minhas tias-mães Masé e Osmarina e à minha avó Nenen, pela forma altruísta com que cuidaram de mim, estando próximas em todos os momentos, me ofertando todas as chances e os ensinamentos mais caros que eu carrego comigo até hoje.

Ao meu irmão Sérgio pela torcida silenciosa para que eu alcançasse o meu objetivo.

À minha orientadora, professora Dr^a. Maria Lúcia Duarte Pereira por ter, desde o primeiro momento, acreditado na relevância de nosso estudo e pela presença amiga e serena que me transmitiu segurança nos momentos de incerteza.

Ao amigo Aurivan que, como sempre, foi a mola propulsora desse processo, ensinando por meio de seu exemplo de alegria e coragem que os desafios fazem a vida valer a pena.

À amiga Carla Daniele que, com sua sabedoria e serenidade, me levou a persistir e acreditar, apesar de todos os percalços.

À amiga Sara Taciana que, com sua presença amiga e constante, foi companheira fiel no decorrer desta jornada.

Às acadêmicas de enfermagem Sâmia, Jemima, Isabelle, Luciana, Mariana, Bruna e Natália, pelo compromisso e respeito demonstrados durante toda a coleta de dados. Amizades que levarei por toda a vida.

A toda a nossa turma que se tornou, no decorrer do curso, fator fundamental para o alcance desta vitória.

Às mulheres que depositaram em nós a confiança de adentrar em parcelas tão íntimas e marcantes de suas vidas, dando exemplos de força e coragem para enfrentar os obstáculos, por mais intransponíveis que pareçam.

RESUMO

O aumento da expectativa de vida e o consequente envelhecimento da população, as descobertas científicas para melhorar a atividade sexual, a resistência ao uso de preservativo e a feminização da epidemia de infecção pelo HIV/aids tornam a população de mulheres com 50 anos ou mais, vulnerável a essa infecção e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), sinalizando a ausência de esforços voltados à prevenção dessa parcela da população. Com este estudo objetivou-se apreender as representações sociais sobre sexualidade elaboradas por mulheres com 50 anos ou mais, portadoras do HIV/AIDS, comparando-as com as representações de mulheres com 50 anos ou mais sem o diagnóstico da infecção e analisar marcadores de vulnerabilidade identificados nos dois grupos, de acordo com as dimensões individual, programática e social. Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (TRS). A pesquisa foi desenvolvida em duas instituições públicas, na cidade de Fortaleza/CE. Participaram do estudo 44 mulheres. Destas, 22 com diagnóstico de HIV/aids e 22 sem esse diagnóstico. Na coleta de dados foram utilizadas a entrevista semi-estruturada e a observação assistemática. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, fundamentados nos pressupostos de Bardin. Os marcadores de vulnerabilidade foram identificados e analisados de acordo com as dimensões individual, social e programática. A análise de conteúdo revelou oito categorias simbólicas: concepções sobre o HIV/aids; percepções sobre o HIV/aids; percepções de si mesma; causas do HIV/aids; percepções sobre sexualidade; vivências da sexualidade; percepções psicoafetivas e além do HIV/aids. A aids é representada como doença que maltrata, gera sofrimento e leva à morte. Além disso, o convívio com a mesma é permeado de angústia, estigmas, dificuldades socioeconômicas, rompimento dos vínculos afetivos, culpa e medo. A sexualidade tem como representação social sexo compartilhado, irresponsabilidade, dor e sacrifício para as mulheres com diagnóstico. Já as mulheres sem diagnóstico apresentam como representação social sexo compartilhado, mas, com amor e responsabilidade. Concluímos esse estudo, com a percepção de que, diante dos resultados obtidos, é indispensável a criação de espaços de escuta nos serviços de saúde e a capacitação dos profissionais de saúde que prestam cuidados a estas pessoas, em especial os enfermeiros, para que a orientação quanto às DST/aids possa ser praticada de forma efetiva e sem preconceitos, a fim de que as vulnerabilidades apontadas neste estudo sejam atenuadas. Reforçamos a necessidade da implementação de estratégias que empoderem a mulher com 50 anos ou mais, veiculando campanhas que alcancem essas pessoas, respeitando os aspectos socioculturais inerentes a essa população. Dessa forma, será permitido que essa mulher seja agente ativo e atuante na transformação de suas próprias condições de vida e saúde.

Descritores: Vulnerabilidade, Saúde da Mulher, HIV, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ABSTRACT

Increased life expectancy and an aging population, scientific discoveries to improve sexual activity, resistance to condom use and the feminization of the epidemic of HIV/AIDS makes the population of women aged 50 years or more vulnerable to this infection and other sexually transmitted diseases (STDs), indicating the absence of efforts aimed at preventing this portion of the population. This study aimed to identify the social representations of sexuality developed by women aged 50 years or more with HIV / AIDS, and compares them with representations of women aged 50 years or more without diagnosis of infection and assess markers of vulnerability identified in the two groups, according to the dimensions of individual, programmatic and social. It is an exploratory and descriptive research, based on the Social Representations Theory (SRT). The study was conducted in two public institutions in the city of Fortaleza/CE. The study included 44 women. Of these, 22 diagnosed with HIV/AIDS and 22 without this diagnosis. In the data collection were used the semi-structured interview and unsystematic observation. The data were subjected to thematic content analysis, based on the assumptions of Bardin. Markers of vulnerability have been identified and analyzed according to the dimensions of individual, social and programmatic. The content analysis revealed eight symbolic categories: concepts about HIV/AIDS; perceptions about HIV/AIDS; perceptions of itself; causes of HIV/AIDS; perceptions of sexuality; experiences of sexuality; perceptions psychoaffective and beyond HIV/AIDS. Aids is represented as a disease that rude, causing suffering and leads to death. Furthermore, the observation of the same is permeated with anxiety, stigma, socioeconomic difficulties, breaking the bonds of affection, guilt and fear. Sexuality is the social representation shared sex, irresponsibility, pain and sacrifice for women with a diagnosis. The women have no diagnosis as shared social representation of sex, but with love and responsibility. We conclude this study with the realization that, given the results obtained, it is essential to create opportunities to listen in health care and training of health professionals who provide care to these people, especially the nurses, so that the guidance STD/AIDS can be carried out effectively and without bias, so that the vulnerabilities outlined in this study are attenuated. We emphasize the need to implement strategies that empower women aged 50 years or more, running campaigns to reach these people, respecting the cultural aspects inherent to this population. Thus it will be allowed this woman to be an active agent and active in the transformation of their own living conditions and health.

Descriptors: Vulnerability, Women's Health, HIV, Acquired Immune Deficiency Syndrome

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009.....	53
Tabela 2 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de concepções sobre HIV/aids, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009.....	56
Tabela 3 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de percepções sobre HIV/aids, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009.....	63
Tabela 4 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de percepções de si mesma, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009.....	68
Tabela 5 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de causas do HIV/aids, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009.	71
Tabela 6 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de percepções sobre sexualidade, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009.....	76
Tabela 7 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de vivências da sexualidade, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009.....	80
Tabela 8 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de percepções psicoafetivas, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009.....	87
Tabela 9 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de além do HIV/aids, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009.	93

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Plano de análise.....	42
Figura 2 – Concepções sobre o HIV/aids.....	45
Figura 3 – Percepções sobre o HIV/aids.....	45
Figura 4 – Percepções de si mesma.....	46
Figura 5 – Causas do HIV/aids.....	46
Figura 6 – Percepções sobre sexualidade.....	47
Figura 7 – Vivências da sexualidade.....	47
Figura 8 – Percepções psicoafetivas.....	48
Figura 9 – Além do HIV/aids.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas sobre HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009.....	44
Quadro 2 – Marcadores de vulnerabilidade da dimensão individual ao HIV/aids de mulheres com 50 anos ou mais com e sem diagnóstico, atendidas no ambulatório do Hospital São José e participantes do grupo de idosos do Centro Social Aloísio Ximenes, Fortaleza/Ceará, 2009.....	99
Quadro 3 – Marcadores de vulnerabilidade da dimensão programática ao HIV/aids de mulheres com 50 anos ou mais com e sem diagnóstico, atendidas no ambulatório do Hospital São José e participantes do grupo de idosos do Centro Social Aloísio Ximenes, Fortaleza/Ceará, 2009.....	103
Quadro 4 – Marcadores de vulnerabilidade da dimensão social ao HIV/aids de mulheres com 50 anos ou mais com e sem diagnóstico, atendidas no ambulatório do Hospital São José e participantes do grupo de idosos do Centro Social Aloísio Ximenes, Fortaleza/Ceará, 2009....	105

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	- <i>Acquires Immunodeficiency Syndrome</i>
CSU	- Centro Social Urbano Aloísio Ximenes
CTA	- Centros de Testagem e Aconselhamento
DST	- doenças sexualmente transmissíveis
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
HIV	- <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HSJ	- Hospital São José de Doenças Infecciosas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	- infecções sexualmente transmissíveis
LBA	- Legislação Brasileira de Assistência
MS	- Ministério da Saúde
OSC	- Organizações da Sociedade Civil
PABI	- Programa de Atenção Básica ao Idoso
PMF	- Prefeitura Municipal de Fortaleza
PROINFOR	- Programa de Prática Profissional em Informática
PVHA	- pessoas vivendo com HIV/aids
RNP	- Rede Nacional de Pessoas
SAE	- Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids
SUS	- Sistema Único de Saúde
TRS	- Teoria das Representações Sociais

SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
LISTA DE TABELAS.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
LISTA DE QUADROS.....	9
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	10
1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 PROBLEMÁTICA.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1 ENVELHECIMENTO, SEXUALIDADE, VULNERABILIDADE FEMININA E AIDS	19
2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	30
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	36
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	36
3.2 CAMPO DE ESTUDO.....	37
3.3 SUJEITOS SOCIAIS.....	38
3.4 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	39
3.4.1 Procedimentos da coleta de dados.....	39
3.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS.....	41
3.5.1 A técnica de análise de conteúdo.....	41
3.6 MARCADORES DE VULNERABILIDADE.....	49
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	49
4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES COM 50 ANOS OU MAIS NO CONTEXTO DO HIV/AIDS.....	51
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO.....	51
4.2 A CONSTRUÇÃO DO HIV/AIDS COMO CONHECIMENTO SOCIALMENTE COMPARTILHADO.....	54
4.2.1 Concepções sobre o HIV/aids.....	55
4.2.2 Percepções sobre o HIV/aids.....	63
4.2.3 Percepções de si mesma.....	67
4.2.4 Causas do HIV/aids.....	71
4.2.5 Percepções sobre sexualidade.....	76
4.2.6 Vivências da sexualidade.....	79
4.2.7 Percepções psicoafetivas.....	87
4.2.8 Além do HIV/aids.....	93
5 MARCADORES DE VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS.....	98
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS.....	112
APÊNDICES.....	122
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	123
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	124
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	125
ANEXO.....	126
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP HSJ.....	127

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMÁTICA

Desde a primeira descrição da *Acquires Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) em 1981 e, a identificação do seu agente etiológico, o *Human Immunodeficiency Virus* (HIV), que a mesma configura-se um marco na história das pandemias, com impacto mundial drástico (NISHIMOTO, 2002). Apesar da busca do diagnóstico e de terapêutica eficazes no intuito de minimizar a morbimortalidade causada pela doença, o número de pessoas portadoras do vírus e o número de mortos em virtude da mesma ganham proporções alarmantes.

Dados de relatório veiculado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e aids (UNAIDS), em 2007, revelam uma estimativa de cerca de 33,2 milhões de pessoas com o vírus no mundo e uma expectativa de que 2,5 milhões irão adquiri-lo, com 2,1 milhões de mortos pela doença. O documento afirma que a América Latina tem um quadro estável relativo à epidemia e estima que, 1,6 milhões de pessoas vivam com aids, com 100 mil casos novos e 58 mil mortos a cada ano (UNAIDS, 2007).

No Brasil, o início da epidemia se deu com grandes concentrações dos casos nos grandes centros urbanos, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, atingindo principalmente pessoas do sexo masculino com um maior nível socioeconômico, pertencentes às categorias de transmissão homossexuais e bissexuais, além dos portadores de hemofilia, receptores de sangue e hemoderivados, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, considerados “grupos de risco” (BRASIL, 2008b; RODRIGUES-JÚNIOR, CASTILHO, 2004).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), no Brasil, mais de 35 mil casos de aids foram notificados em 2005, totalizando até junho de 2008 uma notificação em torno de 507 mil casos (BRASIL, 2008a; UNAIDS, 2007).

Com o passar do tempo, a epidemia assumiu características diferentes. A taxa de incidência na região Nordeste do Brasil aumentou de 6,9 para 10,6 casos de

aids por 100.000 habitantes entre 2000 e 2006, enquanto que na região Sudeste caiu de 24,4 para 22,5 (BRASIL, 2008a; UNAIDS, 2007).

Além disso, os fenômenos de heterossexualização, feminização, interiorização, envelhecimento, juvenização e pauperização da epidemia são observados com nitidez pelos mais diversos estudos (BRASIL, 1999; BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000; UNAIDS, 2007), o que constata a democratização da epidemia, que não privilegia idade, raça, cor, sexo ou credo (LOPES, 1998; OLIVEIRA et al., 2004).

Assim, desde o início, o grupo etário mais acometido, em ambos os sexos, tinha entre 20 e 39 anos de idade. Porém, segundo dados do Ministério da Saúde publicados em 2007, entre os anos de 1996 e 2006, houve um aumento da taxa de incidência entre indivíduos com mais de 60 anos de idade. Para essa faixa etária, nos homens, a taxa de incidência passou de 5,8 casos para 9,4 por 100.000 habitantes, e nas mulheres, cresceu de 1,7 casos para 5,1 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2007).

Torna-se relevante destacar que, os próprios idosos se consideram imunes ao vírus. Pouco, ou quase nada, se fala a respeito de uma possível disseminação da pandemia entre esse grupo de pessoas (PRILIP, 2004).

Assim, práticas preventivas voltadas para os “grupos de risco” e comportamentos individuais produziram lacunas que facilitaram a disseminação em outras parcelas da população, entre as quais se destacam as mulheres e mais recentemente pessoas maiores de 50 anos, culturalmente vistas como “assexuadas” e desprovidas de desejo pelo sexo (DE LA TORRE-UGARTE-GUANILO, 2008).

O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, somados às descobertas científicas para melhorar a atividade sexual e à resistência ao uso de preservativo tornam essa população mais vulnerável à infecção pelo HIV/aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) (SILVA; PAIVA, 2006), com taxas de incidência cada vez mais elevadas, o que denota ausência de esforços voltados à prevenção dessa parcela da população.

Mudanças no modo de vida da população, a qual começa a viver com mais plenitude, aumentando suas relações sociais, levam a uma exposição a riscos antes atribuídos a indivíduos de faixas etárias mais jovens, incluindo aí a exposição à infecção pelo HIV, dando margem ao desafio de estabelecer políticas públicas e estratégias que garantam a qualidade de vida desses indivíduos.

Tais mudanças foram alertadas por Tichy e Talashek (1992) há aproximadamente duas décadas, ao afirmarem que a carência de políticas voltadas às DST em mulheres idosas aumentava sua inserção na epidemia da aids.

No que se refere às mulheres maiores de 50 anos, parte-se do entendimento de que, além do “envelhecimento” da pandemia, há uma clara tendência a feminização desta, com um decréscimo importante da razão entre homens e mulheres. Além disso, a infecção de 95,7% dos casos em mulheres se dá em relações heterossexuais estáveis, não relacionadas ao desconhecimento da necessidade do uso de preservativo masculino (BARROSO; GALVÃO, 2007), estando, antes, relacionadas ao receio de negociar tal proteção com o parceiro, na maioria das vezes por medo do abandono (GUIMARÃES; MERCHÁN-HAMANN, 2005). Assim sendo, esses dados significam, claramente, que se trata de um grupo culturalmente exposto a condições independentes de sua vontade, como as relações de gênero e a violência física, incluindo a violência sexual que as tornam vulneráveis a vários agravos, seja nas dimensões individual, programática ou social, haja vista estarem interligadas entre si, influenciando-se mutuamente (AYRES et al., 1999).

Entende-se que, em virtude dos progressos científicos na tentativa de pormenorizar ou extinguir o HIV/aids, o que aumenta a possibilidade de sobrevivência com qualidade, tem-se refletido sobre os estigmas, comportamentos e medos provocados pela doença nas mulheres com 50 anos ou mais. Tais reflexões suscitam questionamentos como: Quem são tais mulheres? Quais as repercussões do HIV/aids em suas vidas? Como se posicionam a respeito desta doença?

Acredita-se que as respostas a esses questionamentos, possibilitarão conhecimento acerca das vulnerabilidades a que estão expostas as mulheres com 50 anos ou mais que vivem com HIV/aids, conhecimento necessário ao

delineamento de políticas públicas de saúde e estratégias que contribuam para a melhor qualidade de vida das mesmas.

Ante o exposto, este estudo tem como **objetivos**:

- Apreender as representações sociais sobre sexualidade elaboradas por mulheres com 50 anos ou mais, portadoras do HIV/AIDS, comparando-as com as representações de mulheres com 50 anos ou mais sem o diagnóstico da infecção;
- Analisar marcadores de vulnerabilidade identificados nos dois grupos, de acordo com as dimensões individual, programática e social.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO, SEXUALIDADE, VULNERABILIDADE FEMININA E AIDS

Atualmente, a humanidade convive com a dualidade representada pelo envelhecimento populacional, pois enquanto representa um de seus maiores trunfos, sendo considerado um marco na história das relações sociais, representa também um de seus maiores desafios, aumentando as demandas sociais e econômicas em todo o mundo e exigindo novas posturas das esferas políticas e sociais, no sentido de humanizar as condições de vida dessa parcela da população que constitui importante recurso para a estrutura das sociedades (BRUNDTLAND, 2005).

Considerado o principal fenômeno demográfico do século 20, no Brasil, o envelhecimento populacional resulta do conjunto das transições demográfica e epidemiológica que ocorrem no país e, em oposição ao senso comum, resulta do declínio da fecundidade, ao invés do declínio da mortalidade, pois, uma população torna-se mais idosa na medida em que o número de indivíduos idosos aumenta e o número de indivíduos mais jovens diminui (NASRI, 2008).

O processo de transição demográfica teve início na Europa no século XVIII, tendo como principais fenômenos a redução da fecundidade, observada na Revolução Industrial, antes do advento da pílula anticoncepcional, e o aumento na expectativa de vida que ocorreu de forma insidiosa, graças à melhoria das condições sociais e de saneamento, além da descoberta dos antibióticos e das vacinas (WONG; CARVALHO, 2006).

O processo se estendeu aos países desenvolvidos e em desenvolvimento, porém, com início e velocidade bastante variados e diferentes implicações. Na América Latina, principalmente, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o fenômeno começou a ser observado entre os anos de 1940 e 1960, quando a população brasileira experimentou um declínio significativo na mortalidade, com fecundidade relativamente constante. A partir dos anos 1960, iniciou-se um declínio da fecundidade da ordem de 60% (1970 a 2000) que partiu dos grupos populacionais mais privilegiados e das regiões mais desenvolvidas e generalizou-se

rapidamente, desencadeando uma série de mudanças profundas na distribuição etária (NASRI, 2008; WONG; CARVALHO, 2006).

Os grupos populacionais mais velhos expandiram-se, com a população de 60 anos ou mais, aumentando de 5,1% em 1970, para 8,6% em 2000, respondendo em 2050 por cerca de 19% da população brasileira (NASRI, 2008; WONG; CARVALHO, 2006).

A rapidez com que o fenômeno ocorreu nos países em desenvolvimento tem profundas implicações. No modelo europeu, o envelhecimento aconteceu de forma gradual, acompanhado por um crescimento socioeconômico constante durante muitas gerações, levando quase um século para se concretizar, permitindo uma melhor adequação à nova situação. O Brasil, por sua vez, experimenta transições semelhantes em menos de um quarto de século, com profundas desigualdades socioeconômicas. Ademais, a expectativa de vida ao nascer no Brasil, com o avanço da medicina e a relativa melhoria das condições gerais de vida, aumentou de 45,5 em 1940 para 72,7 em 2008, com projeções (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE) de alcançar em 2050, o patamar de 81,3 anos (NASRI, 2008; IBGE, 2008; WONG, CARVALHO, 2006).

Para terminar o ciclo de envelhecimento, o Brasil levará metade do tempo que os países europeus levaram para completá-lo. Tem-se como resultado que, em 2050, o Brasil terá a sexta maior população de indivíduos maiores de 60 anos do mundo, com o número de idosos passando de 6,07% da população total em 1980, para 29,75% (IBGE, 2008).

Nesse contexto, a saúde também merece profunda reflexão. É fato que a demanda por cuidados de saúde relacionada à população idosa é diferenciada das outras parcelas da população, devido aos processos incapacitantes e degenerativos que lhes são inerentes. Entretanto, é perceptível que mudanças nesse quadro estão se dando com uma população que envelhece de forma mais ativa e participativa, revelando mudanças nas causas de adoecimento. Tal fato aponta para a necessidade de readaptação das políticas públicas do setor, considerando que a qualidade do envelhecimento está direta e proporcionalmente relacionada à qualidade de vida.

Dessa forma, o país confronta-se com a difícil situação de atender a uma população que envelhece rapidamente, em uma sociedade com injusta distribuição de renda e de acesso à educação e saúde, tendo como desafio a construção de uma infra-estrutura que permita um envelhecimento ativo, que assegure uma vida saudável e participativa (WONG; CARVALHO, 2006).

Esse rápido envelhecimento da população no Brasil faz com que nos deparemos com outro aspecto dessa ampla problemática, a abordagem adequada à epidemia de aids que se alastra velozmente nessa parcela da população.

A visibilidade social a que tem sido exposta é inversamente proporcional a abordagem desses indivíduos que vivem momentos de intensas mudanças socioculturais, principalmente no que diz respeito à sua sexualidade (LEMOS, 2003).

Segundo Santos (2003), mesmo a velhice sendo considerada um fenômeno biológico inerente à condição humana, a forma de envelhecer é subjetivamente diferente para cada um, pois está condicionada por questões hereditárias, sociais e culturais, com forte influência de cada história de vida.

O contexto social em que está inserido, ditará o lugar e o papel apropriado àquele que envelhece, sendo possível afirmar que não existe “uma velhice”, mas “velhices” que diferem de acordo com questões de gênero, de classes sociais e intelectuais, levando à necessidade de visões singulares para cada idoso (SOUSA; SALDANHA; ARAÚJO, 2006).

Dessa forma, as imagens da velhice coexistem em nossa sociedade, uma tradicional, naturalizada, aliando a inatividade e a “respeitabilidade”, e outra, mais recente que alia dinamismo e participação (MOTTA, 2004). O desconhecimento ou a não aceitação dessa nova face da velhice contribui para a manutenção e propagação de mitos, estereótipos negativos e preconceitos (GIAMI, 2007).

Dentre esses mitos podemos considerar a idéia de que o envelhecer traz consigo, de forma proporcionalmente inversa, a extinção da atividade sexual. Ainda recentemente, à velhice era atribuído o declínio da atividade sexual pela ocorrência da menopausa ou pela instalação progressiva da disfunção erétil, além da perda de sua justificativa social de procriação. Para Giami (2007), a concepção pioneira de

Freud que trata o prazer como objetivo da sexualidade humana, confirmada pela dissociação do conceito de saúde sexual e de reprodução, evidencia a importância da sexualidade para a realização e bem-estar dos indivíduos durante toda a vida, não a restringindo às pessoas mais jovens.

O aumento da expectativa de vida trouxe, além do ganho quantitativo, novos significados e possibilidades àqueles que envelhecem como manutenção da produtividade e interações sociais e sexuais mais frequentes. O progresso nas pesquisas em saúde e na área de medicamentos (disfunção erétil e reposição hormonal) também teve forte influência nesse processo, permitindo a essas pessoas vivenciarem, com mais satisfação e segurança, sua sexualidade, aumentando a frequência e a qualidade de suas relações sexuais.

Segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde (MS), com a população sexualmente ativa do país, entre os(as) entrevistados(as) com mais de 50 anos, 17,3% relatam ter tido, nos últimos seis meses, 6,3 relações sexuais por mês, número que se aproxima da média de 9,2 relações/mês da população com faixa etária entre 40 e 49 anos (BRASIL, 2003).

Para Silva e Paiva (2006), estes dados apontam para uma clara mudança no comportamento sexual das pessoas com mais idade, influenciada por múltiplos fatores. Porém, a mesma não tem sido acompanhada por incentivos à prática de sexo seguro, problema agravado por terem vivenciado uma juventude sem apelos a essa prática, não tendo incorporado a necessidade de fazer uso dela.

Dessa forma, a incidência cada vez maior de pessoas nessa faixa etária infectadas pelo HIV/aids, nos leva a inferir que há lacunas importantes nos esforços de prevenção da doença, considerando que o envelhecimento da população, aliado a um aumento na expectativa de vida, às descobertas científicas para melhorar a atividade sexual e à resistência ao uso de preservativo tornam essa população mais vulnerável à referida infecção (SILVA; PAIVA, 2006; SILVA; PAIVA; SANTIAGO, 2005).

A situação requer ações imediatas, com maiores investimentos na educação desse público, pois, embora o Ministério da Saúde (MS) reconheça, desde 2001, a necessidade de incluir esse público nas campanhas preventivas (BRASIL, 2003), apenas em dezembro de 2008, lançou um programa preventivo que se volta

à população maior de 50 anos, com vistas a controlar a disseminação da epidemia do HIV/aids e outras DST, através da redução das múltiplas vulnerabilidades que a torna mais suscetível.

A aids tem sido descrita no Brasil como uma pandemia com inúmeras facetas, composta por um mosaico de sub-epidemias regionais, motivadas por desigualdades econômicas e sociais, configurando-se como um fenômeno social de amplas proporções que traz forte impacto nos princípios morais, éticos e religiosos, na saúde pública e de comportamento privado, como as questões relativas à sexualidade, ao uso de drogas ilícitas e à moralidade conjugal (SALDANHA; ARAÚJO, 2006).

Na velhice, a aids se apresenta através de múltiplas visões carregadas de estigmas e equívocos, com seu impacto transcendendo o diagnóstico, para desvelar hábitos considerados obscuros, como a sexualidade e o uso de drogas ilícitas.

Feitoza, Souza e Araújo (2004), ressaltam sua grande relevância epidemiológica nesta parcela específica da população, não por seus números absolutos, mas por sua incidência, prevalência, letalidade e anos potenciais de vida perdidos (até 15 anos), sendo considerado um dos mais sérios problemas contemporâneos de saúde pública.

A inserção das pessoas maiores de 50 anos na epidemia da aids constitui problema de saúde pública de grande preocupação, pois, embora as estatísticas mostrem decréscimo da doença na população em geral nos países desenvolvidos e estabilidade dos casos na América Latina, acredita-se não ser possível a generalização, visto que em cada país existem regiões que apresentam curva ascendente da infecção, por exemplo as regiões Norte e Nordeste do Brasil (BRASIL, 2008a).

No Brasil, a infecção pelo HIV entre os indivíduos maiores de 50 anos apresenta-se em curva ascendente como em nenhuma outra faixa etária. Esse “envelhecimento” resulta na mais recente característica da epidemia da aids (BRASIL, 2008a).

O primeiro caso de aids no Brasil, em pessoas acima de 50 anos de idade foi notificado em 1982, na região Sudeste e, no Ceará, em 1989, com indivíduo do sexo masculino, por transmissão sexual (ARAÚJO et al., 2007; BRASIL, 2008a).

Apesar da maioria dos casos de aids encontrar-se na faixa etária de 25 a 49 anos, constata-se ao longo da série histórica, um aumento proporcional de casos de aids em indivíduos com 50 anos ou mais de idade, passando de 7% em 1996, para 13% em 2006. A taxa de incidência nessa população dobrou entre 1996 e 2006, passando de 7,5 casos por 100.000 habitantes para 15,7. Aumento verificado em todas as regiões, ficando a região Nordeste com um aumento de 2,8 em 1996, para 7,6 em 2006 (BRASIL, 2008a).

Até junho de 2008 existem acumulados 47.437 casos de aids na população com idade superior a 50 anos (9,4% do total de casos de aids), sendo 15.966 (34%) em mulheres e 31.469 (66%) entre os homens, com 62% dos casos diagnosticados entre 2001 e junho de 2008 (BRASIL, 2008a).

A principal forma de infecção entre os idosos, no Brasil, é a transmissão sexual. Daí atribuir-se a responsabilidade pelo aumento da infecção pelo HIV/aids na população mais idosa, a fatores como a gama de recursos que permite maior acesso a uma vida sexual ativa e, principalmente, o tabu que envolve a sexualidade na terceira idade (BRASIL, 2004), levando a uma carência de informações quanto à prevenção, tornando-os mais vulneráveis (CEARÁ, 2008).

Como discutido anteriormente, a 'revolução sexual' que ocorre entre as pessoas dessa faixa etária, não está acompanhada de uma prática sexual segura, com ações preventivas para DST/aids, seja pelo desconhecimento e pela inabilidade que este gera ou pela cultura arraigada de práticas pouco seguras.

Entre os homens são considerados vários obstáculos quanto ao uso de preservativo, como perda de ereção e a crença de somente ser necessário seu uso em relações extraconjugais ou com profissionais do sexo.

As mulheres com mais de 50 anos enfrentam a carga cultural que circunda o tema, sendo considerada a impossibilidade de engravidar, a dificuldade em negociar o uso do preservativo masculino e o desconhecimento do preservativo feminino. Desconsidera-se o fato de que manter relações sexuais sem preservativo durante e após a menopausa tem aumentado o risco de infecções sexualmente transmissíveis (IST) pelas próprias condições fisiológicas como paredes vaginais

mais finas e ressecadas, favorecendo o surgimento de lesões que funcionam como porta de entrada (SILVA; PAIVA, 2006).

Saldanha e Araújo (2006) consideram que, apesar do conhecimento desses fatos, a possibilidade de infecção pelo HIV/aids em uma pessoa idosa parece 'invisível' para a sociedade, os profissionais de saúde e os próprios idosos.

A carga de tabus e preconceitos que envolvem essa questão leva a uma maior exposição a situações de vulnerabilidade pelas atitudes pessoais e pela dificuldade no diagnóstico precoce.

Há, entre os profissionais de saúde, uma dificuldade em questionar a vida sexual do(a) idoso(a), considerando-o(a) de antemão monogâmico(a), com ritmo sexual diminuído ou findo (SILVA; PAIVA, 2006). Esse fato, aliado a uma sintomatologia com características semelhantes a outras doenças frequentes nesse grupo etário como cansaço, perda de peso e problemas na memória, leva os profissionais de saúde a não investigarem de forma adequada a possibilidade da infecção pelo HIV, impedindo um diagnóstico diferencial, o que pode vir a retardar o real diagnóstico em mais de 10 meses, atrasando o início do tratamento, diminuindo a sobrevida e levando à sub-notificação da doença (HUMAN Immunodeficiency Virus Infection, 2005; VIEIRA, 2004).

A razão entre homens e mulheres no que diz respeito à infecção pelo HIV e os casos de aids entre indivíduos com mais de 50 anos segue a tendência nacional de decréscimo, validada pelos dados veiculados pelo MS, que atestam considerável redução. Segundo estes dados, havia, em 1986, 19 homens infectados pelo vírus para cada caso em mulheres, enquanto em 2006, passou-se a ter 1,6 caso de aids em homem para um caso em mulheres (BRASIL, 2008a). Dos 33,2 milhões de pessoas infectadas pelo vírus HIV no mundo, 15,4 milhões são mulheres, representando 50% do total de pessoas infectadas (UNAIDS, 2007).

As mulheres nesta faixa etária carregam consigo, além das questões relativas à idade, uma enorme carga cultural inerente a questões de gênero, dificultando assim o enfrentamento adequado da epidemia, levando-nos a questionar as condições de vulnerabilidade a que estão expostas.

De acordo com Saldanha (2003), foi nesse contexto, com práticas preventivas e campanhas excludentes voltadas para grupos com determinadas características e comportamentos que não apresentaram êxito em seus intentos, deixando lacunas que expuseram outras parcelas da população, que tiveram início as análises da epidemia da aids, voltadas para o conceito de vulnerabilidade, oriundo da área de Direitos Humanos que considera a exposição à infecção em dimensões que avaliam situações individuais, sociais e programáticas (institucionais) a que estão expostos os indivíduos.

Mann e cols., em 1992, desenvolveram tal conceito, estabelecendo padrões de referência para avaliar a exposição à infecção pelo HIV, definidos por três dimensões interdependentes que mensuravam a vulnerabilidade dos indivíduos: dimensão individual (cognitiva e comportamento pessoal), social (contexto social) e programática (ou institucional) – anteriormente designada como “Programa Nacional de Combate à AIDS” (AYRES et al., 2003). Inicialmente estas dimensões eram avaliadas por meio de escores e modelos quantitativos que reafirmavam que a possibilidade de infecção estaria vinculada a índices de baixa, média e alta vulnerabilidade (SOUZA, 2001).

Em 1996, Mann e cols. retomam a questão de modo mais amplo, substituindo os indicadores sócio-econômicos e enfatizando os direitos humanos. Com base nestes pressupostos, Ayres, em 1999, dá às dimensões individual, social e programática uma visibilidade subjetiva, menos positivista, que relaciona os comportamentos individuais de exposição ao risco a um conjunto mais amplo de determinantes (AYRES et al., 2003).

Ser vulnerável é não ter meios para se proteger; não ter acesso aos serviços de saúde, à educação, trabalho; fonte de renda e moradia e não ter liberdade para propor e escolher (BRASIL, 2007).

Esse conceito pressupõe que todos os indivíduos estão sujeitos à infecção pelo HIV, sendo esta, resultante não apenas de fatores individuais, mas também de fatores coletivos, da existência de políticas públicas e da disponibilidade de recursos (DE LA TORRE-UGARTE-GUANILO, 2008).

Para Ayres et al. (1999), o conceito de vulnerabilidade não visa distinguir a probabilidade de um indivíduo qualquer se expor à aids, mas busca fornecer elementos para avaliar objetivamente as diferentes chances que cada indivíduo ou grupo populacional particular tem de se contaminar, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a maior exposição ou menor chance de proteção diante do problema, destacando-se, assim, a influência de cada dimensão da vulnerabilidade na contaminação pelo HIV/aids, principalmente em mulheres com mais de 50 anos.

A vulnerabilidade individual ou pessoal está diretamente ligada aos comportamentos de risco que favorecem a infecção ou o adoecimento. Esta dimensão depende de vários fatores como o grau de consciência dos danos inerentes ao agravo, o grau e a qualidade da informação veiculada, a capacidade de elaboração e incorporação dessas informações e as possibilidades concretas de transformação de suas práticas cotidianas.

Segundo Valadão (2008), a mudança de comportamento não é compreendida como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, tendo conhecimentos e comportamentos, significados e repercussões diferenciadas na vida dos indivíduos, dependendo de uma combinação, sempre singular, de características individuais, contextos de vida e relações interpessoais que se estabelecem no dia-a-dia. Por isso, não é possível dizer que uma pessoa “é vulnerável”, pode-se apenas dizer que uma pessoa “está vulnerável” a um determinado problema, em um determinado momento de sua vida.

Assim, pode-se afirmar que a vulnerabilidade individual traz em seu ínterim, íntima ligação com as vulnerabilidades programática e social, haja vista a influência que o sistema como um todo exerce sobre cada indivíduo, estando associada às informações sobre a doença, percepção de risco, valores e crenças que determinarão as formas de prevenir a contaminação e a possibilidade de execução de práticas seguras (AYRES et al., 2003).

Silveira et al. (2002) levam-nos a ir além de uma análise subjetiva, quando afirma que a vulnerabilidade individual deve ser vista de um ponto de vista biológico, levando a inferir que as mulheres se encontram mais suscetíveis à infecção do que

os homens: o sêmen possui uma maior concentração do HIV e a superfície vaginal é relativamente mais extensa.

O modelo ideológico que representa a aids como uma “doença do outro”, possivelmente, ligada a um “grupo de risco”, aumenta a vulnerabilidade individual, levando muitas pessoas a não se sentirem vulneráveis à infecção, preterindo a prática de sexo seguro e perdendo o interesse por informações pertinentes (PAULIO; JEOLÁS, 2005; SILVEIRA et al., 2002).

Saldanha, Figueiredo e Coutinho (2004), asseveram que, entre indivíduos com mais de 50 anos, a aids seria uma “doença de jovem”, tornando esta parcela da população ainda mais suscetível ao sentimento de invulnerabilidade.

Apesar de reconhecer a importância de magnitudes distintas dos aspectos individuais, não se pode deixar de ressaltar o impacto da influência dos fatores sociais na determinação da probabilidade de infecção pelo HIV.

Consideram-se relevantes, na dimensão social da vulnerabilidade, a situação socioeconômica, as relações de gênero e as relações geracionais, os valores culturais e qualquer outro que influencie o acesso às condições capazes de reduzir a vulnerabilidade (SILVA; PAIVA, 2006). Um exemplo relevante deste fato é a pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a qual demonstra um grande número de pessoas com idade superior a 50 anos que possuem uma média salarial de até 01 salário mínimo, apresentando altos índices de analfabetismo nessa faixa etária (IBGE, 2003), caracterizando, assim, situações de vulnerabilidade social que implicam em maiores dificuldades no acesso a informações e aos serviços de saúde.

A vulnerabilidade social tem ligação direta com a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão. Está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, podendo ser entendida como um reflexo das condições de bem-estar social (moradia, acesso aos bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão). Para mensurar suas dimensões faz-se necessário conhecer a situação de vida das coletividades, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão (VALADÃO, 2008).

O comportamento sexual previamente definido e socialmente exigido de homens e mulheres é um dos agravantes na dificuldade para conter a epidemia da aids, tornando-os ainda mais vulneráveis, assim como, as relações de gênero e as relações geracionais por se tratarem de construções sociais e terem sérias repercussões na saúde das pessoas envolvidas.

Do homem espera-se provas de masculinidade e virilidade, como a aceitação incondicional de relações sexuais, a repressão de desejos homoeróticos e a não-verbalização de necessidades de saúde. As mulheres vivenciam relações desiguais de poder e dependência econômica, principalmente nos países em desenvolvimento, limitando o acesso às informações e à percepção de vulnerabilidade e dificultando a negociação de sexo seguro (SILVA; PAIVA, 2006).

As relações geracionais e os preconceitos que trazem embutidos constituem uma barreira à prevenção, visto que o sexo é considerado como atividade própria da juventude, encerrando-se com o avançar da idade (SILVA et al., 2008).

Quanto à vulnerabilidade programática ou institucional, pode-se associá-la à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema, e

[...] quanto maior o compromisso, a integração e o monitoramento de programas de prevenção e cuidado, maiores serão as chances de canalizar os recursos, de otimizar seu uso e de fortalecer os indivíduos e a sociedade frente à epidemia (VALADÃO, 2008).

Assim, no intuito de operacionalizar tal conceito, Takahashi (2006), desenvolveu “marcadores de vulnerabilidade” a partir dos estudos que abordavam a temática “vulnerabilidade”, na tentativa de adequar estratégias que permitissem a superação da restrição conferida pela magnitude conceitual da vulnerabilidade. A autora lembra que os três eixos da vulnerabilidade estão ligados entre si, formando uma “rede” ou “teia”, não devendo ser tratados separadamente na implementação dos marcadores (VIANA, 2009).

Os marcadores seguem uma sistematização com fins didáticos, mas que devem ser analisados, considerando-se a sua inter-relação. Assim, os marcadores da dimensão individual são: “conhecimentos e significados atribuídos ao processo saúde-doença”, “características pessoais e relacionais”, “impacto do diagnóstico”, “recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento)” e

“modo de enfrentamento (práticas e comportamento)”. Os marcadores da dimensão programática são: “estrutura e dinâmica de organização dos serviços de saúde” e “operacionalização das ações”. Já os marcadores da dimensão social estão relacionados às “condições materiais de existência do indivíduo”, ao “aparato jurídico-político”, às “organizações sociais, governamentais ou não”, à “ideologia e cultura das populações” (VIANA, 2009).

A análise da vulnerabilidade permite julgar e entender as diferenças individuais e grupais além de compreender como cada um vivencia e enfrenta o processo saúde-doença. Assim sendo, a construção de marcadores é empregada para analisar as condições de vida e saúde da população e para auxiliar na intervenção orientada para os determinantes do estado de vulnerabilidade (NICHATA et al., 2008).

Tendo em vista que, até mesmo o diagnóstico da aids é complexo entre os idosos, observa-se a amplitude da aplicação dos marcadores de vulnerabilidade no cuidado aos indivíduos desta faixa etária, primeiramente pelo fato de que muitos profissionais de saúde raramente consideram doenças sexualmente transmissíveis, como o HIV/aids na velhice, seja por julgamentos próprios ou por concepções errôneas, em função de crenças sobre a sexualidade (ROSSIM et al., 2001; WOOTEN-BIELSKI, 1999).

Segundo Nichiata et al. (2008), a importância do conhecimento sobre vulnerabilidade para o cuidado em enfermagem está nas implicações que produz na saúde daqueles que são vulneráveis e, assim, na identificação das suas necessidades de saúde, com o propósito de lhes assegurar maior proteção.

Como citado anteriormente, apesar do governo reconhecer, desde 2001, a necessidade de incluir os indivíduos com mais de 50 anos entre os grupos que merecem atenção especial no que concerne à epidemia da aids, somente no final de 2008, uma campanha criada com esse fim foi colocada em prática.

Com base nesses conceitos é possível inferir que as ações baseadas no conceito de risco que valorizam as informações e as mudanças de comportamentos individuais não são suficientes, por si só, para conter a epidemia da aids. É necessário prover os indivíduos de meios que permitam seu fortalecimento e os

capacitem para fazer uso das informações, transformando suas práticas e, conseqüentemente, se protegendo da infecção.

2.2 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Acredita-se que o ser humano é um animal simbólico dentro de um ambiente social com capacidade de orientar a representação que delimita o campo das comunicações, da cultura, com suas crenças e valores, orientando suas condutas.

Serge Moscovici, psicólogo social francês, formulou a Teoria das Representações Sociais (TRS) fundamentando-se no conceito de representações coletivas desenvolvido por Emile Durkheim. O pesquisador propôs uma nova concepção teórico-conceitual capaz de atender às questões oriundas dos problemas complexos da modernidade (NÓBREGA, 2003).

A surpresa causada pela epidemia de HIV/aids motivou as pessoas a experimentarem mudanças em suas crenças, valores e atitudes, com o senso comum sendo alterado de forma constante, na medida em que as descobertas científicas eram divulgadas. Para Moscovici (2003, p. 95), “o senso comum está continuamente sendo criado e recriado em nossas sociedades, especialmente onde o conhecimento científico e tecnológico está popularizado”.

A TRS estuda a maneira pela qual os indivíduos buscam compreender o mundo que os cerca, considerando que não apenas manipulam informações ou agem sem explicações. Eles, sobretudo, pensam. Dessa forma, a TRS é uma maneira de conhecimento do senso comum que coexiste com o conhecimento científico. Assim sendo, as representações sociais referem-se ao modo como o indivíduo pensa e interpreta o cotidiano, constituindo-se de um conjunto de imagens com um sistema de referências que lhe permite interpretar sua vida e compartilhar essa interpretação com o seu meio social (MOSCOVICI, 2003).

Jodelet (1998), afirma que desde sua formulação, a TRS vem sendo amplamente difundida, com seu conceito expandido em outras áreas do conhecimento, incluindo a área da saúde, permitindo estudos que analisam as

relações existentes entre conhecimento científico e senso comum e o papel que este exerce sobre a apreensão do processo saúde/doença.

Para Moscovici (2003), as representações sociais resultam da interação entre sujeito e sistema, ou seja, seu entorno social. Acredita que “não existe sujeito sem sistema nem sistema sem sujeito” e, ademais, todas as culturas que conhecemos constroem instituições e normas que orientam, de um lado, a individualização e, de outro, a socialização. Como as Representações Sociais são sempre partilhadas dentro de um grupo social, fica assegurada a possibilidade de sua coexistência.

As questões são: como criamos essas representações? De que maneira elas influenciam nossas ações? Poderíamos dizer que, ao nos confrontarmos com diferentes objetos, nós os recriamos em nossa mente, ancoramo-nos em crenças, valores e ideologias que são expressas por gestos, palavras e silêncios. Em um universo de comunicação, criamos e transmitimos nossas representações, e o que nos parecia estranho torna-se comum, quase normal.

E desta maneira que recriamos ou reapresentamos o mundo que nos rodeia; sem o sabermos ou querermos, geramos representações. Mas, como são geradas? Moscovici (2003) classifica dois mecanismos geradores de representação: a ancoragem e a objetivação.

O referido pesquisador afirma, basicamente, que ancorar e objetivar são mecanismos que transformam o não-familiar em familiar, primeiramente transferindo-os à nossa própria esfera particular, onde nós somos capazes de compará-los e interpretá-los; e depois, materializando-as recriando entre outras coisas o que nós podemos ver e tocar, e, conseqüentemente, controlar. Portanto, sabendo que as representações são criadas por esses dois mecanismos, é essencial que compreendamos como funcionam.

Para Moscovici (2003), ancorar é classificar, dar nome a alguma coisa, reduzi-la a categorias e imagens comuns, colocá-la em um contexto familiar. Sá (1995) citando Jodelet, afirma que a ancoragem consiste na integração cognitiva do objeto representado – sejam idéias, acontecimentos, pessoas, relações, etc. – com um sistema de pensamento social, preexistente e nas transformações implicadas.

Moscovici (2003) insiste em afirmar que classificar e dar nomes não são, simplesmente, meios de graduar e de rotular pessoas ou objetos considerados como entidades discretas. Seu objetivo principal é facilitar a interpretação de características e a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas, em suma formar opiniões.

Enfim, na medida em que os sentidos emergem de objetos desconhecidos, nós os tornamos tangíveis, visíveis e semelhantes às idéias e seres que nós já integramos e com os quais estamos familiarizados.

A objetivação, outro processo de formação das Representações Sociais, consiste em uma “operação imaginária e estruturante”, pela qual se dá uma “forma” – ou figura – específica ao conhecimento acerca do objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato, “materializando a palavra” (SÁ, 1995).

Segundo Moscovici (2003), objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma idéia ou ser impreciso; reproduzir um conceito em uma imagem, “porque desde que nós pressupomos que as palavras não falam sobre nada, somos compelidos a ligá-las a alguma coisa, a encontrar equivalentes não-verbais”. Esse pesquisador reconhece, entretanto, que nem todos os conceitos podem ser ligados a imagens, principalmente porque a disponibilidade destas é menor. Nesse sentido, já se disse que objetivar é “reabsorver um excesso de significados” (SOUZA FILHO, 1995).

Neste panorama, estar diante de um objeto desconhecido, ou ainda, abstrato, (imaterial), obriga-nos a buscar, em nossa rede de significações, uma figura que se encaixe para que possamos trazê-la para o nosso universo paradigmático. Por exemplo, quando comparamos Deus com um Pai, o que antes era invisível, momentaneamente torna-se visível em nossas mentes, como uma pessoa que nós podemos reconhecer como tal (MOSCOVICI, 2003).

Como podemos perceber as representações sociais emergem de conflitos, de algo que nos perturba e essa sensação de desconforto nos impulsiona a buscar, em nossa rede de significações (a memória), palavras, gestos, silêncios – que traduzam nosso entendimento e/ou desejo de que este conceito/conhecimento seja trazido/traduzido ao nosso ambiente, ou melhor, a um universo que nos é familiar.

As representações sociais são consideradas fenômenos específicos de um determinado grupo social que tem um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. Nessa direção, Moscovici (2003) distingue dois universos conceituais: o consensual e o reificado.

Segundo o universo consensual, a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são iguais e livres, cada uma com possibilidade de falar em nome do grupo e sob seu auspício. Dessa maneira, presume-se que nenhum membro possua competência exclusiva, mas cada qual pode adquirir toda competência que seja requerida pela circunstância: profissionais da saúde, políticos, professores – mediado pela conversação – em bares, clubes, praças (MOSCOVICI, 2003).

Na perspectiva do universo reificado, a sociedade é entendida como um sistema de entidades sólidas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade. Essa sociedade ignora a si mesma e as suas criações, que ela vê somente como objetos isolados, tais como, pessoas, idéias, ambientes e atividades (MOSCOVICI, 2003). Neste meio, a fala é restrita, quer dizer, o que determina o que se fala é o grupo do qual se faz parte: profissionais da área da saúde, professores, psicólogos, especialistas, cada qual em sua área.

Conforme podemos constatar, os universos consensuais e reificados são próprios de nossa cultura, mas o contraste entre os dois universos possui um impacto psicológico. Os limites entre eles dividem a realidade coletiva, e, de fato, a realidade física, em duas. É facilmente constatável que as ciências são os meios pelos quais nós compreendemos o universo reificado, enquanto as representações sociais tratam com o universo consensual. A finalidade do primeiro é estabelecer um mapa de forças, dos objetos e acontecimentos que são independentes de nossos desejos e fora de nossa consciência e aos quais nós devemos reagir de modo imparcial e submisso. Pelo fato de ocultar valores e vantagens, eles procuram encorajar precisão intelectual e evidência empírica. As representações por outro lado, restauram a consciência coletiva e lhe dão forma, explicando os objetos e acontecimentos de tal modo que eles se tornam acessíveis a qualquer um e coincidem com nossos interesses imediatos (MOSCOVICI, 2003).

Com esta sistematização, Moscovici reabilitou o senso comum do saber popular, do conhecimento do cotidiano, o conhecimento “pré-teórico” de que fala

Arruda (2002). Antes este saber era considerado confuso, inconsistente, equivocado (opinião sobre a qual tanto o iluminismo quanto o marxismo vão coincidir, acreditando que a superação do erro e da ignorância se dava pela via do pensamento científico). Moscovici e Markova, por sua vez, questionaram a racionalidade científica e insurgem-se contra a idéia de que as pessoas comuns, na vida diária, pensam irracionalmente, ao afirmarem que são os intelectuais que não pensam racionalmente, já que produziram teorias como racismo e o nazismo (ARRUDA, 2002).

Se nos detivermos sobre os universos representacionais classificados por Moscovici (2003), notaremos que este se refere ao conhecimento científico quando fala de universo reificado, no qual a “verdade” final tem que passar por uma série de barreiras – conceituais e experimentais. Já o universo consensual se refere ao senso comum, conhecimento produzido pela sociedade, de um modo geral, em bares, escolas, praças e cafés, nos quais as discussões são descomprometidas, mas não menos importantes, sob o ponto de vista psicossociológico, do que as discussões do universo reificado. E é nesse universo de consenso que são geradas as representações sociais.

Quanto à relação entre as mulheres com 50 anos ou mais e a infecção pelo HIV/aids, percebe-se que muitas informações sobre a doença são ancoradas, porém a objetivação criada se contrapõe com atitudes que as vulnerabilizam ainda mais, como a não incorporação de práticas de sexo mais seguro.

Concordamos com Noriega (2005) ao afirmar que representar um objeto corresponde a construí-lo simbolicamente, de forma que tenha sentido para o indivíduo que o representa e, conseqüentemente passando a fazer parte do seu mundo.

Face ao exposto, acredita-se que a teoria das representações sociais se apresenta como referencial teórico capaz de contribuir com a análise e discussão deste estudo, por possibilitar conhecimentos individuais no âmbito grupal da portadora do HIV/aids com 50 anos ou mais.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem de métodos mistos, embasada na Teoria das Representações Sociais (TRS).

A pesquisa exploratória envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que têm ou tiveram experiências práticas com o problema pesquisado, e análise de exemplos que estimulem a compreensão. Possui a finalidade de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores. Assim, este tipo de pesquisa visa proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas em estudos posteriores, permitindo uma visão geral, aproximada, do fato em questão (GIL, 2008).

A pesquisa descritiva é aquela que contém descrições detalhadas dos fenômenos existentes utilizando os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes, tendo como principal objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer relações entre variáveis obtidas com a utilização de técnicas padronizadas (FIGUEIREDO, 2004; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Sobre os métodos mistos, Driessnack, Sousa e Mendes (2007) colocam que

[...] é o uso de duas ou mais estratégias, quantitativa e/ou qualitativa dentro de um único projeto de pesquisa. Dito de outra forma, métodos mistos se refere a um único estudo que utiliza estratégias múltiplas ou mistas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses. Tais estratégias são implementadas concomitantemente ou seqüencialmente.

A TRS foi adotada como referencial teórico deste estudo por considerar a possibilidade que representa o modo como os indivíduos e grupos agem diante do HIV/aids e de sua prevenção, permitindo uma apreensão individual e coletiva do fenômeno.

A abordagem das representações sociais leva a insistir que, numa área como a da saúde, para apreender o processo da assimilação (ou não assimilação) das informações, necessário se faz considerar os sistemas de noções, valores e modelos de pensamento e de conduta que os indivíduos aplicam para se apropriar dos objetos de seu ambiente, particularmente aqueles que são novos, como foi o caso da aids nos anos 80 (JODELET, 1998, p. 26).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na cidade de Fortaleza/Ceará, em duas instituições públicas: ambulatório de referência em aids do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) e no local de funcionamento do grupo de idosos do Centro Social Urbano Aloísio Ximenes.

O HSJ conta com 111 leitos em enfermarias e 08 leitos de UTI. É referência estadual em nível terciário de atenção à saúde com serviços de internação, ambulatório e consultório 24h para emergências em doenças infecciosas, além de laboratório de análises clínicas e serviço auxiliar de diagnóstico e tratamento. As doenças infecciosas mais freqüentes atendidas neste hospital são aids, leishmaniose, meningite, dengue, tétano, hepatites, neurocisticercose, tuberculose e leptospirose (BRASIL, 2009).

O HSJ possui hospital-dia que presta serviço de apoio ao tratamento de infectados pelo HIV/aids. Funciona também como local de referência do estado do Ceará para o atendimento de acidentes ocupacionais com materiais perfuro-cortantes e vítimas de abuso sexual.

O serviço de pronto-atendimento atende tanto pacientes do hospital (cadastrados no ambulatório) como pacientes externos, referendados ou por demanda espontânea. O serviço de ambulatório conta com equipe multiprofissional e os atendimentos se dão em nove consultórios, onde são realizados acompanhamentos ambulatoriais adultos e pediátricos de infectologia geral e acompanhamentos especializados (leishmanioses, hepatites virais, DST, HIV/aids adulto e pediátrico, ginecologia, micobacteriose, neurologia, dermatologia, endocrinologia, odontologia, nutrição, serviço social, psicologia e enfermagem).

O Centro Social Urbano Aloísio Ximenes (CSU) foi criado em setembro de 1994, na gestão do prefeito Antonio Elbano Cambraia. Suas instalações foram

cedidas pela Legislação Brasileira de Assistência (LBA) à Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), dentro do programa de municipalização da ação social.

É um equipamento social comunitário que atende à população do bairro Rodolfo Teófilo, implementando ações sociais, culturais, educativas e de lazer. Os profissionais que atuam no CSU são locados para desenvolver programas da prefeitura junto à comunidade; são pedagogos, psicólogos, assistentes sociais, médicos, enfermeiras, manipuladores de alimentos etc.

Atualmente, no CSU Aloísio Ximenes funcionam diversos programas como o Programa de Prática Profissional em Informática (PROINFOR), voltado para adolescentes; Plantão Social, voltado para a população mais carente do bairro; Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com ações de combate à dengue; Cursos Profissionalizantes; Rede Nacional de Pessoas (RNP) vivendo com HIV/aids; Brasil Alfabetizado e Programa de Atenção Básica ao Idoso (PABI), ambos voltados para pessoas idosas.

Como parte do PABI, no local funciona um grupo de convivência que atende a idosos, com atividades desenvolvidas nos dias de terças e quintas-feiras a tarde, com programação que visa proporcionar condições de melhoria da qualidade de vida destas pessoas. São desenvolvidas atividades de integração, como aulas de dança, celebração de datas comemorativas, visitas a outros grupos de idosos, palestras educativas, cursos e viagens. Quinzenalmente, os participantes do grupo são atendidos por profissionais do Programa Saúde da Família (PSF), com ações que visam à promoção e prevenção da saúde.

3.3 SUJEITOS SOCIAIS

Participaram da investigação 44 mulheres acompanhadas nos referidos serviços. Destas, 22 mulheres com diagnóstico de HIV/aids (Grupo A) e 22 mulheres sem diagnóstico de HIV/aids (Grupo B).

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão para os sujeitos da pesquisa:

- Participantes do Grupo A:
 - ser do sexo feminino;
 - ter 50 anos de idade ou mais;
 - ter diagnóstico da infecção pelo HIV/aids;
 - ser acompanhada no ambulatório especializado em HIV/aids do HSJ;
 - aceitar participar da pesquisa.

- Participantes do Grupo B:
 - ser do sexo feminino;
 - ter 50 anos de idade ou mais;
 - não ter diagnóstico da infecção pelo HIV/aids;
 - participar do grupo de convivência de idosos do CSU Aloísio Ximenes;
 - aceitar participar da pesquisa.

Foram excluídas do estudo mulheres portadoras de alterações de saúde que impossibilitassem a comunicação, bem como aquelas que não atenderam a todos os critérios de inclusão.

3.4 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

3.4.1 Procedimentos da coleta de dados

Para a coleta dos dados utilizou-se as seguintes técnicas: entrevista semi-estruturada e observação assistemática.

Os primeiros contatos com os sujeitos da pesquisa ocorreram no mês de setembro de 2009, no ambulatório do hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), enquanto aguardavam atendimento ambulatorial, e no Centro Social Urbano Aloísio Ximenes, durante as reuniões semanais do grupo de convivência de idosos, sendo cedido um tempo para que fossem explicados a pesquisa e seus objetivos. As mulheres foram selecionadas pela idade, sendo abordadas pela pesquisadora, que dava início a uma explanação sobre a pesquisa, detalhando todos os passos a serem adotados para que os objetivos fossem alcançados, sempre fazendo uso de

uma linguagem simples, procurando dirimir todas as dúvidas e reforçando a manutenção do sigilo das entrevistas.

A entrevista semi-estruturada era composta por questões norteadoras que buscavam aproximar o discurso das mulheres entrevistadas do objeto de nosso estudo (APÊNDICE B). Era iniciada com uma conversa informal, objetivando a descontração, de forma a facilitar a relação entre entrevistadora e entrevistada, fazendo fluir de forma mais tranqüila a aproximação do objeto do estudo aos atores. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra com prévia autorização das participantes.

No decorrer das entrevistas observamos que temas como a sexualidade, eram tratados com certo constrangimento, impossibilitando em alguns dos casos, a obtenção de respostas completas e com sentido. Nesses casos, tentou-se abordar o tema de forma mais sutil, deixando a entrevistada à vontade para continuar o assunto. A maior parte das mulheres respondeu de forma satisfatória à nova abordagem, porém, algumas delas se negaram terminantemente a falar do assunto.

Como o tema da entrevista versou acerca da sexualidade e HIV/aids, adentramos em um campo de foro íntimo que nem sempre conseguimos penetrar. As mulheres com diagnóstico de HIV/ aids mostraram-se mais receptivas e dispostas a discorrer sobre sua atividade sexual e como essa atividade estava ligada à sua contaminação. Declararam de forma clara como essa parte de suas vidas é considerada importante e como algumas sofrem por não poderem vivenciá-la de forma plena, por se sentirem envelhecidas, por medo de contraírem outras doenças ou de contaminarem os parceiros.

Quanto à observação assistemática, também conhecida como observação espontânea, é uma técnica normalmente utilizada em estudos exploratórios, e foi utilizada de forma a permitir a identificação e obtenção de provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não estão conscientes, mas que orientam seu comportamento. Sem planejamento e sem quesitos observacionais previamente estabelecidos, objetiva o recolhimento e o registro dos dados reais sem a utilização de meios técnicos especiais ou a necessidade de perguntas diretas. O êxito nesta técnica vai depender da atenção do observador aos fenômenos que ocorrem no

mundo que o cerca, da sua perspicácia, discernimento, preparo e treino, além de uma atitude de prontidão (LAKATOS; MARCONI, 2002).

A observação serviu para enriquecer a análise, uma vez que permitiu a apreensão da linguagem não verbal, importante para analisar a subjetividade da problemática da infecção por HIV/aids em mulheres com 50 anos ou mais, com e sem diagnóstico.

3.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Tendo em vista a coerência entre os pressupostos teóricos e metodológicos e a maneira mais apropriada de análise dos conteúdos surgidos mediante a aplicação dos instrumentos, elaborou-se um plano geral de análise e tratamento dos dados.

Foram selecionadas a técnica de análise de conteúdo temática (BARDIN, 2004) e análise dos marcadores de vulnerabilidade, conforme Takahashi (2006). Algumas considerações teóricas serão abordadas, para melhor compreensão.

3.5.1 A técnica de análise de conteúdo

Os dados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas foram submetidos à técnica de análise de conteúdo visto que são dados potencialmente subjetivos.

Dessa forma, consideramos que a técnica que melhor contextualiza este aspecto, é a análise de conteúdo proposta por Bardin, cujo objetivo é compreender o sentido das comunicações e suas significações explícitas e/ou ocultas. Seu procedimento visa ainda obter a sistematização e descrição dos conteúdos das mensagens, as quais permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/percepção (variáveis inferidas) e são analisadas quantitativamente por meio da análise das frequências e percentuais (BARDIN, 2004).

Este pensamento é corroborado por Vala (2000), quando afirma que a análise de conteúdo objetiva a realização de inferências, com base numa lógica explícita, sobre as mensagens, cujas características foram inventariadas e sistematizadas.

A análise de conteúdo se divide em três etapas: a pré-análise, a análise, o tratamento dos resultados e interpretação. A pré-análise consiste na escolha e organização do material coletado (constituição do *corpus*), leitura flutuante e preparação desse material. A análise é a ocasião em que se explora o material para a aplicação da técnica de análise de conteúdo, com constituição de subcategorias e codificações, e categorização do mesmo. E o tratamento dos resultados, consiste nas inferências feitas sobre os dados analisados (BARDIN, 2004). Para um melhor entendimento foi constituído um plano de análise conforme mostra a figura a seguir.

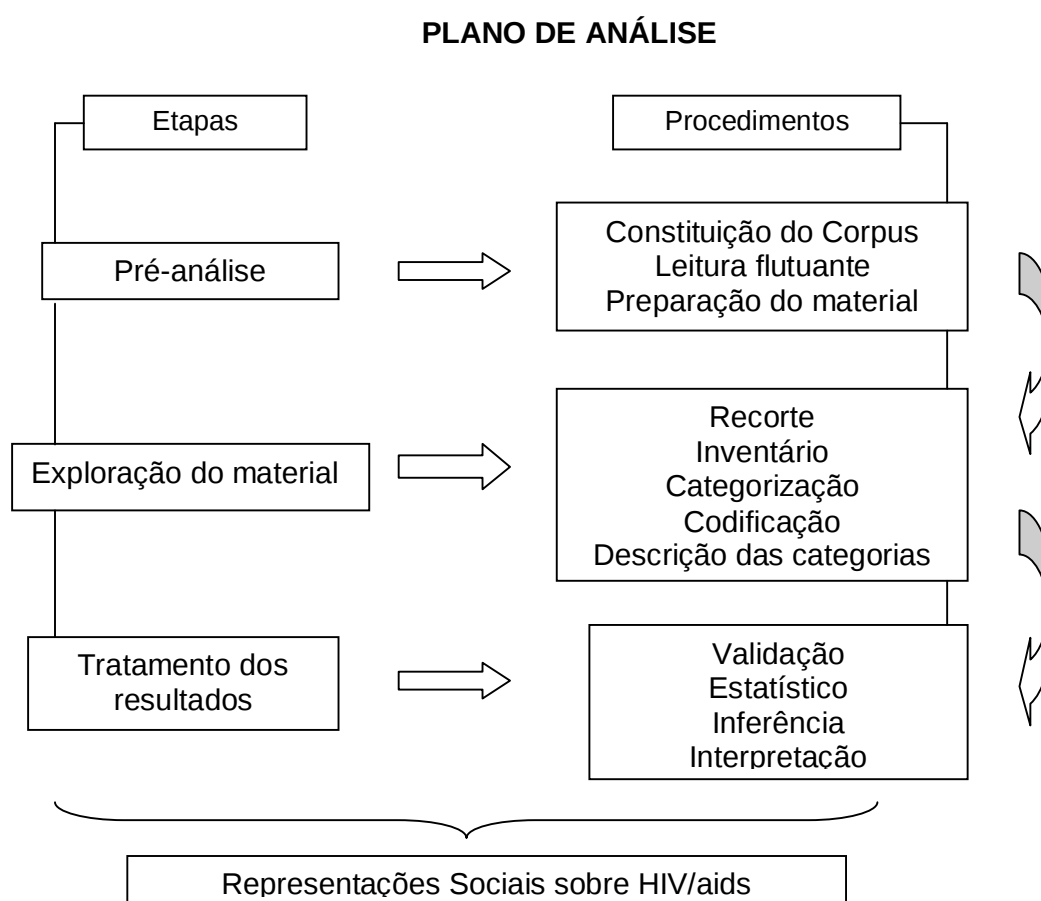


Figura 1 – Plano de análise

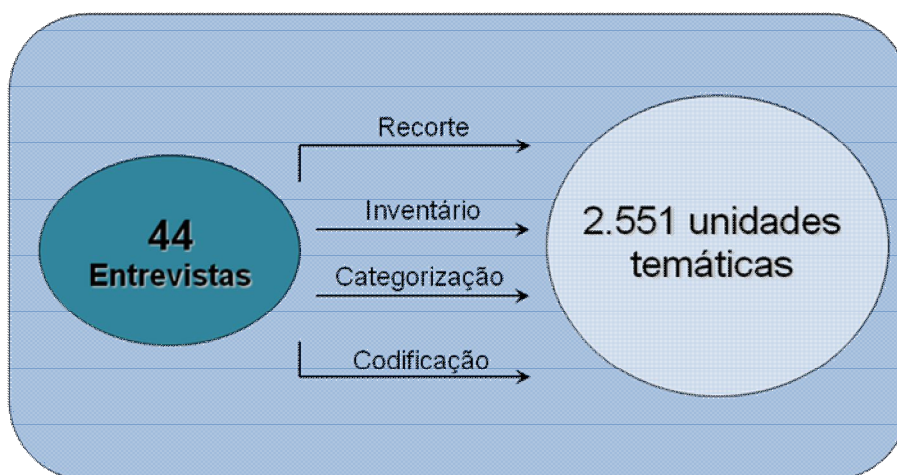
Fonte: Elaboração de Maria Lúcia Duarte Pereira. (GOMES, 2003).

Com base nesses pressupostos, elaborou-se um plano de análise, considerando os passos descritos a seguir:

a. Constituição do *corpus*

O *corpus* foi constituído por 44 entrevistas (22 realizadas com mulheres com diagnóstico de HIV/aids e 22 realizadas com mulheres sem diagnóstico de HIV/aids, número este determinado pela saturação dos dados).

CONSTITUIÇÃO DO CORPUS



b. Composição das unidades de análise

Após a decomposição do *corpus*, selecionou-se para unidade de contexto o parágrafo, que segundo Vala (1999), constitui-se no segmento mais largo do conteúdo, e para a unidade de registo, a frase.

c. Constituição de subcategorias e codificação

Tendo finalizado a decomposição do *corpus* em unidades de análise, procedeu-se à codificação e agrupamento das mesmas em subcategorias e categorias simbólicas.

d. Categorização

Após exploração exaustiva do material e subsequente aplicação da técnica de análise de conteúdo temática categorial surgiram oito categorias, definidas para os dois grupos, objetivando a comparação entre eles. No quadro a seguir, apresenta-se a distribuição das categorias e subcategorias construídas.

Categorias	Sub-categorias	Codificação	Nº de unidades
– CATEGORIA 1 – Concepções sobre HIV/aids		CHA	390
	Tecnicoprofissionais	CHATP	116
	Socioculturais	CHAS	210
	Sintomatologia Clínica	CHASC	27
	Religiosas	CHAR	37
– CATEGORIA 2 – Percepções sobre HIV/AIDS		PHA	258
	Autopercepção	PHAAP	204
	Heteropercepção	PHAHP	54
– CATEGORIA 3 – Percepções de si mesma		PSM	299
	Autopercepção	PSMAP	211
	Heteropercepção	PSMHP	88
– CATEGORIA 4 – Causas do HIV/aids		CAHA	84
	Científicas	CAHAC	10
	Socioculturais	CAHAS	43
	Transmissíveis	CAHAT	31
– CATEGORIA 5 – Percepções sobre sexualidade		PS	296
	Autopercepção	PSAP	197
	Heteropercepção	PSHP	99
– CATEGORIA 6 – Vivências da sexualidade		VS	476
	Influência sociocultural	VSIS	92
	Na terceira idade	VSNT	232
	Com HIV/aids	VSCHA	152
– CATEGORIA 7 – Percepções psicoafetivas		PP	440
	Medo	PPM	171
	Morte e HIV/aids	PPMHA	14
	Situações de apoio desamparo	PPSAD	255
– CATEGORIA 8 – Além do HIV/aids		AHA	308
	Condições socioeconômicas	AHACS	60
	Cotidiano familiar e drogas	AHACFD	74
	Vivências familiares	AHAVF	174

Quadro 1 – Distribuição das categorias e subcategorias simbólicas sobre HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009

Fonte: Elaboração da autora.

f. Tratamento dos resultados

Todo o material coletado durante a pesquisa que passou pela análise de conteúdo recebeu tratamento estatístico, validação, inferência e interpretação.

g. Descrições das categorias e subcategorias simbólicas

CATEGORIA 1 – CONCEPÇÕES SOBRE O HIV/AIDS

Esta categoria simbólica engloba as unidades de análise nas quais as participantes manifestam seus conhecimentos e experiências sobre o HIV/aids. Estes conhecimentos vão desde os conceitos, as formas de transmissão, os diagnósticos e

os sintomas assimilados e reelaborados conforme a vivência e o contexto de cada uma, até a expressão da forma como concebem sua vida com o HIV/aids. Nesta categoria agrupamos quatro subcategorias: tecnicoprofissionais, socioculturais, sintomatologia clínica e religiosas, num total de 390 unidades de análise.

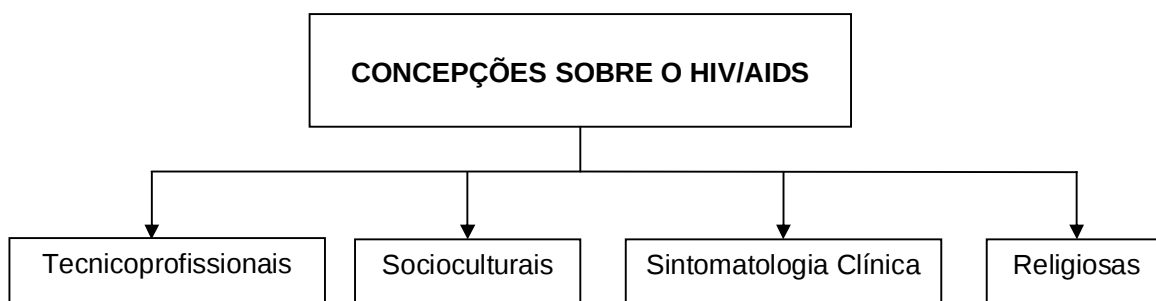


Figura 2 – Concepções sobre o HIV/aids

CATEGORIA 2 – PERCEPÇÕES SOBRE O HIV/AIDS

Esta categoria abrange as unidades de análise que mostram como as mulheres investigadas representam a doença e o doente, despidendo seus sentimentos e emitindo, ainda, considerações sobre como os outros veem o HIV/aids e o portador da doença. Agrupa duas subcategorias: autopercepção e heteropercepção e é composta por 258 unidades de análise.

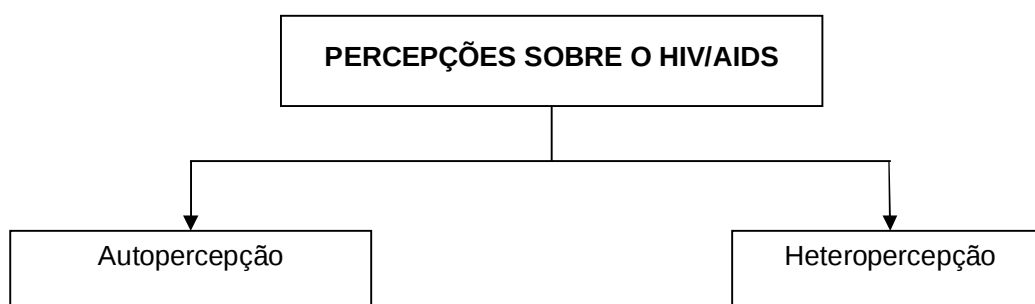


Figura 3 – Percepções sobre o HIV/aids

CATEGORIA 3 – PERCEPÇÕES DE SI MESMA

Engloba as unidades de análise que mostram como as mulheres percebem a si mesmas, numa tentativa de se autorrepresentar e aquelas que

emitem considerações sobre como os outros a vêem e/ou representam. Contém duas subcategorias: autopercepção e heteropercepção, perfazendo um total de 299 unidades de análise.

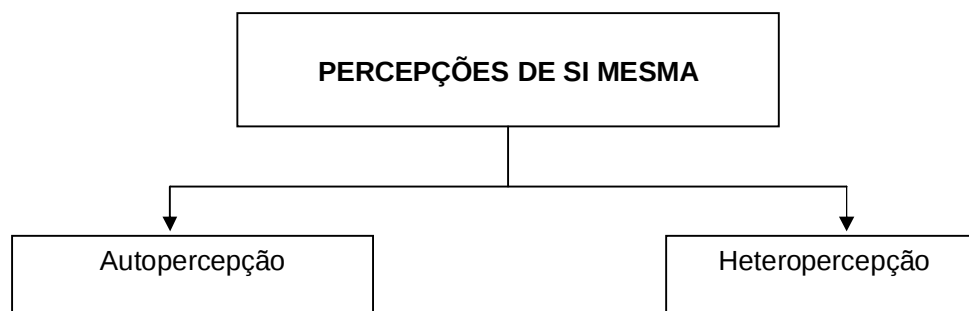


Figura 4 – Percepções de si mesma

CATEGORIA 4 – CAUSAS DO HIV/AIDS

Compreende as unidades de análise temática por meio das quais as mulheres verbalizam suas explicações para as possíveis e/ou prováveis causas do HIV/aids. Aquelas que se aproximam das apresentadas em livros técnicos ou que são aceitas pela comunidade científica, descritas em seu contexto sociocultural e que se dão por contágio. Nesta categoria as unidades de análise foram agrupadas em três subcategorias: científicas, socioculturais e contagiosas, correspondentes a 84 unidades de análise.

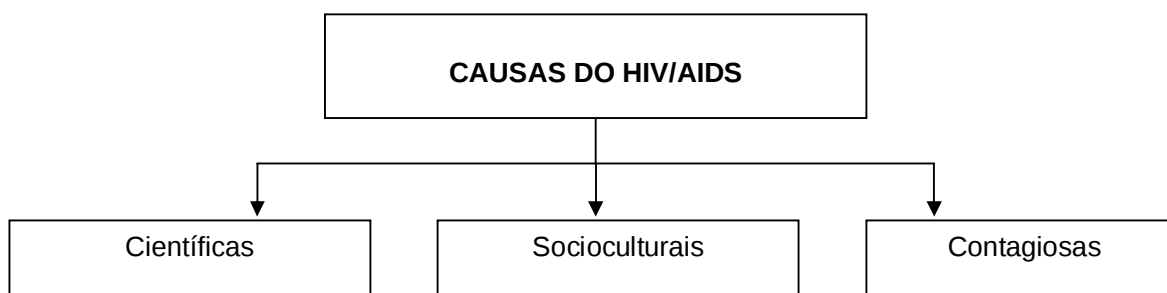


Figura 5 – Causas do HIV/aids

CATEGORIA 5 – PERCEPÇÕES SOBRE SEXUALIDADE

Contempla as unidades de análise que mostram como essas mulheres representam sua sexualidade, enfrentando uma série de desafios, como se deparar

com o próprio envelhecimento e/ou a própria doença e preconceito, além de emitir considerações acerca da percepção do outro sobre o tema (sexualidade). Nela estão contidas duas subcategorias: autopercepção e heteropercepção, com um total de 296 de unidades de análise.

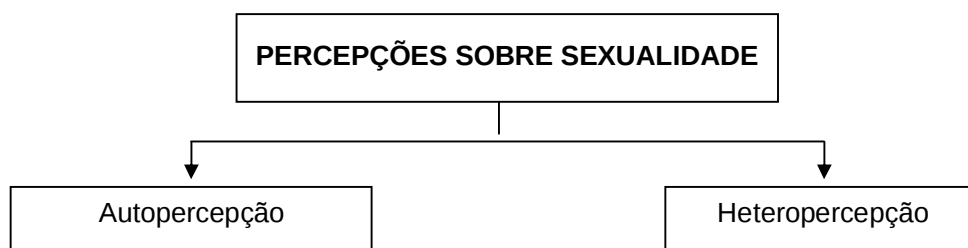


Figura 6 – Percepções sobre sexualidade

CATEGORIA 6 – VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE

Esta categoria compreende as unidades de análise que mostram como os sujeitos investigados manifestam suas vivências como seres sexuais, expostos às influências culturais que envolvem gênero, idade e o próprio HIV/aids. As subcategorias desta categoria são três: influência sociocultural, na terceira idade e com HIV/aids que agrupam 476 unidades de análise.

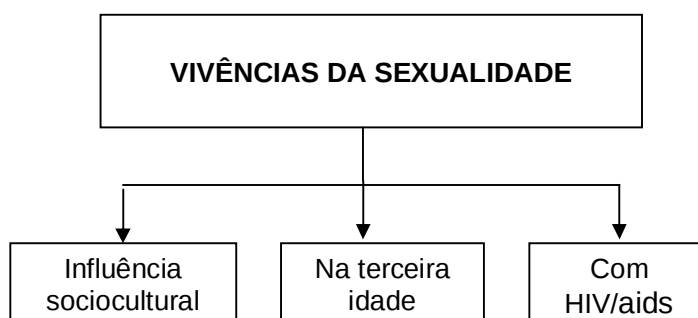


Figura 7 – Vivências da sexualidade

CATEGORIA 7 – PERCEPÇÕES PSICOAFETIVAS

Nesta categoria estão compreendidas as unidades de análise que mostram como os sujeitos manifestam suas percepções, no que diz respeito ao medo da morte, do preconceito, do HIV/aids, da pobreza e do abandono e às

situações que representam apoio à suas situações de doença/velhice/pobreza e desamparo à essas mesmas situações. Suas subcategorias são três: medo (morte, preconceito, discriminação), morte e HIV/aids e situações de apoio e/ou desamparo, compostas por 440 unidades de análise.

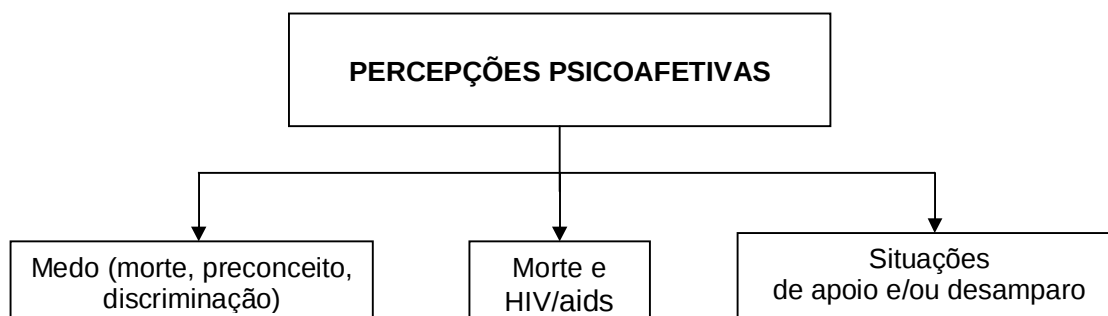


Figura 8 – Percepções psicoafetivas

CATEGORIA 8 – ALÉM DO HIV/AIDS

Esta categoria é composta pelas unidades de análise que mostram como os sujeitos da pesquisa representam seu cotidiano, com suas vivências em família, suas dificuldades financeiras e seus relacionamentos interpessoais, despidendo-se de sua privacidade e revelando os sentimentos que remetem a uma realidade que se distancia do HIV/aids. Esta categoria agrupa três subcategorias: condições socioeconômicas, cotidiano familiar e drogas e vivências familiares, perfazendo um total de 308 unidades de análise.

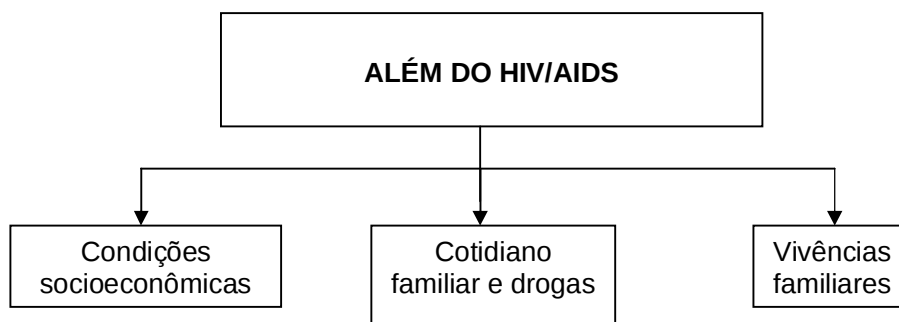


Figura 9 – Além do HIV/aids

h. Apresentação dos resultados

No próximo capítulo, os resultados da análise dos dados serão apresentados com descrições embasadas na Teoria das Representações Sociais.

Serão tecidos comentários sobre as categorias com suas respectivas subcategorias e as unidades de registro constarão em quadros após os comentários.

3.6 MARCADORES DE VULNERABILIDADE

Após a construção e fundamentação das categorias e subcategorias, foram identificados os marcadores de vulnerabilidade das mulheres do estudo, que são, didaticamente, apresentados em um quadro, seguindo o modelo proposto por Takahashi (2006) e, posteriormente, discutidos com base no referencial de vulnerabilidade. Os referidos marcadores foram construídos a partir das informações sociais, econômicas, educacionais e das entrevistas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

As determinações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996) foram seguidas rigorosamente na pesquisa que obteve parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas, em 05 de julho de 2009, sob protocolo de nº 018/2009 (ANEXO A).

4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HIV/AIDS

4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES COM 50 ANOS OU MAIS NO CONTEXTO DO HIV/AIDS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO

Das 44 mulheres que participaram do estudo, 22 tinham diagnóstico de HIV/aids e 22 não tinham diagnóstico de infecção pelo HIV/aids.

Antes de dar início à descrição das representações sociais das mulheres com 50 anos ou mais no contexto da aids, considerou-se importante caracterizar o perfil dessas mulheres. Segundo Madeira (1998), não há uma uniformidade na forma como os sujeitos representam um determinado objeto, sendo esta representação carregada de suas próprias marcas e das marcas de suas relações, dando-lhe forma, no tempo e no espaço.

As mulheres com diagnóstico de HIV/aids estavam numa faixa etária que variava entre 50 e 64 anos, com uma média de idade de 54 anos. Dez dessas mulheres tinham um nível de escolaridade com 8 ou mais anos de estudo, sete com 4 a 7 anos de estudo, duas estudaram apenas de 1 a 3 anos e somente três delas admitiram não ter nenhuma escolaridade.

Quanto à profissão, quinze mulheres referiram profissões como costureiras, garis, funcionárias públicas, vendedoras, dentre outras, aposentadas em sua grande maioria, e apenas sete delas se denominaram donas de casa.

Ao serem indagadas acerca de sua renda mensal familiar, obtivemos o resultado de que doze mulheres viviam com uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos, oito com até 1 salário mínimo, uma com 4 a 6 salários mínimos e uma com mais de 7 salários mínimos. Dez delas mantinham a casa junto com outro familiar, oito mantinham a casa, sozinhas e quatro eram mantidas por filhos.

Quanto ao estado civil, nove delas eram viúvas, quatro solteiras, quatro estavam divorciadas, três casadas e duas eram separadas, sem uma situação legalmente regular. Procurou-se conhecer sua situação familiar e descobriu-se que apenas cinco mulheres moravam sozinhas, enquanto que dezessete delas moravam com familiares (companheiros, filhos, netos, sobrinhos, irmãos).

No que concerne à religião, quinze mulheres denominaram-se católicas, cinco evangélicas e duas referiram outra religião. A maioria (treze mulheres) relatou proceder da capital (Fortaleza) e nove tinham procedência do interior do estado do Ceará.

Quanto à infecção pelo HIV/aids, doze mulheres eram soropositivas, enquanto que dez mulheres tinham aids.

No grupo de mulheres sem diagnóstico de HIV/aids a faixa etária variou entre 53 a 80 anos, com uma média de 67 anos de idade.

Assim como o outro grupo, dez mulheres referiram um nível escolar com 8 ou mais anos de estudo. Oito delas tinham de 1 a 3 anos de estudo, três tinham de 4 a 7 anos e, apenas, uma referiu não ter estudado.

Treze mulheres relataram profissões semelhantes às que foram relatadas pelo outro grupo e nove eram somente donas de casa.

Neste grupo, a renda familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos esteve presente na resposta de onze mulheres. Cinco mulheres tinham uma renda de até 1 salário mínimo, quatro vivem com uma renda de 4 a 6 salários mínimos e, somente duas, com mais de 7 salários mínimos.

Ao contrário do que foi encontrado no grupo de mulheres com diagnóstico de HIV/aids, quatorze mulheres mantinham a casa sozinhas, enquanto três tinham auxílio de outros familiares e cinco eram mantidas pelos filhos.

Quanto ao estado civil, seis mulheres eram viúvas, cinco eram solteiras, quatro tinham união estável e três eram casadas. Quatro destas mulheres não conviviam com os companheiros, sendo três separadas e uma divorciada. A pergunta acerca de sua situação familiar revelou que somente duas mulheres moravam sozinhas, o restante morava com familiares (companheiros, filhos, netos, irmãos, sobrinhos, genros, noras).

Relativamente à religião, dezessete mulheres eram católicas e cinco evangélicas. Encontrou-se dezessete mulheres com procedência de Fortaleza e cinco com procedência do interior do estado.

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009

Variáveis/Grupo	Grupo COM diagnóstico	Grupo SEM diagnóstico
Idade	-	-
Média	54 anos	67 anos
Variação	50 a 64 anos	53 a 80 anos
Escolaridade	-	-
Nenhuma	03	01
1 a 3 anos	02	08
4 a 7 anos	07	03
8 ou + anos	10	10
Profissão	-	-
Dona de casa	07	09
Outras	15	13
Com quem mora	-	-
Mora sozinha	05	02
Mora com marido e/ou filhos e/ou netos	15	16
Mora com outros	02	04
Renda Mensal	-	-
Até 1 SM*	08	05
1 a 3 SM	12	11
4 a 6 SM	01	04
Mais de 7 SM	01	02
Quem mantém a casa	-	-
A própria	08	14
A própria e outros	10	03
Outros	04	05
Estado Civil	-	-
Solteira	04	05
Casada	03	03
Divorciada/separada	06	04
União estável	00	04
Viúva	09	06
Religião	-	-
Católica	15	17
Evangélica	05	05
Outra	02	00
Procedência	-	-
Fortaleza	13	17
Interior do Ceará	09	05

*Valor do salário mínimo na época da pesquisa R\$ 465,00.

Dentre os indicadores mais importantes para mensurar o nível sócio-econômico associado à saúde da população, apresentam-se o nível de escolaridade, a renda e a ocupação, os quais são considerados baixos nas mulheres participantes deste estudo.

Fonseca et al. (2000) sugerem que essas variáveis têm em comum o fato de evidenciarem a estratificação social: os indivíduos ocupam uma posição na hierarquia social de acordo com a sua ocupação, renda e nível educacional, sendo que cada um desses indicadores cobre um aspecto diferente da estratificação social.

Ainda segundo o referido autor, a escolaridade tem sido apontada como importante determinante da situação de saúde do indivíduo, sendo, inclusive, a escolaridade da mulher um importante preceptor das doenças.

O nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação e perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos; a renda representa antes de tudo o acesso aos bens materiais, inclusive aos serviços de saúde; e o status ocupacional inclui esses dois aspectos, além dos benefícios adquiridos em algumas profissões, tais como prestígio, privilégios e poder (FONSECA et al., 2000).

Assim, nota-se a grande influência do nível de escolaridade, da situação de trabalho e da renda na aquisição de informações, no entendimento e no conhecimento do HIV/aids, tendo em vista, também, a condição de imunodepressão do grupo de mulheres que já a tem.

A vida dos indivíduos nas sociedades, está sempre mediada pelos indultos sociais, tais como a escolaridade, o que acarreta marcadores das vulnerabilidades individual, social e programática nas populações (AYRES et al., 2008).

Segundo Ayres et al. (2008), a preocupação da vulnerabilidade diz respeito à necessidade de imputação de sentidos e explicação da dinâmica das variáveis utilizadas nas análises de risco, de forma que tais análises não sejam incorporadas sem as práticas de intervenções.

4.2 A CONSTRUÇÃO DO HIV/AIDS COMO CONHECIMENTO SOCIALMENTE COMPARTILHADO

Interpretar as representações de mulheres com 50 anos ou mais frente ao HIV/aids, à luz da teoria das Representações Sociais, nos possibilita a estruturação de um conhecimento socialmente compartilhado. Conhecimento que se constrói

entre o saber científico e o saber do senso comum, influenciado por valores culturais permeados por crenças, estereótipos e atitudes. A maturação cognitiva propiciada por esse conhecimento permite a elaboração de hipóteses e inferências que facilitam a compreensão da doença em seus aspectos subjetivos ou objetivos.

Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais tornou-se um suporte teórico relevante na compreensão dessas mulheres que entendem o HIV/aids como algo muito próximo e muito distante. Algo que leva a perdas e ganhos, que aproxima da morte, mas, também permite conhecer a própria superação. Enfim, lembra-nos quão frágil é o nosso controle sobre a vida.

O acesso a essas representações se dá, necessariamente, por meio da linguagem que de acordo com Lane (1994), media o indivíduo e suas relações com o mundo através das representações sociais.

Assim sendo, nesse capítulo objetivou-se analisar as representações sociais sobre HIV/aids, elaboradas por mulheres com 50 anos ou mais, com e sem diagnóstico, apreendidas com a técnica de análise de conteúdo temática, correspondendo a oito categorias e vinte e nove subcategorias simbólicas.

Com vistas a facilitar o entendimento, apresentou-se uma detalhada discussão de cada categoria e suas respectivas subcategorias, com conteúdos, tabelas, quadros e relatos referentes às mesmas.

Nas categorias observou-se uma pluralidade de conceitos e elementos associados às dimensões cognitiva, afetiva, comportamental, orgânica, espiritual e psicossocial. Percebeu-se que, independentemente da categoria, as representações versaram não apenas em torno do HIV/aids, mas, da indissociabilidade da doença e do indivíduo adoecido e em risco de adoecer.

4.2.1 Concepções sobre o HIV/aids

Nesta categoria temos as concepções da representação social do HIV/aids para as mulheres com diagnóstico e sem diagnóstico da infecção. Nas falas encontradas, pudemos perceber um misto de concepções adquiridas ao longo do tempo, algumas semelhantes às descrições usadas pelos profissionais da saúde,

algumas elaboradas pelo senso comum e outras fortemente influenciadas pelos sentimentos relativos à infecção e pelos sinais e sintomas próprios da doença.

Tabela 2 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de concepções sobre HIV/aids, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009

SUBCATEGORIA	CD	%	SD	%	TOTAL	%	X ²
Tecnicoprofissionais	97	32,0	19	21,8	116	30,0	-
Socioculturais	147	48,5	63	72,4	210	53,8	-
Sintomatologia clínica	25	8,3	2	2,3	27	6,9	-
Religiosas	34	11,2	3	3,5	37	9,4	-
Total	303	100,0	87	100,00	390	100,0	17,097
-	-	-	-	-	-	-	(p = 0,000)

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: p < 0,05

Esta categoria revelou uma variação nas frequências das unidades temáticas entre as subcategorias quanto ao conhecimento das mulheres investigadas sobre o HIV/aids. Ao compararmos as representações sociais entre os dois grupos, percebemos que as mulheres envolvidas nesse contexto, possuem uma maior apropriação do tema, inferência revelada pela diferença entre as unidades de análise dos dois grupos: 303 unidades no grupo de mulheres com diagnóstico e 87 no grupo sem diagnóstico.

É notória a influência sociocultural dessas representações em ambos os grupos, confirmada por um percentual de 48,5% das unidades temáticas no grupo com diagnóstico e 72,4% no grupo sem diagnóstico. A terceira subcategoria, que se refere à sintomatologia clínica, revela frequências de unidades temáticas percentualmente maiores no grupo das mulheres com diagnóstico de HIV/aids, apesar dessa subcategoria ter pequena representação no total das unidades.

A subcategoria que se refere às concepções religiosas surge com uma maior porcentagem (11,2%) no grupo das mulheres com diagnóstico, que no grupo das mulheres sem diagnóstico (3,5%). As falas das mulheres com diagnóstico de HIV/aids mostram a fé em um Deus que, contrariando todas as perspectivas, lhes trará a cura.

– CONCEPÇÕES ANCORADAS NOS ASPECTOS TECNICOPROFISSIONAIS

As mulheres investigadas, ao serem indagadas quanto ao que é o HIV/aids, trouxeram diversas associações, como o conceito de doença que na fala traduzia tudo o que poderia ser dito sobre o tema: *a aids é uma doença*.

A repetição da concepção que remete à transmissibilidade sexual traduz a influência da mídia e leva a uma reflexão sobre o poder que esta exerce sobre as pessoas, levando a imputar-lhe uma responsabilidade que vai além da mera informação. As outras possíveis formas de transmissão surgiram de forma sutil e mal-revelada, com declarações pontuais e inseguras, sempre remetendo a autoria da informação a outros sujeitos, como o profissional médico.

Confirma-se, então, a necessidade da participação efetiva dos veículos da mídia nas intervenções educativas relacionadas à prevenção das doenças, pois esses ocupam lugar significativo na construção dos valores sociais e individuais.

Meyer et al. (2006) consideram que os anúncios televisivos re-produzem ou veiculam representações de gênero múltiplas, instáveis e conflitantes, excluindo aqueles que não se identificam nessas descrições.

A consciência da existência de duas fases da infecção surge com uma associação à capacidade produtiva do ser humano, lembrando a importância do trabalho da vida do indivíduo: [...] *uma coisa é você estar portadora do vírus HIV/aids, porque você pode trabalhar, tem disposição. Você tá apto a agir como uma pessoa normal, mas, a aids já é um complicador da história. A aids propriamente dita, já é uma série de fragilidades, né? De debilitações, que leva a pessoa ficar inoperante, às vezes, né?*

A certeza da ausência de cura, também emergiu de forma clara, levando as mulheres com diagnóstico de HIV/aids a traduzirem essa insegurança compensando a ausência de cura com a possibilidade de tratamento. Nesse contexto, o HIV/aids assume o *status* de doença crônica degenerativa: *mas, eles não dizem, assim, que o HIV é uma doença crônica, tem tratamento, como tem a tuberculose*.

A baixa percepção de risco da aquisição da infecção de outro e os fatores psicossociais relacionados ao medo de descobrir a real situação ou, até mesmo, de

expor a soropositividade, na maioria das vezes, é decorrente da desinformação sobre a doença em si, sobre os recursos disponíveis para o cuidado, receio de sofrer discriminação e ainda da negação da necessidade de exposição (LEKAS; SCHRIMSHAW; SIEGEL, 2005).

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA CONCEPÇÕES TECNICOPROFISSIONAIS

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Pra mim é uma doença muito transmissível, né? . E, aí, pode-se dizer que ele já é uma pessoa portadora de deficiência 'inorgânica', né? . Eu acho que é uma doença muito grave, incurável! . E aí vem uma doença atrás da outra, tipo tuberculose, hepatite, até doença de pele. . Você não morre nem dessa doença, morre já doutra doença, né? . Porque o período já é curto quando ele tá com aids. . A gente, mulheres e crianças, recebe essa medicação com uma dosagem além. É tanto que o homem não tem muito efeito colateral, não. Mas, a mulher é assustador! . Quando eu faço os exames, né? Como é o nome... aquele... CD4, né? Tá zero, a carga viral tá zero.	. Que tem o vírus da aids. Eu acho que é isso. . aids, como a gente ouve falar, digamos assim, existe esse tipo de doença que diz assim, é mais ocasionada devido à relação sexual, né? . aids é uma doença muito séria e perigosa, porque não tem cura, né? . Como é que pode, né? Com tanta informação por aí e o povo ainda pegar essa doença. . aids?... Eu acho que é uma doença que é "transmissível", né? . Aí, o médico achou porque era quando ele doava sangue desde o tempo de pequeno, com esse negócio de agulha. . Tem mais é que se prevenir, porque tem o tratamento, mas, a gente nunca fica bom, só melhora, né? Melhora.

– CONCEPÇÕES ANCORADAS NA DIMENSÃO SOCIOCULTURAL

Nesta subcategoria viu-se emergir a sabedoria construída com base no senso comum, com conceitos voltados para incurabilidade, para o "imoral" contido na transmissibilidade sexual da doença. Aliado a isso, a associação do HIV/aids com *doença do fim dos tempos* nos remete à idéia de grupos de risco, levando as mulheres sem diagnóstico a acreditarem-se invulneráveis por não terem vida sexual ativa ou por terem somente um parceiro.

A baixa percepção de risco poderia ser, em grande parte, associada à vulnerabilidade programática, conceito este definido por Ayres et al. (2008). Transcorrido longo tempo desde o início da epidemia de aids, os idosos permaneciam alijados das ações de prevenção, na medida em que as mensagens educativas veiculadas ao grande público, com participação intensa da mídia, não contemplavam tal segmento populacional.

Por outro lado, as mulheres com HIV/aids têm a consciência de que a transmissão sexual pode se dar em todas as pessoas, independente de seu comportamento sexual: *O que eu vejo falar é que é o meu mesmo caso, pode acontecer com elas também, né?* (Mulheres casadas).

A proximidade da morte associada a doenças incuráveis surge no discurso daquelas que querem tempo para arrumar a vida dos filhos, a casa ou a própria vida, antes de morrerem vítimas da doença. No lado oposto, as mulheres que, seguras de sua invulnerabilidade, transferem a idéia de morte para o outro, envolvendo-o com um sentimento de piedade.

Algumas distinções podem ser observadas quanto ao enfrentamento da enfermidade ou da situação de soropositividade conforme o indivíduo envelheça contaminado pelo HIV ou adquira a infecção ou a doença propriamente dita numa fase mais avançada de sua vida. Este último, quando se depara com esta situação, tem uma tendência natural – dependendo de toda uma complexidade psicológica, familiar e social – a ter mais **medo da morte** (GORINCHEYN, 2002).

Em contrapartida, encontramos também situações em que a doença, apesar de toda a conotação de dor, sofrimento e morte que traz em seu bojo, surge trazendo ganhos e transformando para melhor a vida da mulher com HIV/aids: *A minha vida hoje é outra vida, porque depois que eu me contaminei a minha vida melhorou [...]; Eu digo com todo o coração, depois que eu me contaminei a minha vida mudou para melhor [...]*.

Conclusões similares foram obtidas por pesquisadores em Porto Rico (VARAS-DIAZ et al., 2004), ao explorarem as diversas manifestações de estigma enfrentadas por pessoas vivendo com HIV. Demonstrações de afeto por parte de familiares assumiram proporções percebidas pelos pacientes, por vezes, como “superproteção”.

A informação disseminada pelo senso comum com base em múltiplos valores e a ausência de sinais e sintomas permite que a doença seja subestimada em sua magnitude, levando a discursos de despreocupação: *Eu tenho esse problema, mas, isso aí num é... [...] Isso pra mim num existe. Também, só se cuidar e há tratamento, né?* Percebe-se que entre as mulheres engajadas em movimentos de rede de apoio às pessoas convivendo com HIV/aids há um discurso que vai muito

além da circuito que envolve as pessoas portadoras do vírus, revelando uma preocupação com o que há porvir, seja com as pessoas sem diagnóstico, seja com as políticas públicas que definem as estratégias de controle. *É um movimento fechado, só para as pessoas que vivem, né? [...] Existe um plano do governo de lutar contra a epidemia da mulher, e a gente participa das reuniões e eu vejo só falando para mulheres vivendo com aids. [...] Eu fico meia que angustiada e inquieta, porque eu entendo que ele não tá preocupado com a mulher casada, que tá lá sem informação!*

O compartilhamento da sorologia com terceiros depende fundamentalmente da relação de confiança existente entre o paciente e seus entes próximos, condição esta que leva em conta a percepção do idoso acerca do risco de vir a sofrer estigma e discriminação, conforme identificou Emlet (2006).

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA CONCEPÇÕES SOCIOCULTURAIS

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Para que eu tenha tempo de tá arrumando esta casa e que eu tenha tempo também para cuidar desse meu filho que é autista. . Eu ouvi dizer que é uma coisa que não tem cura, pega do homem. Não sei dizer. . Eu vejo ela... Eu via antes, quando morreu alguns, o pessoal da televisão, muitos cantores. . Muié, aids, o povo diz que é muito perigoso, né? . Ainda têm muito medo da aids. Mas, porque ainda não tem muito esclarecimento, né? Muita informação. . É lógico que é uma doença transmissível, mas é tão fácil de você conviver com ela que você só transmite se você quiser. . Agora, eu acho, também, que, também, num é essas coisa demais, não.	. A aids é uma doença muito feia, né? . Como diz o pessoal por aí e eu já vi na televisão muita gente maguinho, se acabando com ela, né? . Que quando... Diz que não escapa, esse povo que pega aids, né? . Morro de medo. Deus me livre de uma doença dessas, Deus me livre. . Ai, é uma doença que me deixa apavorada só de pensar, porque ela é muito perigosa, acaba com a vida da pessoa, dá uma reviravolta na vida da pessoa. . O problema é quando você se envolve com alguém que tem, né? Aí é muito complicado. . Mas, mal sabem eles que é muito perigoso e sofredor, né? . Eu só imagino, mas aquelas pessoas que tem a doença é que sabe o que elas sofrem.

– CONCEPÇÕES ANCORADAS NA SINTOMATOLOGIA CLÍNICA

Ao vivenciar uma situação o ser humano encontra os subsídios necessários para apropriar-se de tudo que diz respeito a ela, contextualizando o saber adquirido de outros com o saber adquirido de sua própria experiência, fortalecendo ou enfraquecendo o que é senso comum. Apesar de não ter sido o foco do discurso das mulheres investigadas, percebe-se que as mulheres com diagnóstico discorrem sobre o tema de forma que nota-se sua aproximação da realidade, manifestando a sintomatologia da doença.

Entre as mulheres sem diagnóstico, as falas revelam o conhecimento adquirido pela vivência do outro, sendo o emagrecimento que transforma o corpo, o principal foco das falas.

O retardo no reconhecimento da infecção nessas mulheres, conforme previamente discutido, normalmente decorre do fato dessa hipótese ficar relegada a um segundo plano na investigação diagnóstica de enfermidade no idoso (LEKAS; SCHRIMSHAW; SIEGEL, 2005).

No entanto, é importante destacar que a perda de oportunidades de diagnóstico pode acarretar às pessoas idosas um prejuízo significativo no acesso ao tratamento, resultando em desfechos clínicos mais desfavoráveis. Diagnosticados em fases evolutivas mais tardias da infecção, geralmente após a ocorrência de infecções oportunistas, verifica-se que tais pacientes, embora possam responder ao tratamento (SILVERBERG et al., 2007), apresentam menor sobrevida, quando comparados a indivíduos mais jovens (BRAGA; CARDOSO; SEGURADO, 2007).

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA CONCEPÇÕES PELA SINTOMATOLOGIA CLÍNICA

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Eu descobri porque eu tava doente. Passei 8 meses com febre. . Aí, era dor de cabeça, diarreia e febre! . E eu emagrecendo, perdendo peso, perdendo peso, perdendo peso. . Aí, eu... um dia, eu tive uma crise, lá em casa, muito grande, sabe? Eu tava sozinha, aí, a minha menina trouxe um copim de suco para mim e eu tomei. Quando eu tomei esse suco, eu botei todim pra fora. Aí, me deu, assim, como se queria desmaiar. . Mas, num bebo, num faço extravagância, não. Isso, porque eu tive duas doenças, ao mesmo tempo. Era a Tb e essa doença que eu tenho.	. Só fica o "couro e o osso". . Como já vi o pessoal na televisão, já assim, pálido, com aids, com outras doenças aí... mas, a aids é pior, acaba com a criatura de repente.

– CONCEPÇÕES ANCORADAS NOS ASPECTOS RELIGIOSOS

Nesta subcategoria as mulheres com o diagnóstico da doença relatam sua relação com o divino, atribuindo a Deus a responsabilidade de perdoá-las, haja vista considerarem a doença como uma forma de castigá-las por seu comportamento, e a responsabilidade de curá-las ou dar-lhes forças e condições para continuar.

A influência sociocultural também surge nesta categoria, impondo à essa mulher uma punição silenciosa que lembra sempre que o comportamento fora dos padrões, seja sexual ou qualquer outro, sempre trará consigo um final engendrado de forma a resgatar com sofrimento os pecados cometidos.

As falas das mulheres sem diagnóstico revelam a fé em um Deus que afastará delas todo o mal, inclusive, o HIV/aids, mas, para isso devem manter um comportamento culturalmente correto. É importante ressaltar que a relação dessas mulheres com a divindade se mostra mais forte em outros momentos da conversa, no que diz respeito à uma vida melhor, um milagre para a família etc.

A relação entre a religião e a doença foi encontrada em estudo de Teixeira e Lefèvre (2007), no qual é percebida a importância da crença religiosa nos profissionais e pacientes, onde é relatado que o momento crítico representado pela doença aproxima os pacientes da crença em algo superior às suas vidas, os ajuda no processo de cura e de aceitação.

Entretanto, segundo Teixeira e Lefèvre (2007), independente da escolha de vida religiosa, a mulher precisa conscientizar-se que as vulnerabilidades às doenças estão presentes no dia a dia, e que quaisquer votos realizados não devem afastá-las do cuidado do seu próprio corpo.

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA CONCEPÇÕES RELIGIOSAS

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Não sei se Deus queria, eu que não me cuidei mesmo, eu que não abri o olho. . Você acha que foi só eu que fiz amor? Pequei, né? Ninguém faz sexo? Eu fiz e fiquei com o vírus! Não é assim! . Pra mim é uma doença que pro homem não tem cura, né? Mas pra Deus, tem. . Acho que a maioria das pessoas, não como castigo, mas, para as pessoas ser um pouco melhor, refletir mais, passar a ser mais humano, sabe? . Acredito, mas, acho muito difícil, porque ninguém merece, também, a cura. . Sei que a aids é uma doença horrível, mas, Deus está no meu coração, Deus me deu conformação, graças a Deus! Isso é que é importante!	 e Deus cura tudo... mas, quando é começo, quando tá chegando, mesmo, Deus não cura mais, não. . Que é como eu já lhe disse, eu rezo pra nunca um dos meus ter esse problema. . Graças a Deus, todo dia eu rezo.

4.2.2 Percepções sobre o HIV/aids

Esta categoria mostra como as mulheres investigadas, desvelando seus sentimentos, representam o HIV/aids e os indivíduos doentes. Agrupa as subcategorias autopercepção e heteropercepção, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de percepções sobre HIV/aids, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009

SUBCATEGORIA	CD	%	SD	%	TOTAL	%	X ²
Autopercepção	190	84,4	14	42,4	204	79,0	-
Heteropercepção	35	15,6	19	57,6	54	21,0	-
Total	225	100,0	33	100,0	258	100,0	30,70
							(p = 0,000)

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: p < 0,05

A tabela 3 mostra, na subcategoria autopercepção 190 unidades temáticas referidas pelas mulheres com diagnóstico e 14 unidades referidas pelas mulheres sem diagnóstico, com um percentual de 84,4% do total da subcategoria, confirmando o fato de que as mulheres que vivenciam a doença têm muito mais facilidade em exprimir suas percepções acerca da doença, enquanto as mulheres que não têm a doença em sua realidade exprimem opiniões baseadas apenas em observações e escuta. A subcategoria heteropercepção agrupou um número bem menor de unidades temáticas (21% do total).

– AUTOPERCEPÇÃO

Esta subcategoria integra todas as mulheres investigadas, na medida em que mostra os sentimentos das mulheres para consigo, enquanto portadora, e para com os outros, enquanto expectadora da situação.

As mulheres com diagnóstico revelam em suas falas um cuidado em mostrar que, apesar da doença, estão felizes, melhor que antes, detentoras de um saber que hoje lhes proporciona uma maior qualidade de vida e uma valorização da

vida que lhe permite acreditar em um futuro melhor: *eu só penso em viver cada vez mais*. Além disso, a superação do desafio de viver com HIV/aids faz com que se sintam plenas e audaciosas, dando à vida um objetivo que antes não existia: viver bem, enquanto for possível. *Eu acho que eu tou me sentindo até audaciosa, de me sentir plena, tá entendendo por quê?! Porque eu tou com um desafio muito forte e eu tou conseguindo tirar proveito!*

As mulheres com diagnóstico se descreveram como pessoas normais, levando à inferir-se que de forma inconsciente ser portador do HIV/aids traz consigo um traço de anormalidade.

O conhecimento e a vivência da população idosa diante da infecção pelo HIV, também, foram investigados por outros pesquisadores, como: Knodel, Watkins e VanLandingham (2003) que apontaram que a população idosa tem sido alvo da aids, não somente pela própria infecção pelo HIV, como também pela perda de familiares, sobretudo filhos, pois, quando adoecem, geralmente, voltam à casa dos pais para receber cuidados e, muitas vezes, após sua morte, deixam os filhos com os pais já idosos.

Os autores supracitados acreditam que as perdas afetam o bem-estar e a vida desse grupo, com conseqüências emocionais em razão do sofrimento por acompanhar o adoecimento e a morte do familiar, a exposição às reações negativas de vizinhos e amigos pelo preconceito e medo. Perdas físicas, em razão das tarefas oriundas do cuidado e o risco de adquirir uma doença oportunista, sobretudo a tuberculose; e perdas sociais pela redução do tempo dedicado às atividades sociais.

Apesar de passarem uma idéia de bem-estar e segurança as mulheres descreveram o impacto sentido quando se descobriram infectadas. Duas mulheres relataram a necessidade de tempo para criar os filhos, outras o sentimento de morte iminente que as invadiu, outras ainda decidiram descobrir que tipo de vida teriam dali para frente: *Só pensei como ia ser minha vida, a partir dali. [...] Eu queria viver, né? [...]* Nesse contexto, surge a mágoa de ter sido infectada, revelada em algumas falas: *Eu nunca pensei, eu fui inocente... [...] Eu num fiquei com raiva, porque ele já tinha morrido. Mas, inda hoje eu tenho, Deus me perdoe, inda hoje, eu tenho mágoa, né? [...]*

O momento da revelação do diagnóstico de soropositividade representa um marco importante na trajetória das pessoas que vivem com HIV. Assim, as

circunstâncias em que tal revelação ocorre podem ter forte impacto sobre a vida dessas pessoas, repercutindo em sua capacidade de enfrentar a nova condição (LEKAS; SCHRIMSHAW; SIEGEL, 2005).

Apreende-se ainda que o uso de preservativos está vinculado à aceitação do parceiro e, em algumas situações esconde um sentimento de vingança que reflete a angústia de ter sido contaminada: *Uso, sim. (preservativos) É, é. E se não aceitar, né? Se quiser também, não digo que tenho, não. Morra! Num fizeram comigo. [...]*

Segundo Paiva et al. (2003), apesar de evidenciada maior adesão ao uso do preservativo nas faixas etárias mais jovens, tanto no que se refere à primeira relação sexual, como à última, chamou à atenção o dado de que apenas 2,7% dos 121 entrevistados com idade acima de 55 anos tenham relatado uso de condom na última relação. Entre as razões expressas por estes para não usar o preservativo, sobressaíram-se a “confiança no parceiro” (35,8%), a existência de parceiro sexual fixo (31,1%) e a idéia de que essa medida não seria necessária (8%).

Percebe-se assim, mais uma vez, a lacuna existente nesse segmento populacional, no que se refere à percepção de risco de aquisição de DST/aids. Cumpre assim incrementar junto a esse grupo ações especificamente voltadas à prevenção dessas afecções.

A idéia de grupos de risco veiculada durante muito tempo está presente nas falas das mulheres: *Como eu era casada, tava fora dos grupos de risco. [...] Eu me sentia inatingível! [...]* Mas, o impacto da descoberta fez com elas mudassem o discurso, denotando a fragilidade da mulher frente a uma cultura machista que impõe regras, muitas inalteradas até os dias de hoje, fato comprovado pelo aumento do número de mulheres com parceiro único e união estável, infectadas pelo HIV/aids: *Isso acontece, pode acontecer com qualquer senhora dentro do seu casamento. [...] 12 anos de casada, né? Confiava muito nele e com essa história toda... Eu sei que quando descobri... [...]*

As mulheres que não têm o diagnóstico do HIV/aids demonstram distanciamento da problemática, com sentimentos contraditórios quanto a transmissão, a cura e a aceitação da doença: *[...] Se todos pensarem como eu, ninguém não adoece. [...] E eu acho que pra tudo existe uma cura, pra todo tipo de*

doença [...], evidenciando a necessidade de incluir esse público nas estratégias de ação para prevenir a infecção pelo HIV/aids.

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA AUTOPERCEPÇÃO

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Apesar de eu viver com o HIV, eu sou feliz, assim. . E hoje, eu me sinto com mais qualidade de vida do que eu tinha antes de descobrir, porque hoje eu tenho mais cuidado, eu tenho mais um olhar preventivo, né? . Eu vivo normalmente, graças a Deus. . Nunca pensei de pegar aids. . Ainda não aceitei, não. Não aceitei, assim, como muita gente já aceitou. Já tá com 2 anos. . DST, na minha época, era doença do mundo. . Eu saí de lá e a mulher, secamente, me disse: "Você tá com aids". Aí, eu saí. Quase fui atropelada, porque, na minha mente, já veio um frio como se fosse a morte mesmo, próxima, chegando. . A aids pra mim é horrível. . E se eu não falar, ninguém sabe que eu tenho, porque a aids não tá na cara, né? Nem na pele da gente, nem no olhar, né? . Aids, eu num... é uma doença que só atinge só a gente, né? . Não. Não, porque eu confiava muito nele, né? . Mesmo sabendo que ele era danadinho, confiava nele. Prometia mundos e fundos.	. É assim, a aids... ninguém tem aids por opção, né? . A aids, eu digo que o pessoal são muito é besta, otário. . Se todos pensarem como eu, ninguém não adoece. . E eu acho que pra tudo existe uma cura, pra todo tipo de doença. . Todo problema existe uma cura, não pode ser assim bem ligeiro, do dia para o outro, do mês para o outro, mas a pessoa se cuidando bem e é... . Não é uma coisa boa, é uma coisa ruim. . Então, eu acho uma coisa natural, cê tá entendendo? . Não, eu acho que é só perigo, né?

– HETEROPERCEPÇÃO

O adoecimento fragiliza o ser humano, tornando-o sensível ao que está ao seu redor, no que diz respeito ao comportamento das pessoas quanto a si mesmo e sua doença. O HIV/aids, com toda sua carga de estigmas e preconceitos, torna as relações tensas, trazendo manifestações afetivas e emocionais expressadas de formas diversas, nem sempre verbalizadas e frequentemente comportamentais.

O fato de estarmos tratando de pessoas em uma faixa etária mais velha e uma doença sexualmente transmissível (DST) torna o assunto ainda mais estigmatizado. Socialmente, existe o tabu de que pessoas com mais idade, não fazem sexo, menos ainda adquirem DST. Assim sendo, lidar com o assunto, conversar a respeito e ser aceito em um mundo com idéias como essa, permeado de preconceitos, não é tarefa fácil para as mulheres com diagnóstico de HIV/aids.

A UNAIDS (2002) sugere algumas estratégias para amenizar efetivamente o impacto do HIV/aids na população idosa. Indica a necessidade de se modificar o estigma relacionado à sexualidade do idoso, para assim facilitar a discussão sobre o assunto com familiares e profissionais da saúde; incluir programas com abordagem sobre o HIV em serviços voltados à população idosa; criar programas educativos sobre HIV específicos aos idosos; identificar áreas de pesquisa voltadas à interação entre idade e HIV; por último, incluir idosos em pesquisas sobre prevenção e assistência.

O discurso das mulheres com diagnóstico vem carregado de impressões quanto à desinformação das pessoas, o que aumenta a carga de preconceito e discriminação quanto aos portadores da doença.

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA HETEROPERCEPÇÃO

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Só faz dizer que essa doença pega de homem e não tem cura. . Ah... Pras pessoas que eu vejo é uma doença que mata, que contamina até no ar. . Ninguém consegue entender, ninguém consegue... ou não quer entender, foge. . Muitos “vê” assim, que é uma coisa que dá nojo... . Eu conheço pessoas que continuam transando com um e com outro e não querem camisinha. Eu conheço gente assim. . Eu vejo que eles pensam que o portador do HIV já é aids. Não sabem essa diferença. . E os que não vivem, não pensam na aids, se sentem imune e que é coisa de viado, coisa de prostituta. . Elas têm medo, né? Muita gente tem medo. . Pra outras pessoas é morte, né?	. Pras outras pessoas? Eles pensam que é o bicho de sete cabeças... . Elas imaginam que seja uma doença grave, né? . Muitos se recusam, porque acham que é uma coisa incurável, né? . Muitas pessoas acham que não tem cura, muitos por aí... . E todo mundo acha é isso mesmo, perigo. . Eu acho que deve achar muito bom, né? Porque não livra, né? Não cuida da doença. . Devia se livrar, né? Devia se livrar dessa imunda, né? Porque é imunda merma. . Olha, eu acho que as outras pessoas não sabem nem o que é. . É difícil falar pelos outros, mas, eu acho que os outros também tem muito medo, né?

4.2.3 Percepções de si mesma

Esta categoria mostra como as mulheres percebem a si mesma, numa tentativa de se autorrepresentar e de representar como os outros a vêem. As falas são impregnadas por temas que versam sobre envelhecimento, sexo, HIV/aids e vivências cotidianas que dão a conhecer os sentimentos, as angústias e as dores de pessoas que convivem com o crepúsculo da existência. Contém duas subcategorias: autopercepção e heteropercepção.

Tabela 4 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de percepções de si mesma, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009

SUBCATEGORIA	CD	%	SD	%	TOTAL	%	X ²
Autopercepção	81	66,39	130	73,4	211	70,5	-
Heteropercepção	41	33,6	47	26,6	88	29,5	-
Total	122	100,0	177	100,0	299	100,0	1,31

(p = 0,178)

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: p < 0,05

– AUTOPERCEPÇÃO

Esta subcategoria teve com base uma diversidade de conceitos ancorados em dimensões diversas, onde as mulheres falam sobre si mesmas, numa tentativa de se perceberem e de se mostrarem, representando 70,5% do total das unidades temáticas apreendidas.

Identificamos 130 unidades temáticas entre as mulheres sem diagnóstico. Percebeu-se durante as entrevistas, que o tema flui com facilidade, mostrando pessoas que se olham sem culpas ou medos. Mesmo que, ao olhar-se, vejam uma pessoa diferente, essa não as assusta, apesar de algumas se vêem envelhecidas e sem perspectivas: *Eu me acho velha, doente, né? [...] Eu me olho no espelho e me acho horrorosa. [...].* É perceptível que elas conseguem discorrer facilmente sobre a juventude que lhes falta ou sobre características que lhes trazem mérito: *Sempre fui muito honesta, trabalhadora. [...] Eu sou calma, sou paciente. [...] Isso era quando eu era nova, agora sou velha! [...]*

As falas das mulheres com diagnóstico são carregadas de culpa e dor. Durante as respostas à solicitação de que falassem de si mesmas, como se viam, ouviu-se inúmeras frases que exprimiam esses sentimentos: *Aí, eu não tenho muita alegria, como eu tinha de primeiro. Eu me vejo feia, me vejo isolada... [...] Eu me sinto como se tivesse morrido e ressuscitado. [...] Eu me sinto um monstro, eu me vejo um bicho. [...]* Podemos inferir daí o quão é difícil conviver com o processo de envelhecimento, que muito subtrai, e aliado a isso com uma doença impregnada de estigmas que deixam marcas no corpo e na alma.

Apesar disso encontramos mulheres que ainda acreditam no muito que tem para viver: *Tou preparada. Para amar, pra ser amada, pra fazer amor, pra viver uma vida assim, bem saudável.* [...] Esse depoimento faz acreditar que vale a pena lutar para informar essas pessoas e fazê-las perceber que tem direito a continuar vivendo, amando e sendo amadas.

Os idosos infectados pelo HIV ou mesmo com aids são geralmente isolados e ignorados. Apesar dos estereótipos, muitos idosos são sexualmente ativos, e alguns são usuários de drogas, conseqüentemente seus comportamentos podem pô-los em risco para re-infecção com HIV (HIV/aids and older adults, 2007).

A aids nesse grupo etário traz à tona certos hábitos até então não revelados, como a sexualidade, escondida na pele enrugada e nos cabelos brancos, onde a libido é traduzida pelo preconceito (GORINCHTEYN, 2005).

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA AUTOPERCEPÇÃO

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Hoje, eu me vejo uma pessoa com um conhecimento diferenciado do que eu tinha, antes de ser uma pessoa vivendo com aids. . Eu sou uma pessoa que tem muitos amigos. . Eu não me sinto só, nem triste, nem... me sinto inferior a ninguém, nem diferente de ninguém. . Porque eu não me acho velha, eu me cuido, pinto os cabelos. . Pois eu sinto como se eu tivesse 30-40 anos. . Eu? O que eu sou? O que é que eu posso dizer que eu sou... Há nove anos... Há dez anos, vai fazer agora em novembro. Faz dez anos que eu tenho HIV. . Eu me descrevia baixinha, gordinha, simpática. . Porque assim, eu não sou preconceituosa, sabe? . Acho que ninguém gosta de mim, ninguém é meu amigo e... preconceito. . Eu vejo assim, a primeira visão é que sou meio antipaticazinha, mas, depois eu consigo... . Eu sei que eu venho pra cá, fico olhando pras pessoas, todo mundo alegre, todo mundo conversa, pessoas normal, levam a vida normal e eu fico pensando: por que que eu não sou assim? Por que que eu não tenho uma vida normal? Por que que eu não tenho um amor? Por que que eu não tenho um parceiro? . Me sinto muito desprendida das coisas. . Antes, eu me achava muito charmosa. Era muito... Eu tinha muita felicidade na vida. Namorava muito. . Tinha muita alegria na vida, me divertia muito. Ia pra praia, pro cinema, pra tudo. . Graças a Deus, eu me acho uma pessoa muito forte.	. E eu não vou ficar só pensando em problemas e não cuidar do meu corpo, meu espírito. . E agora eu tou me vendo assim, agora eu tou ficando cada vez mais nova. . Eu sei conviver com as pessoas, sabe? . Porque eu não sou falsa com ninguém. . Eu num sou aquela [...] de antes, de jeito nenhum. . Mas, assim, eu vejo também que eu não tou me cuidando pra me mostrar uma pessoa sexual. . Uma pessoa que... não ligava pra vida. É... só de trabalho, só de casa pro trabalho. Agora não, agora, eu sou uma pessoa que cuido da minha vida, cuido do meu corpo, cuido da minha família. . Não podem cobrar nada de uma idosa, né? . Sempre eu fui uma pessoa que nunca fui vaidosa, nunca tive vaidade. . É... Eu cobro muito de mim. . É os outros que têm que dizer assim pra mim, não: "Você tem que fazer assim!", sabe? . Eu só falo que não tá muito bem, devido ao cansaço, né? . Hoje, eu vivo bem. Eu num vivo melhor porque eu vivo doente. . Como eu me vejo atualmente? Eu me vejo uma pessoa alegre, comunicativa e gosto muito de viver. . A não ser que eu tou mudando só os cabelos, tou ficando com os cabelos brancos (risos). . Quando eu era nova, me pintava. É porque pra velho, nada assenta. Eu acho isso, né? . Eu me quero muito bem, porque eu vivo às minhas custas. . Quando eu saio, eu saio só pra divertir, pra sair de casa, mas, não tenho animação por nada.

– HETEROPERCEPÇÃO

Nesta subcategoria estão agrupados apenas 29,5% do total de unidades temáticas da categoria. Como aconteceu com a categoria anterior, percebe-se a dificuldade de falar sobre o que os outros pensam, seja acerca de si mesma ou de outros assuntos, sendo comum emitirem sua própria opinião como tradução da percepção de outrem.

No geral, as falas das mulheres dos dois grupos refletem uma linha comum de pensamento, referindo-se em grande parte a elogios e opiniões favoráveis: *Assim, eu acredito que me vêem totalmente normal. [...] Mas, eu acho que o povo me vê como eu sou: trabalhadeira, esforçada, uma mulher de muita fé que reza pelos outros. [...]*

No aspecto psicossocial, a vulnerabilidade dos idosos não difere muito dos indivíduos mais jovens acometidos pela doença cujo estigma associado ao estar infectado por HIV, o medo de revelar o diagnóstico para a família, a carência de suporte de familiares e da comunidade, a diminuição dos recursos financeiros e questões relacionadas à qualidade de vida afetam todas as pessoas com HIV/aids. Apesar disso, corroborando com Butin (2002), destacamos nos discursos da mulheres com 50 anos ou mais, investigadas em nosso estudo, que o medo da rejeição e do julgamento dos outros se impõe particularmente aos idosos que vivem com HIV/aids, ante a possibilidade de isolamento e exclusão, trazendo-lhes o medo de sofrer preconceito e discriminação na terceira idade.

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA HETEROPERCEPÇÃO

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Sou muito elogiada, as pessoas me elogiam muito, me acham muito alegre, dizem que a minha casa é a casa da felicidade, mas que não sabem de nada. . Como uma batalhadora, uma guerreira. . Não, acha nada, né? Acha como que eu seja uma pessoa normal. Somente. . Pra minha família, eu tenho sido um peso. . As pessoas me vê com aids e isso me deixava muito triste. Hoje já não me deixa mais. . Tem muita gente que vê e não nota. . Eu acredito que eles me vêem como me viam antes, né? Acho que porque eu me encaro como uma pessoa normal que eu era.	. Sei que... Eu acho que elas me vêem como a pessoa que eu sou, né? . Outras me dá... "Mulher, tu tem quantos anos? Uns 50?" É, 50... (Risos) . Assim, as outras pessoas me vêem, assim, como uma pessoa mais ou menos. . Ah, eu acho que as pessoas gostam de mim, né? . Mas, o pessoal da minha igreja mesmo, me querem muito bem. . As pessoas me vê como eu sou nova, pra minha idade. . Meus filho acham que eu num tou velha. "A mamãe num se pinta!"

4.2.4 Causas do HIV/aids

Esta categoria compreende as subcategorias que expressam as explicações dos sujeitos para as possíveis e/ou prováveis causas da infecção pelo HIV/aids. Algumas se aproximam das explicações apresentadas em livros técnicos ou que são aceitas pela comunidade científica. Algumas foram descritas com base em seu contexto sociocultural e outras foram explicadas por sua característica de transmissibilidade.

Tabela 5 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de causas do HIV/aids, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009

SUBCATEGORIA	CD	%	SD	%	TOTAL	%	X ²
Científicas	9	16,0	1	3,6	10	11,9	-
Socioculturais	29	51,8	14	50,0	43	51,2	-
Transmissíveis	18	32,2	13	46,4	31	36,9	-
Total	56	100,0	28	100,0	84	100,0	0,949 (p = 0,329)

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: p < 0,05

Esta tabela evidencia que as causas do HIV/aids, apreendidas por meio das unidades temáticas, nos dois grupos, estão em sua grande maioria embasados em conceitos socioculturais (51,2%) e de transmissão da doença (36,9%), enquanto que as causas embasadas em conceitos científicos tiveram um pequeno percentual (11,9%).

Ao compararmos os dois grupos estudados, tomando como base a mesma subcategoria não observamos diferenças estatísticas importantes, haja vista a comprovação por meio do cálculo do qui-quadrado, cujo nível de significância foi de 5%.

– CAUSAS DO HIV/AIDS ANCORADAS NOS ASPECTOS CIENTÍFICOS

Esta subcategoria mostra que os conhecimentos acerca das causas da infecção pelo HIV/aids ainda são muito limitados, especialmente para aquelas que não vivenciam o problema. Fica claro nas falas que, para os sujeitos dos dois grupos, a principal causa para a infecção é a relação sexual com múltiplos parceiros.

A importância simbólica do sexo, interposta por profundos significados, está presente no cotidiano dessas mulheres, em especial aquelas na faixa etária do estudo que, segundo depoimentos das mesmas, tem representações negativas do sexo, frutos de uma cultura rígida e excludente.

As outras causas da infecção praticamente não foram citadas, sendo a via sanguínea, citada por apenas três mulheres, duas do grupo com diagnóstico e uma do grupo sem diagnóstico, com referências pouco sustentáveis. Não nos cabe aqui a tarefa de julgar tal constatação, mas, podemos inferir que as informações veiculadas, o conhecimento acumulado ao longo de décadas de pesquisa não está atingindo a população como um todo, em especial parcelas da população culturalmente vulneráveis e fragilizadas por múltiplas questões.

Realmente, verificamos que a via sexual pode ser considerada a causa principal das infecções pelo HIV/aids, seja por sua característica de universalidade, seja por questões de mudanças sociais que derrubaram barreiras e tornaram o sexo, algo vivenciado de forma mais livre e sem culpas. Aliado a isso, encontramos a farta divulgação na mídia, o que permite uma maior facilidade na incorporação desta ideia no âmago da produção do senso comum.

Esperou-se que o grupo de mulheres com diagnóstico de HIV/aids, pelas características do tratamento que as mantém sempre em contato com especialistas, apresentasse diferença considerável no nível de conhecimento científico acerca das causas da doença. Mesmo compreendendo que esta relação se dá de forma dinâmica, com a apreensão de novas informações acontecendo de forma natural, na medida em que o sentido do objeto vai se reestruturando, entende-se que esta relação vivenciada de forma direta traz consigo uma maturação cognitiva que amplia o grau de conhecimento.

A representação sobre a prevenção da aids ainda se configura em elementos resultantes das propagandas na mídia, mas que na prática são contraditórias (FONTES; SALDANHA; ARAÚJO, 2006). A não-inclusão desse grupo etário em campanhas de prevenção deixa essas pessoas expostas ao risco de serem infectadas pelo HIV e outras DST em relações sexuais. O preservativo, para este grupo etário, por ter sido pouco utilizado ao longo de suas vidas, acaba por

configurar dificuldade técnica na sua utilização. Alia-se ao seu conceito, meramente contraceptivo, o receio de perda de ereções efetivas, que resulta no seu desuso (GORINCHEYN, 2005).

Os idosos tendem a ver os preservativos primeiramente como uma medida contraceptiva, de modo que as mulheres que já não temem uma gravidez não-desejada podem não insistir em seu uso. Estas também sofrem as mudanças físicas da idade, que afetam sua vulnerabilidade ao HIV (IMPACT of aids on older population, 2002).

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA CAUSAS CIENTÍFICAS

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
<i>. Então, eu acho que ela é uma doença controlada, tanto é que ela cresce, mas, é por conta das pessoas que tem relacionamento fora com pessoas que não é “comum”, que a pessoa não conhece.</i> <i>. A aids é um vírus que não tem cura.</i> <i>. A aids é várias, um leque de infecções oportunistas, que o organismo é atacado por essas infecções e justamente debilita o organismo, né?</i> <i>. A gente sabe que é por causa das doenças oportunistas, né?</i> <i>. É um bichinho que tá lá, que é veloz, é violento e que come nossas defesas, né? Eu acho que é isso aí.</i> <i>. Mas, depois de conversar com os médicos, eu sei que só pega no sexo ou no beijo, se tiver algum ferimento na boca, aí pegava.</i> <i>. Porque a gente vê que é uma doença transmissível, né? Sexualmente. Mas, eu não sei explicar.</i>	<i>. E o pior disso tudo é porque ela não tem cura, né? Isso é o pior.</i>

– CAUSAS DO HIV/AIDS ANCORADAS NOS ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

Esta subcategoria nos permite entrever a força que tem a sabedoria do senso comum, influenciando a forma de pensar e de agir das pessoas. Os discursos das mulheres nos dois grupos, apesar da pluralidade da linguagem, poderia facilmente ser agrupado em um só grupo, considerando a homogeneidade das informações e do modo como o comportamento é orientado.

Ressalta-se nos dois grupos a tendência comum de associar a infecção pelo HIV/aids com a atividade sexual: *Porque nunca, ninguém vai deixar de fazer sexo, né? Seja com a mesma mulher, seja com o mesmo homem, ou seja homem e*

mulher. [...] Acho que o povo não sabe o grande risco que corre, porque se envolvem com todo mundo! [...] Denota-se, ainda, a opinião compartilhada de que a promiscuidade é importante fator de risco para a infecção com esse vírus.

A necessidade do uso do preservativo também é ponto comum entre as mulheres dos dois grupos, conforme representada em suas falas: *O uso da camisinha é a única maneira de não se contaminar, né? [...] Não pode ficar com o seu parceiro sem usar camisinha.* Porém, apesar dessa constatação, detectou-se que essa prática não é concretizada em suas vivências cotidianas.

Entre as mulheres infectadas colhem-se depoimentos que se referem a aspectos mais particulares da infecção, como outros meios de transmissão e esclarecimentos quanto a mitos na forma de contágio que levam à discriminação e preconceito: [...] *Com o HIV, você pode tomar no copo do outro, se enxugar com a mesma toalha, pode até dividir um prato de comida. É só mesmo pelo sangue. [...]*

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA CAUSAS SOCIOCULTURAIS

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. <i>Porque a aids não é doença de gay, né?</i> . <i>Queria só acrescentar que, na terceira idade, eu tou percebendo que tão falando muito: a terceira idade contraindo o vírus, por essa terceira idade tá mais ativa, usar Viagra, tá mais plena, aquela coisa toda.</i> . <i>Antes disso, eu pensava que pegava até no falar, no sentar. Eu achava, mesmo.</i> . <i>Diz que foi uma moça que transou com um cachorro. Eu vejo falar.</i> . <i>Aí, eu num sei se pega de assento...</i> . <i>Então, eu digo muito isso pra ela. "E outra coisa, você tem que exigir o preservativo". "Eu gostaria muito que fosse assim, mas se não for, se você namorou, quis conhecer, quis ir para a cama, vá, mas vá com preservativo, não vá sem. Sempre com preservativo, minha filha!"</i> . <i>Acho que muita gente, agora, fica com medo, por causa desses problemas.</i>	. <i>Mas, eu acho que a pessoa sabendo levar, sabendo se cuidar, se tratar, se conservar, eu acho que melhora muito.</i> . <i>Porque uma doença imunda dessa, sem cura e quando tem cura...</i> . <i>Sempre aconselho ele não andar com ninguém sem camisinha.</i> . <i>Engana as miseravi, quando der fé, aquela pessoa já tá com o vírus, né?</i> . <i>Todo homem engana, mas tem muita mulher sem vergonha que também engana.</i> . <i>Da pessoa tá doente e "coisar" o homem e enganar o homem.</i>

– CAUSAS DO HIV/AIDS ANCORADAS NA TRANSMISSÃO

A transmissibilidade do HIV/aids tem muita força no discurso das mulheres, sujeitos da investigação. Percebe-se que as falas direcionadas ao tema, sempre versam acerca desta característica, sendo ela a mais perceptível e amedrontadora.

As mulheres com diagnóstico usam a transmissão ou a forma de evitá-la como uma maneira de se protegerem do preconceito e da discriminação: *Se a aids fosse um problema que tivesse no ar, mas, não é, né? [...] Pois, se fosse pegar, você não tava pegando na minha mão, agora, né?! [...]*

Entre as mulheres sem diagnóstico, o tema prevenção surge como uma forma de proteção de algo perigoso que, apesar de real, está distante de suas realidades, funcionando como um catalisador de sua suposta invulnerabilidade.

A epidemia HIV/aids em pessoas idosas no Brasil tem emergido como um problema de saúde pública nos últimos anos. Deve-se a dois aspectos emergentes: o incremento da notificação de transmissão do HIV após os 60 anos de idade e o envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV (BRASIL, 2006).

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA CAUSAS TRANSMISSÍVEIS

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Porque eu creio que não pega, só pega no sexo. . Porque é uma coisa que só se pega com um corte ou transmissível sexualmente. . Transar sem camisinha, nem pensar. Que eu num vou. . Eu falo pro meus filhos, quando eles têm as namoradas deles, que eles se previnam, usem camisinha, usem preservativos e se cuidem porque a doença tá solta aí no mundo, né? . Quero dizer, assim, que é muito importante as pessoas saber se conscientizar de que a aids está cada vez mais aumentando e essas pessoas se cuidem, usem preservativo, porque tá muito grave. . Porque eu creio que não pega, só pega no sexo. . Se a aids fosse um problema que tivesse no ar, mas, não é, né? . Pois, se fosse pegar, você não tava pegando na minha mão, agora, né?! . Ou se eu, hoje, me descobrisse não soropositiva, eu jamais ia fazer sexo sem preservativo, porque é um lado que hoje eu acho nojento, sabe? . Eu gostava de um rapaz que ele era meio seboso. Ele agarrava todo tipo de mulher e ele só vivia doente.	. Não, né assim, não. Às vezes, a camisinha tá rasgada e a doença passa, né? . “Contragiosa” e tudo, mas é só a pessoa que tem a aids, que é doente de aids, ter cuidado, saber como é que ‘coisa’... . O “negócio” é a pessoa ter cuidado e saber como praticar o sexo também, se prevenir, né? . Por um acaso, uma coisa assim que a pessoa não se protegeu ou então não sabia que a outra pessoa tinha, né? . Que fica transando com um e com outro. Nã! . Sempre eu digo à minha filha, eu digo: “Ô, você tenha cuidado com as doença, com os bucho e com aids e trazer aqui pra casa”. Eu digo, né? . Lá onde eu moro tem uma, doente de aids, e enganou, fica só “impestando” e o homem também.

4.2.5 Percepções sobre sexualidade

Esta categoria apresentou um total de 296 unidades de análise. A subcategoria heteropercepção representou um percentual de 33,4%, enquanto que a subcategoria autopercepção representou 66,6% do total. Denota-se que, em ambos os grupos, a categoria mais realçada foi a autopercepção. A verificação deste fato leva a refletir acerca da necessidade dessas mulheres, de ambos os grupos, de falarem sobre sua sexualidade. Percebe-se, na maioria dos casos, uma premência em discorrer sobre o assunto, mesmo que de forma indireta. Os tabus e mitos que envolvem o tema na terceira idade e transformam o assunto em algo sujo e imoral, impedem que esses indivíduos falem de seus medos, de suas angústias e anseios. Além disso, os serviços não dispõem de espaços de escuta adequados para esse fim, dificultando ainda mais o acesso a essa forma de terapêutica.

O cálculo do qui-quadrado, com nível de significância de 5%, comprova que não há diferenças estatísticas consideráveis, na comparação dos dois grupos.

Tabela 6 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de percepções sobre sexualidade, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009

SUBCATEGORIA	CD	%	SD	%	TOTAL	%	X ²
Auto-percepção	89	73,6	108	61,7	197	66,6	-
Hetero-percepção	32	26,4	67	38,3	99	33,4	-
Total	121	100,0	175	100,0	296	100,0	4,5

(p = 0,033)

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: p < 0,05

– AUTOPERCEPÇÃO

A subcategoria autopercepção estruturou-se a partir de um eixo principal, a percepção de si mesmo como um ser sexual. Observou-se que essa percepção está associada a sentimentos românticos de amor e compromisso e, na maioria dos discursos, ao ato sexual propriamente dito: *É encontro mesmo de almas, quando*

tem, quando há a conexão e, pra mim, é com intensidade a sexualidade, né? [...] A sexualidade acho que é o ato do sexo, né? [...]

A noção da vivência responsável da sexualidade está presente nas falas, associada à confissão de culpa de não ter tido atitudes condizentes com essa percepção, culminando com a infecção pelo HIV/aids: *Sexualidade é bom, mas, com muita responsabilidade.*

Para as mulheres com diagnóstico de HIV/aids o sexo representa a própria doença, sendo difícil para muitas delas continuar a ter uma vida sexual ativa, sem medo e como fonte de satisfação: *Sexo é uma coisa bonita, não pra mim, porque eu acho que o sexo é bonito, quando existe amor, quando não existe doença. [...]*

É comum nas falas de ambos os grupos, demonstrações de tristeza e decepção: *Pra mim, sexo eu nunca achei bom. Por causa que nunca achei vantagem. [...] Que você é retribuída, que não é decepcionada, que não é discriminada, a sexualidade faz parte de uma vida bem legal, mas, quando é com problema, ela deixa de ser legal, né? [...]*

Essas vivências da sexualidade inferem novas representações da existência dos sujeitos, considerando que está implícito nas falas a dor e o sofrimento vividos nestas experiências.

Mais uma vez, encontramos a forte influência cultural no discurso das mulheres investigadas, representada nas falas que atribuem culpa ao comportamento sexual da mulher: *[...] As mulheres não sabem mais se comportar, não. [...] O que não pode é tá saindo com todo mundo, porque isso é muito feio, acaba com a imagem da mulher.* E, além disso, determinam a necessidade de um único parceiro sexual, sob pena de perder o respeito de todos e a própria saúde: *[...] Aí, eu não tenho marido, como eu tinha de primeiro, sabe? Sou viúva. [...] Assim, questão de parceiro, você saber com quem está, né? [...] A pessoa deve ter um marido, um companheiro.*

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA AUTOPERCEPÇÃO

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Tá tão diversificado, tá tão misturado, homem querendo ser mulher, mulher querendo ser homem e ainda não se aceita. . E aí, não tem o diálogo de dizer assim: “Olha, eu exijo que você me respeite. Pode ficar com mil, lá fora. Agora se cuide, pra não adoecer e trazer a doença para mim. E faça tudo pra que eu não saiba”. Porque tem aquele ditado que diz: o que o olho não vê, o coração não sente. E é verdade, e é verdade. . Aí, é a maior alegria, o maior amor pra eles que é jovem, né? . Eu acho sexo normal. . Arraijada como é, é arruiada de emoções, de amor, de cumplicidade. . É. Eu acho que é necessário, mas, não é fácil, porque as pessoas, hoje, estão banalizando o sexo, né? . Sexualidade não é um homem e uma mulher? Não é um relacionamento? . Porque a sexualidade, eu vejo assim, é o sexo, é a vida sexual, e isso é coisa que não me interessa e procuro nem falar sobre isso. . Eu acho que não era para ter, mas, eu sei que é uma coisa natural, que é uma coisa do ser humano, né? . E por que, a gente, ser humano, tem que ter esse sentimento de uma relação sexual? Que você tem que receber um homem? Uma coisa assim, carnal, se a gente pode viver sem ele? . E acho que a pessoa não vai se aproximar de alguém perguntando. Mete a cara naquele relacionamento... Em quatro ou cinco anos a pessoa até sumiu da sua vida. Você não sabe como foi, aonde foi, com quem foi.	. Sexualidade é comum, porque todo mundo faz, né? Só isso. . As pessoas tão fazendo, assim, como se fosse uma brincadeira, mas é coisa séria. . A gente tem que se cuidar mais, no mundo que nós tamo. . Com amor, com carinho, sem esse “negoço” de grosseria, de agressão, né? . Se manter distante de certas coisas que possa afetar um problema grande na saúde, né? . Saber com quem, com quem a pessoa tá naquele momento, se é uma pessoa sadia, de confiança, uma pessoa que guarde segredo. . É bom e é sério. . É... Acho que é sexo, a pessoa ter sexo. (Risos) . Eu não sei como tem pessoas que se casam sem amor, que transam sem amor, como pode? Isso é um absurdo. . Então, eu não sei como uma pessoa pode agir assim, ir pra cama sem ter amor. Mas, o pior é que a gente vê que só isso acontecendo. Infelizmente, né? . E outra, eu tenho a impressão que é bom quando a gente, as pessoas se amam, né? . Eu acho que a vida a dois é muito séria, né? .

– HETEROPERCEPÇÃO

Com apenas 33,4% do total das unidades temáticas (32 unidades no grupo das mulheres com diagnóstico e 67 no grupo das mulheres sem diagnóstico), novamente se percebe a dificuldade em traduzir a percepção do outro para as mulheres dos dois grupos.

Apesar de tentarem traduzir essa percepção do outro, as falas vem carregadas das opiniões emitidas na subcategoria da autopercepção, em ambos os grupos: *Mas, hoje, os jovens, a gente já percebe que eles vêem a sexualidade como uma forma tão banalizada, que não tem mais a relação afetiva, aquela consideração. [...] Eu acho que pras outras pessoas eles pensam que é como se fosse uma*

brincadeira... [...] Ah... Pras outras pessoas que acham que se relaciona somente a sexo, né? [...].

Avalia-se que há uma fusão da heteropercepção com a percepção própria da mulher investigada, pois, é mais simples e menos comprometedor expressar as próprias convicções travestidas nas convicções de outrem: *Eu não sei, porque muitas pessoas acham que o sexo, hoje, tá muito, como é que se diz, muito fácil. Eu acredito que seja isso. [...] É um povo doido por homem. [...] Muitas vezes nem conhecem o outro direito e se deitam com ele.*

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA HETEROPERCEPÇÃO

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Hoje, eu acho que eles estão um pouco vazios, porque eles não se... Eles não se dão a abertura para receber e nem pode dar o que eles não têm, porque não receberam. . Confundem sexualidade com muita liberdade, libertinagem, essas coisas assim. . Eu acho que hoje, o pessoal tá muito banalizado com a história da sexualidade, né? . Eles podem ver essa sexualidade como ter uma relação íntima com o outro, ou se é uma coisa mais além. . Não tem sinceridade, sentimento. . As pessoas estão muito soltas, tão muito independente, tão muito descompromissadas. E aí, já não é a minha linha.	. Ah... As pessoas dizem: “Eu acho muito bom. Eu acho muito bom ser casada, ter sexo”... . Eu acho que tão é doente (risos), porque inté na frente da gente conversa esse tipo de coisa que nem me interessa ouvir. . Ah, minha filha, a gente vê tanta mulher que não se dá valor, né? . Bem, acho que as outras pessoas banalizam o sexo, né? . Porque é uma coisa tão bonita, só que elas não tão mais nem aí. . A gente vê até mulher dando em cima de homem casado, na maior cara de pau... . Tem umas que passam sem. (sexo) . Tá presente demais. Na minha vida? Não! . Quem sabe eles não fazem e depois, dá fé, taca os pé nas venta, deixa, aí não é chato? . Hoje, num tem carinho, só paixão. . A pessoa não aproveita nada, se entrega logo de uma vez àquele homem, aí, acontece.

4.2.6 Vivências da sexualidade

Nesta categoria temos as unidades de análise que mostram como as mulheres participantes do estudo manifestam suas vivências como seres sexuais, dando a conhecer sua exposição às influências culturais que envolvem gênero, idade e o próprio HIV/aids.

Tabela 7 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de vivências da sexualidade, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009

SUBCATEGORIA	CD	%	SD	%	TOTAL	%	X ²
Influência sociocultural	42	15,1	50	25,3	92	19,3	-
Na terceira idade	86	31,0	146	73,7	232	48,8	-
Com HIV/aids	150	53,9	2	1,0	152	31,9	-
Total	278	100,0	198	100,0	476	100,0	17,445

(p = 0,000)

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: p < 0,05

Na tabela 7 temos uma análise estatística dos dados em questão, com um qui-quadrado que mais uma vez mostra que não há diferença importante no comparativo dos dois grupos. Apenas a subcategoria com HIV/aids (53,9% e 1%) mostraram diferença significativa.

– VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE ANCORADAS NA INFLUÊNCIA SOCIOCULTURAL

As unidades temáticas aqui apreendidas falam da questão de gênero a que está submetida a mulher, principalmente aquelas na faixa etária aqui investigada. Como se pode ver, elas falam de uma cultura que tratou o sexo como algo sujo e imoral, criado apenas para promover a perpetuação da espécie, o que trouxe grandes dificuldades para suas relações futuras: *Então, eu venho de uma cultura, que a sexualidade era seboso, era nojentoso, era... né? Eu não sei o que eles queriam passar com isso, porque prejudicou muito o relacionamento.*

Essa mesma cultura preconizava que as mulheres deviam ser submissas a seus maridos, respeitando-os, servindo e aceitando-os com todas as suas limitações, incondicionalmente: *Nunca fui uma mulher que eu negasse para ele. Graças a Deus, do jeito que ele me procurava, eu servia a ele “direitinho”. [...] E a gente é casada, tem marido, o marido não compreende a gente, e na hora que precisa, naquela hora quer que a gente seja satisfeita? [...]*

A vivência sexual da pessoa idosa está longe de ser compreendida e aceita pela sociedade como algo saudável e natural. O preconceito e a falta de

informação reforçam o estereótipo da velhice assexuada, acarretando atitudes e comportamentos que podem elevar a vulnerabilidade do idoso frente às questões como a aids (PROVINCIALI, 2005).

A dificuldade com o uso do preservativo é outro aspecto encontrado nessa subcategoria, com influência direta na temática de nossa investigação. Nota-se, no discurso desses atores sociais, a depreciação acerca da importância dessa prática, tendo seu valor reconhecido entre as mulheres com diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids, mas, sendo praticamente banida do discurso das mulheres sem diagnóstico.

Como viveram em uma época em que não era permitido à mulher ter mais de um parceiro e lhe era imposto que confiasse incondicionalmente no marido/parceiro, percebe-se a dificuldade em negociar o uso do preservativo: *Mas, eu não tinha coragem de questionar a ele o preservativo. [...].* As mulheres com diagnóstico relatam não querer mais se relacionar sexualmente por não terem como explicar o uso do preservativo, sem revelar sua condição de soropositividade: *Porque se eu fizer isso com ele, né? Sempre eu vou usar preservativo. Ele vai perguntar um dia, por que eu fico exigindo preservativo, né? Aí, claro que ele vai desconfiar de alguma coisa, né? Aí, eu prefiro não ter mais ninguém na minha vida, não. [...].*

Mack e Bland (1999), em pesquisa realizada nos EUA, também encontraram maior número de relatos de dúvidas referentes à efetividade do preservativo na prevenção da infecção pelo HIV pela via sexual entre os indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, sobretudo entre as mulheres, e o nível de conhecimento sobre o assunto decresceu com o aumento da idade.

Essas mulheres chegaram a um momento da história em que o sexo acontece de forma mais permissiva, para ambos os sexos, com amplas possibilidades de uma vida sexual mais livre e por mais tempo de suas vidas. E elas passaram a vivenciar esse momento sem conhecer ou ter familiaridade com o uso do preservativo (masculino ou feminino), mesmo sendo essa uma das principais formas de se prevenir do HIV/aids.

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA INFLUÊNCIA
SOCIOCULTURAL

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Bom, na minha geração que eu posso falar, né? Perto dos 60. Eu acho que é na mesma ótica, né? . Não, sempre tive dificuldade de falar a respeito. . Porque eu acho que, hoje em dia, é difícil para a minha cultura, ter um relacionamento. . É só com relação a ter alguém que tivesse, que teria que..., né? Tinha problema, porque é lógico que alguém não iria aceitar. . Se ele tivesse se prevenido, nem eu tinha descoberto a traição, nem tinha adquirido essa doença. . Me separei por isso. Porque ele era um homem muito mulhereço, sabe? . Aí, eu tenho medo do meu companheiro não querer usar preservativo, e eu me contaminar com outros vírus que existe, né? Hepatite, outras coisas mais, né? Aí, complicaria mais a minha situação, né? . Mas, só que ele me deixava em casa, ele ia andar com as outras, né? E, quando chegava, ia me usar sem camisinha, né? . Nunca foi de sair com mulher, por aí. Nem tinha droga, nem nada. Era um homem de Deus. . Pensa assim, mas, não é por aí, porque no meu caso, peguei sem... Nunca pensei que ele tivesse... Quer dizer, eu sabia que ele passava a noite fora de casa, mas, eu lá sabia que ele ia trazer isso pra mim, né? . “Eu só vou transar com você, se for com preservativo”, ele vai jogar a culpa dele para cima dela. Entendeu? . Sem camisinha. Ele num quer.	. Aí, ele disse assim: “Pra quê que eu vou usar camisinha?” E eu cheguei a engravidar da minha última filha e ele ficou foi me culpando na gravidez. “Você engravidou por que quis.” “Rapaz, eu como mulher, se tu me procurar, eu quero é ver se não posso te aceitar!” Cê ta entendendo? Quer dizer, ele não aceitava. (Que ela recusasse as relações.) . Ele usava, mas, botava o maior obstáculo. . Não na minha idade! Na minha idade, não! . Eu nunca fui doida por homem. . Minha criação foi outra, a gente tinha que se guardar, mas, agora tudo mudou. . Não faço sexo, porque eu sou viúva. . Não quero mais não, ninguém, graças a Deus. . Agora eu vou viver só pros meu filho, graças a Deus. Pras minhas missa e pros meus netos... . Como dona de casa, como uma pessoa responsável, que cuido das minhas responsabilidades e, pronto. . Eu não vou mentir pra você, não. Se eu fosse mais nova uns dez anos, eu acho que ia procurar um outro marido, porque parece que esse que eu tenho não tá me dando valor. Sei lá, não sei... . Porque a gente tano nova é uma coisa e tano numa idade dessa é outra, né? . Então, eu já tou mais velha do que nova, mas eu não quero mais essas coisa, não. . Como era antes?... Era bom, né? Tinha marido. . Era bom. Agora, o marido partiu para outra... . Como era antes?... Eu ainda era nova,...

– VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

Ao serem indagadas quanto ao que é sexualidade, as mulheres investigadas relacionaram imediatamente ao ato sexual que é lembrado hoje por essas mulheres como algo que passou, acabou. Muitas se referem a isso como um aspecto decepcionante de suas vidas: *Me decepcionei muito, também. [...] Ah, antes, eu vivia na ilusão de que era a melhor coisa, né? [...]*

As próprias mulheres entendem que não tem mais o direito de viver sua sexualidade de forma plena, ficando esse aspecto de suas vidas, restrito a um tempo distante de sua juventude, com um parceiro único que já se foi: *Foi bom. Quando eu era mais nova. Foi ótimo. [...] Hoje, tá mais velho. Parado. Depois da morte do meu marido, parou. [...]*

Segundo Maia e Pessoa (2009), a sexualidade humana interfere significativamente na qualidade de vida do ser humano, tendo em vista que, em geral, está relacionada a situações de bem estar pessoal, independentemente da idade.

Percebe-se aqui outra condição de discriminação em nossa sociedade, a díade envelhecimento e sexualidade. É de domínio público a ideia que apregoa o envelhecimento como um obstáculo à manutenção de uma vida sexual ativa, sem culpas: *Eu não tenho mais sexualidade e... isso me traumatiza, porque eu me vejo velha, todo mundo me chama de senhora e eu... [...]*.

Essa condição discriminatória é introjetada pelas próprias mulheres com 50 anos ou mais que refletem essa premissa em suas falas, definindo uma situação de autopreconceito aceita e validada: [...] *Depois, dos 60. Uma véia quente! Eu acho horrível! (Risos) Se aparecer que seja logo. Porque até agora... [...]* *Eu conheço pessoas com cinquenta anos que vivem assim. Uma vida de transa.*

Para as mulheres investigadas, manter a vida sexual é um desafio que enfrenta padrões de beleza inatingíveis e restrições preconceituosas: *Eu me vejo esquecida. [...]* *Eu sinto carências, necessidade, mas, eu me olho no espelho e digo: “Não, você não consegue mais nada. Só se for um troço qualquer, aí de esquina.” [...]*.

Algumas mulheres com diagnóstico de HIV/aids mencionam a vivência com outros parceiros e a vontade de continuar com uma vida sexual ativa, relatando o prazer que sentem em poder continuar ativas: *Quando eu encontrei essa pessoa que eu já tou a quatro anos, mudou muito. Assim, só em lembrar que eu, que eu tenho uma pessoa que vou me abraçar, que vou beijar, que vou me acariciar. Aquilo ali é um fortalecimento muito gostoso, é um prazer. [...]*. O mesmo não é perceptível entre as mulheres sem diagnóstico que ao falar de vivências sexuais sempre fazem referências ao marido, no passado: *Pra mim hoje em dia, não vale mais nada, já encostei há muito tempo. Sou só de Deus mesmo e acabou-se. [...]* *E eu num sinto nem falta, graças a Deus. [...]* *Meu marido e eu sempre nos demos muito bem. [...]*.

A relação conjugal de muitos anos é citada pelas mulheres sem diagnóstico como um entrave à manutenção de uma vida sexual satisfatória, percebendo-se nas falas a insatisfação contida e o desejo de recuperar essa condição de contentamento: [...] *Outra coisa, o meu marido, ele tem diminuído muito, assim,... sabe?*

De acordo com Maia e Pessoa (2009), a manutenção da atividade sexual do ser humano depende de diversos fatores, os quais se correlacionam entre si, tais como: características físicas, psicológicas, antecedentes pessoais, existência de um parceiro (a) e contexto sócio-cultural.

Porém, falar de sexualidade na terceira idade pode ainda parecer tratar-se de um tema polêmico, apresentando-se como uma alegoria sócio-cultural travada por preconceitos, seja por parte dos jovens, dos profissionais de saúde, ou até mesmo do próprio idoso (SALIMENE, 2003).

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Quando eu descobri que tinha HIV, já tinha um tempo que eu nem tinha mais relação sexual. . Apesar de eu só ter 50 anos, mas, já faz quase uns 20 que eu já não tenho mais ninguém. . Aí, eu num me lembra mais, não. Assim, né? . Eu num me lembro mais dessas coisa, não. . Eu gostei, gostava com o meu marido, né? . Ah... Era gostoso, eu me entregava com paixão, mexia no sangue, tá entendendo? . Era legal, mas ao mesmo tempo que era legal, a gente vê como era tudo uma loucura. . Eu tinha vida sexual, mas, não era muito, assim, aberta, não. . Foi muito bom quando eu me achava bonita, quando eu via os 'paquera', mas, é... . Assim, tem muitas pessoas que pensam que a sexualidade na mulher da minha idade fica ignorando. "Ai, porque essa mulher dessa idade ainda quer homem, não sei o quê, não sei o que..." . Ah, eu descrevo, assim, como se eu tivesse, assim, uns 25, 30 anos. . Normal, normal. Não mudou nada e, até assim, eu acho que mudou, me deu foi muito mais quintura. . Não é por causa disso, não. Porque eu vejo gente mais velha que eu, que tem namorado. . A minha sexualidade nunca mudou. . De mês em mês, dois meses, eu arranjo um paquera e, pronto, mas, de camisinha, né? Claro, né? . Eu procuro não falar muito sobre isso, não. Porque é um assunto que não me interessa muito. Eu não gosto muito de falar sobre isso, não.	. Pois, bem... É... Eu era... normal, mais meu marido, graças a Deus. . Mas, pra mim já foi bom! Ah! . Que elas se cuidem, que elas façam com cuidado, que eu já fiz e agora mesmo eu não tou fazendo porque não tá tendo condições, mas se tivesse eu ainda tava fazendo. . Como eu descrevo? Naquela época que eu "usava", que tinha meu marido... era uma coisa triste e, hoje, eu tenho me arrependido muito do que eu fiz pra trás. . Não dá pra fazer o negócio, não quero mais nunca. . Acabou. . Mas, não sei... se agora é bom ou não, não posso dizer mais nada. . Porque eu noto, assim,... Eu olho pra mim e sinto, assim, sou coroa, me sinto mal feita, devido as banhas, assim,... . A gente quase não beija mais... É uma coisa assim, tão... Tudo mudando, sabe? Tudo esfriando... . E outra que eu não tenho mais vontade de nada. . Eu conheço várias pessoas, até mulher, que dizem assim: "Mulher, o sexo não é tão besta, assim como tu pensa, não. A gente sai de camisinha e pode fazer o que quiser." . Com 62 anos, eu ainda tava fazendo sexo. . Não faço sexo. . Meu problema mais não é nem mais o sexo, é a brincadeira dos idosos. . Bem, minha sexualidade hoje é tudo muito normal, assim como era antes. . Meu marido viaja e chega no fim de semana, aí, a gente mata a saudade, né? Tem que ser, né? E é assim mesmo.

– VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE COM HIV/AIDS

No grupo das mulheres com diagnóstico encontrou-se 113 unidades temáticas e apenas 2 entre as mulheres sem diagnóstico que, apesar, de não vivenciarem a doença, referem-se a ela como algo que impede a prática sexual.

A maioria das mulheres relata não ter mais vida sexual após a descoberta do HIV/aids, algumas até revelam ser doloroso e sacrificante, sendo esse um entrave para a vivência de novos relacionamentos: *É uma coisa assim que me travou, que me marcou. [...] É doloroso pra mim, é sacrifício e eu acho que eu tou sendo muito ruim comigo mesma. [...] Talvez, eu pudesse ser mais carinhosa, pudesse ser mais atenciosa, coisa que eu não sou, e, às vezes, eu fico me perguntando se eu não tivesse o HIV, será que ia ser diferente, né? [...]*. O termo repugnância utilizado nas falas define bem o sentimento dessas mulheres quanto ao sexo, considerando que essa foi a via de contaminação de todas as mulheres do estudo.

O medo de contaminar alguém, aliado à dificuldade de usar o preservativo e de negociar seu uso também é fator que influencia a decisão dessas mulheres de não mais ter relações sexuais: *Eu acho que eu jamais teria coragem de transar com alguém, por isso que eu acho a sexualidade pra mim não existe, que mesmo me preservando com preservativo, não teria coragem de transar com ninguém, eu penso nele. [...]*

Nesta subcategoria procurou-se agrupar a vivência sexual anterior ao HIV/aids que levou à contaminação com o vírus. Como era de se esperar, não se encontrou referência no grupo de mulheres sem o diagnóstico.

As referências simbolizam histórias de vida em que relações amorosas foram frustradas pela decepção de se ver traída e contaminada, com uma doença que tem o significado de morte e sofrimento: *E a gente tava tão apaixonado, que eu nem me lembrei que existia aids. E, de repente, me frustrou. [...] Casei porque eu quis, porque eu gostava, mas,... a decepção veio, né? [...]*.

Para Lieberman (2000), a discussão sobre o uso de preservativo ou sobre os comportamentos de risco relacionados à infecção pelo HIV, entre o idoso e o

profissional de saúde, pode ser dificultada pelo fato de a mulher idosa não ter o hábito de discutir assuntos relacionados à sua sexualidade de maneira aberta.

A mesma situação é abordada por Coleman (2003), Moore e Amburgey (2000) ao discorrerem que, durante os encontros entre idosos e profissionais da saúde com frequência são abordados aspectos relacionados à saúde que são mais confortáveis de serem discutidos para ambos, deixando-se a temática sobre a aids sem abordagem.

É preciso aumentar a quantidade de informações básicas a respeito do tema “HIV/aids e população idosa”, pelo desenvolvimento de estudos que embasem o planejamento e a implementação de intervenções efetivas para diminuição de comportamentos de risco à infecção pelo HIV na população idosa (COLEMAN, 2003; LIEBERMAN, 2000).

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA VIVÊNCIAS DA SEXUALIDADE COM HIV/AIDS

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
<i>. É como se tivesse encravado, assim, essa doença, tivesse dito assim: Pronto, acabou o prazer pra ti, aproveitou, acabou.</i> <i>. Faço a minha cabeça para não despertar para esse lado. Tomo algumas coisas de redução de desejo, tomo suco de limonada, essas coisas.</i> <i>. Quero viver só, me divertir, passear, brincar, que é tudo que eu gosto. E botar a vida pra frente, só isso.</i> <i>. Aí, acabou que eu decepcionei. E num tou mais encontrando prazer, nem quem, nem como.</i> <i>. Em relação se houve ou não diferença depois da descoberta da doença? A diferença é que agora estamos usando preservativo, né? Só mudou isso, né?</i> <i>. E, realmente, foi esse home que passou esse pobrema pra mim. Eu gostei muito dele também.</i> <i>. Pessoa que eu gostava, um casamento sólido.</i> <i>. Era legal fazer sexo com ele! Mas, depois que eu me descobri soropositiva...</i> <i>. Aí, depois que minhas filhas ficaram independente, eu fui viver minha vida. Então, eu encontrei esse rapaz e era uma coisa de louco. A gente passava a noite inteira transando. No outro dia, eu ficava feito uma boba, pensando, lembrando... E a gente quer cantar, quer gritar, sabe? Mas, eu digo: “Puxa vida, nunca mais eu vou viver isso!”</i>	<i>. Se a pessoa tem essa doença, tem que ficar na reserva, não procurar.</i> <i>. Se for homem, do mesmo jeito, e se for mulher, do mesmo jeito, tem que se reservar.</i>

4.2.7 Percepções psicoafetivas

Aqui encontramos as unidades de análise que mostram como os sujeitos manifestam suas percepções psicoafetivas acerca da morte, do preconceito, do HIV/aids, da pobreza e do abandono. Encontrou-se 440 unidades de análise nos dois grupos, sendo 172 relativas a situações de apoio e 127 relativas ao medo do preconceito e da discriminação, representando juntas 67,9% do total. Em seguida, vem a subcategoria situações desamparo com 19% do total de unidades temáticas.

Ao aplicar-se o teste estatístico qui-quadrado, com nível de significância de 5%, comprova-se que a comparação entre os dois grupos não revela diferenças estatísticas.

Tabela 8 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de percepções psicoafetivas, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009

SUBCATEGORIA	CD	%	SD	%	TOTAL	%	X ²
Medo (morte, preconceito, discriminação)	154	49,3	17	13,2	171	38,9	-
Morte e HIV/aids	14	4,5	0	0	14	3,1	-
Situações de apoio e/ou desamparo	144	46,2	111	86,8	255	58	-
Total	312	100,00	128	100,0	440	100,0	9,375
							(p = 0,00)

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: p < 0,05

– PERCEPÇÕES PSICOAFETIVAS ANCORADAS NO MEDO (MORTE, PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO)

O medo de morrer acompanha o ser humano por toda sua vida, mas o surgimento de uma doença com um alto índice de mortalidade, carregada com estigmas de dor e sofrimento, já arraigados no senso comum, faz com esse medo

assuma significados diferentes. Nestes casos, a morte torna-se uma ameaça concreta, constante.

Aliado a essas questões, o HIV/aids ainda é uma doença incurável, o que faz com que a ideia da morte assuma o significado de uma sentença: *Tem diferença, sim. A diferença é que eu não sinto mais alegria, penso em morrer a qualquer hora. Deixar meus filhos.* [...].

Com base no fato das mulheres com 50 anos ou mais assegurarem que não há cura para a aids, Lima (2006) infere que os portadores do HIV/aids esperam e, por vezes, chegam a desejar a morte, pela certeza de que esta chegará brevemente. A autora deduz ainda que tais mulheres “concordam que a morte é melhor do que o convívio com a aids.”

O temor do preconceito e da discriminação acompanha a doença. O tema surgiu entre as mulheres de ambos os grupos, sendo mais forte entre aquelas que vivenciam em seu cotidiano situações que a expõem ao medo do abandono e da solidão.

Algumas mulheres com diagnóstico relatam ser estimuladas a manter sua condição de soropositividade em sigilo, seja de forma explícita, pela família e pelos serviços de saúde, ou de forma implícita, extraído da mídia ou do senso comum. Inferiu-se que isso pode agir como um entrave à percepção de vulnerabilidade individual e social, interferindo na forma como essas mulheres se previnem e se relacionam com o outro: *Às vezes, os filhos escondem, não diga e tal, não divulgue. [...] E o que é que o movimento de aids faz? Nada! Diz assim: “Nós temos que se esconder”. Outra coisa que o serviço faz no aconselhamento, né? “Não diga para ninguém!”* [...]

Além do estigma de dor, sofrimento e contágio inerente à presença do HIV/aids, o fato de ser uma DST, faz com que seja uma doença carregada de discriminação cultural, traduzida em uma qualificação simplista que apregoa sua presença como premissa para rótulos de promiscuidade e obscenidade: [...] *Que a gente é louca, quando pega isso.* [...].

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA MEDO (MORTE,
PRECONCEITO, DISCRIMINAÇÃO)

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Às vezes, eu questiono como é que é morrer? . E, além disso, né? Todo dia eu digo: "Meu Deus, cada dia que se passa mais velha, eu tou ficando". . Tou cada vez mais perto da morte, mas, seja o que Deus quiser. . Às vezes, escondem até mesmo a doença dos familiares. . Não, ainda não (sofreu preconceito). Não, como é que se diz, é porque eu não me exponho. Eu tenho muito cuidado, eu evito certas coisas... É isso. . Como não sabem de nada, me vêem como uma pessoa normal, como uma pessoa legal, como uma pessoa alegre, como uma pessoa que gosta de ajudar, como eu falei antes. . No começo, sofri muito com o meu preconceito, meu mesmo, porque eu tinha preconceito, porque meus netos chegava perto de mim, [...] . Se eu tiver sentada aqui no banco e eu disser que tenho aids, as pessoas olham para mim torto, mas, se eu disser que tenho tuberculose, que é muito mais transmissível, ninguém vai se levantar do lugar.	. É a morte. É a morte. E é isso. . Faz é... é morrer, mata mermo. . Cemitério. . Mas, o preconceito é o que acho que é o pior. . Parece que não procura... Ainda existe muito esse lado de preconceito. . Sabendo que a pessoa é desse jeito, já se afasta, pensa que é uma doença que pega assim, com o vento, mas, sendo que não é, né?

– PERCEPÇÕES PSICOAFETIVAS ANCORADAS NA MORTE E HIV/AIDS

Nesta categoria procurou-se agrupar as falas que se referem diretamente ao HIV/aids como sinônimo de morte, com toda a sua carga emocional de perda, sendo muitas vezes entendida como uma solução para a dor envolvida no processo de se sentir doente e abandonada: *aids pra mim é a morte. [...]. Eu não tenho família, não tenho ninguém. (Choro) Às vezes, eu penso mesmo em fazer isso. [...].*

Encontrou-se essa associação direta somente no grupo das mulheres com diagnóstico do HIV/aids, revelando que a convivência com a doença e com o doente, com todas as suas nuances, cala profundamente a ideia da morte próxima, do outro e de si mesma: *[...] Eu já fui a vários velórios de pessoas que morreram com essa doença, né? [...]*

Uma das falas muito impressionou por sua capacidade de traduzir o quão fortes são os sentimentos negativos de medo, angústia e dor que envolvem os indivíduos portadores do HIV/aids: *Eu me sinto a morte. [...].* A forte característica de

contágio da doença surge densamente, explicitando o quanto esses indivíduos se sentem responsabilizados pela transmissão do vírus, dando a entender que carregam em si a morte em potencial.

O saber do senso comum disseminado por instrumentos que atingem todas as classes sociais, como a mídia falada, permite essa associação do HIV/aids com a de morte, sendo freqüente fundamentar as falas com exemplos de pessoas que tiveram espaço na mídia por sua vida e por sua morte: *Porque eu o que passou-se com aquele menino, aquele Cazuya, num foi? Aquele Cazuya morreu. Acho... Dizem que foi de aids, num sei. [...]*

Lima (2006) traz essa discussão, ressaltando que a recordação de pessoas de vida pública, com destaque na mídia e que morreram pela infecção com o HIV/aids, reforça a crença de que não há cura, provavelmente por acreditarem que seu nível sócio-econômico superior lhes garantiria o acesso à cura, caso houvesse. Ainda segundo a autora, não importa o tempo passado desde a morte dessas pessoas, pois a imagem que associou aids e morte continua habitando o imaginário popular até os dias de hoje.

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA MORTE E HIV/AIDS

MULHERES COM DIAGNÓSTICO
. <i>Que o que eu vejo nas televisão, se a pessoa num tiver um tratamento direito, vai acabar com a morte, né?</i> . <i>Então, eu tenho visto pessoas que, de vez em quando, morrem. Aqui mesmo, em Fortaleza. O pessoal do interior, menas cultura.</i> . <i>E, também, venho pedindo a Ele, para eu também não me prender a essas coisas, porque dentro desse acidente que eu sofri (corte na cabeça, na RNP), tão pequeno, você fica! De repente, você se vê paralisada!</i> . <i>E me desprender mesmo desse mundo, porque assim, a vida, a gente não tem domínio sobre ela, né?</i>

– PERCEPÇÕES PSICOAFETIVAS ANCORADAS NAS SITUAÇÕES DE APOIO E/OU DESAMPARO

Essa subcategoria agrupou 58% das unidades temáticas (255) da categoria, sendo 144 do grupo de mulheres com diagnóstico e 111 do grupo de mulheres sem diagnóstico, apontando a relevância de determinadas condições de apoio ou desamparo na vida desses atores sociais.

Agrupar as falas que trataram de situações de apoio e de desamparo numa só subcategoria foi uma decisão que surgiu da reflexão do quanto essas situações estão separadas por uma linha muito tênue. A família que apóia é a mesma que não ouve os apelos implícitos de compreensão. A família, instituição indispensável para que o sentimento de solidão e abandono não se apodere do indivíduo, é a mesma que não compreende a angústia guardada em seu âmago: [...] *Minha família nunca me desprezou. [...] Eu fui abandonada por causa do vírus. [...] Meus filho tudo me deram gosto, me deram alegria. E tanto faz as filha mulher, como os filho homem.*

Relacionando esta abordagem ao envelhecimento, encontramos em Minayo e Coimbra Júnior (2004), que o ciclo biológico para o ser humano é constituído por várias etapas que são social e culturalmente construídas. As diversas sociedades constroem distintas práticas e representações sobre a velhice, posição social dos velhos na comunidade e nas famílias, assim como o tratamento que lhes deve ser dispensado pelos jovens.

Segundo Vieira, Lopes e Shimo (2007), a família e os profissionais de saúde desempenham grande importância no movimento do auto cuidado, descoberta, diagnóstico e aceitação da doença, além do entendimento de que apesar da possibilidade que algumas mudanças ocorram para se adaptar à sua nova condição, a qualidade de vida pode ser mantida.

As mulheres do grupo que tem diagnóstico referem a importância das redes de apoio às pessoas vivendo com HIV/aids. É notória a diferença em termos de informação das mulheres que são vinculadas a esses grupos, daquelas que não tem vínculos sociais com grupos específicos, informações essas relativas à doença em si e ao exercício de cidadania, direito de todo ser humano, independente de sua condição: [...] *É... chamado de movimento de Mulheres Cidadãs Positivas. É um movimento de nível nacional e tem em todos os estados brasileiros.*

A rede de apoio às pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) engloba serviços públicos de saúde e um conjunto de ações desenvolvidas pelas organizações da sociedade civil. No campo dos serviços de saúde, tem-se Hospitais-Dia, Serviços de Assistência Especializada em HIV/aids (SAE), Centros de

Testagem e Aconselhamento (CTA), além de toda a cobertura oferecida pelo Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2010).

No âmbito da sociedade civil, existe uma gama de ações desenvolvidas por meio de atividades regulares tais como: assistência jurídica, apoio psicológico, grupos de adesão ao tratamento, assistência domiciliar e visitação hospitalar, atividades de geração de renda, centros de convivência e outros. O trabalho das Organizações da Sociedade Civil (OSC) vem facilitando a inclusão social das pessoas vivendo com HIV/aids e a melhoria da qualidade de vida, assim como a articulação em termos de recursos comunitários locais (BRASIL, 2010).

Dessa forma, entendemos que compreender os anseios dessas mulheres que enfrentam, a uma só vez, a agonia de envelhecer numa sociedade que endeusa a juventude e de ser portador de uma doença com um alto índice de morbimortalidade, com uma imensa carga de preconceito é a única maneira de dar o suporte adequado no enfrentamento dessa carga emocional.

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA SITUAÇÕES DE APOIO E/OU DESAMPARO

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Aí, eu vou pra casa das filha, uma me dá um almoço, outra me dá outro. E, assim, eu vivo passando. . As pessoas, às vezes, perguntam: “Pra que tu quer estudar nessa idade?”. Pra mim, não tem idade pra estudar. . Eu sou uma pessoa... É como eu tava dizendo, se eu num fosse da igreja, acho que eu já tinha era... pirado. . Sim, faço tratamento no São José. Sou muito bem assistida. Muito bom, graças a Deus. . Dinheiro é só pra pegar o ônibus, pra pegar medicamento. Eles dão tudo. . Carência afetiva, dificuldade financeira, muito tratamento médico, muito remédio, muita fragilidade mesmo geral na minha vida. . Eu pensava que tinha um futuro pra frente, né? (Choro. Silêncio) . Às vezes, fico com muita solidão, porque eu tenho uma filha, mas, não vive comigo, vive junto com um cara. . Num recebo nada, não recebo uma cesta básica.	. Ninguém vive sem precisar de ninguém. . Mas, depois, Deus acabou com esse sofrimento. Mas, eu não conhecia o poder de Deus, ainda... . Estudo, graças a Deus. . Minhas vizinhas tudo diz assim: “essa nêga faz tudo porque tem saúde”. . Hoje vim pro meu médico, ele disse que eu tou ótima e tudo. . Eu tou viajando, eu saio. Tudo isso. . Minha vida boa é agora, né? Melhor de que antes, que só cuidava de menino. . Eu tô aposentada, cuido do meu netinho de três anos... É a coisa mais linda! . A minha vida é muito ruim... sobre... em casa. . Não tenho mais ninguém, a não ser meu filho. . Atualmente... eu vivo assim, participando de grupo, porque eu não gosto de ficar em casa só, porque eu tenho problema de solidão, sabe? . Tenho problema de ansiedade. Meus filhos “é” tudo ausente, só vem em casa numa quarta ou num domingo, né? . Aí, tem pessoas que deixam a gente com o astral lá embaixo. . Eu não tenho diversão, não tenho nada.

4.2.8 Além do HIV/aids

Abrange as unidades de análise que mostram como os sujeitos representam sua própria vida, sua vivência e seu cotidiano familiar, despidendo-se de sua privacidade e falando de sentimentos que a remetem a uma realidade que se distancia do HIV/aids. A subcategoria vivências familiares agruparam 174 unidades de análise (56,5% do total), revelando novamente a importância do apoio familiar para as mulheres em processo de envelhecimento, independentemente da presença ou não de diagnóstico.

Tabela 9 – Distribuição das frequências, percentuais e qui-quadrado da categoria e das subcategorias de além do HIV/aids, segundo os grupos com e sem diagnóstico de HIV/aids, Fortaleza/Ceará, 2009

SUBCATEGORIA	CD	%	SD	%	TOTAL	%	X ²
Condições socioeconômicas	46	33,8	14	8,2	60	19,5	-
Cotidiano familiar e drogas	39	28,7	35	20,3	74	24,0	-
Vivências familiares	51	37,5	123	71,5	174	56,5	-
Total	136	100,0	172	100,0	308	100,0	6,065
							(p = 0,013)

Fonte: Elaboração própria.

Obs.: p < 0,05

– ALÉM DO HIV/AIDS – CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

Por vivermos em uma sociedade onde tudo envolve o poder do capital, surgiram constantemente nesse estudo, em ambos os grupos, situações que envolvem as condições financeiras das mulheres em questão, situações essas que estariam ou não agravadas pela condição de adoecimento: [...] *Tudo a gente precisa de dinheiro. [...] Se eu disser a você que eu passo, eu passo. Eu passo fome.*

É perceptível nas falas, o sofrimento causado pela dependência financeira, expressa como uma condição de submissão dessas mulheres, acentuando a pesada carga inerente ao envelhecimento e ao adoecer.

O nível sócio-econômico dos sujeitos da pesquisa expôs que o aspecto financeiro em muito contribui para que essas mulheres tenham as suas dificuldades

acentuadas. Aliado a isso, a condição de envelhecimento, que traz consigo limites e incapacidades, impede a inserção no mercado de trabalho exacerbando as dificuldades financeiras e a dependência de outros, valorizando em demasia as ações governamentais de apoio, como a aposentadoria e os programas sociais de auxílio: *Aliás, o normal é a mãe ajudar os filhos e não o contrário, né? [...]*.

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Meus filho é tudo necessitado. . Tem vez que lá em casa, nem café eu num tenho, nem açúcar eu tenho. . É contando com amigo, aqui e acolá, escapando. . Eu tenho uma casa de três cômodos, três, acho que cinco cômodos. Também não é tão pequena, mas a bem destiorada. E isso tem me preocupado.	. Eu não tenho condições de pagar uma empregada. . Trabalho demais, porque tenho dois empregos pra poder sustentar minha família, né?

– ALÉM DO HIV/AIDS – COTIDIANO FAMILIAR E DROGAS

A forte influência das condições sociais na vida dos seres humanos é perceptível nas falas dessas mulheres que convivem em seus cotidianos com familiares (filhos, sobrinhos) em situações de uso de drogas lícitas, como o álcool, e ilícitas, como a maconha, levando essas mulheres a conviverem com situações de extremo sofrimento como assassinatos de filhos ou perda de bens para consumo de drogas. Porém, mesmo em situações de extrema aflição, a condição inerente ao fato de amar incondicionalmente dá conforto e alento, permitindo a percepção de ser e estar inserida: *Eu saí da minha casa, porque num aguentava, porque ele se drogava. Mas, eu amo meu filho, assim mesmo. [...]*.

Apesar das diferenças apresentadas pelas mulheres dos dois grupos, apreendidas e comentadas ao longo do estudo, se nota nesta subcategoria as semelhanças existentes entre essas mulheres quando se refere à sua condição de maternidade. Cuidar dos filhos, acompanhá-los em suas tentativas de superação faz parte do cotidiano de todas essas mulheres, levando-as a repensarem suas crenças e refazerem caminhos por muitas vezes percorridos ao longo de suas existências. Isso permitiu uma reflexão acerca da necessidade de todos os indivíduos estarem

sempre prontos a percorrer novamente os mesmos caminhos para rever conceitos e redirecionar ações em nome de si mesmo ou de outrem.

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA COTIDIANO FAMILIAR E DROGAS

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
<i>. Tiraram a vida dela, porque se misturava com gente sem futuro.</i> <i>. Só tem um que tá dando um problema, negócio de... de... de maconha, né?</i> <i>. Eu tou indo... Eu era católica, eu tou até indo pra igreja, porque ele quer ser crente, né?</i> <i>. Ele vendeu (o botijão de gás), eu não estava em casa.</i> <i>. Era porque antes eu tinha um irmão que era alcoólatra. Sofri muito por conta disso, né?</i> <i>. Até meu marido tá trabalhando agora, porque antes ele não trabalhava, só vivia em casa e bebia muito.</i>	<i>. Em nome de Deus, ele não vai sair do emprego e vai sair desse vício, né? Pois é.</i> <i>. Aí, o meu problema é com esse que meu filho tá me dando, mas, se Deus quiser, ele vai...</i> <i>. Minha filha reclama que eu sou muito besta pra ele, num sei quê. Quer que eu jogue ele fora, jogo não. Que é filho, né, menina?</i>

– ALÉM DO HIV/AIDS – VIVÊNCIAS FAMILIARES

Como já referido anteriormente, esta subcategoria abrangeu 56,5% do total das unidades temáticas dessa categoria, permitindo inferir que essas vivências são consideradas como a principal referência do ser humano independentemente de sua condição social, econômica ou de saúde. Das 174 unidades encontradas, 123 foram referidas pelas mulheres sem diagnóstico, deixando entrever que as mulheres que vivenciam a realidade do HIV/aids tem uma maior necessidade de olhar para sua própria condição, precisando encontrar nessa vivência, uma fonte de apoio.

Saber-se inserida em um contexto familiar, mesmo que não haja o ideal de família propagado pelo senso comum, faz com que essas mulheres se sintam parte de algo conhecido, que dá suporte e encoraja: *A gente é mãe. [...] Lá em casa, sou só eu e minha filha. Só saio, às vezes, pro passeio, aqui. Que eu quero vim e ela me traz. Só somos nós duas. [...] A minha vida? Eu tou vivendo com quatro irmãs. Tou muito feliz!*

Em contrapartida, é percebido nas falas que grande parte do sofrimento dessas mulheres advém de situações familiares adversas que fazem com assumam papéis que podem ir além de sua condição atual: *Aí, é assim, mulher, eu tenho um filho que também é doente, perturbado da cabeça. [...].*

Dessa forma, reforça-se a necessidade de trabalhar com essas mulheres, olhando-as como seres únicos e inteiros, que chegam até os serviços, impregnadas por suas experiências e conhecimentos que as tornam mães, filhas, esposas, mulheres, sendo imperioso considerar suas vivências pregressas, para oferecer-lhes um cuidado que preencha suas necessidades individuais, independente de suas condições de adoecimento.

UNIDADES DE ANÁLISE TEMÁTICA DA SUBCATEGORIA VIVÊNCIAS FAMILIARES

MULHERES COM DIAGNÓSTICO	MULHERES SEM DIAGNÓSTICO
. Dizer o quê? Não, eu não estou muito feliz, porque eu tinha... a mãe dessa menina faleceu. . Porque o menino tem um fastio horrível. Aí, pronto. . Graças a Deus, meus filho veve bem. . Três filhos homens. Dois casado e um solteiro. O solteiro vem agora... em julho e o casado vem agora em janeiro. . Aí, chegava lá em casa (o companheiro), tudo que a gente fazia era ruim pra ele. Chegava um pedia a ele tanto, pegue tanto, dava. Quero tanto, ele dava. Chegava no dia num tinha mais. O que é isso, rapaz, que tu tá fazendo? . Aí ele foi e disse: eu vou vender a casa. Como é que você vende, se a casa é no meu nome? E tudo é meu. Nunca botou nada pra dentro de casa, principalmente a casa que foi eu que comprei. A casa é minha. . Aí meu marido disse: aí, você é minha família. Eu disse: ah, é? Agora? Ele disse: É. Você é minha família. . Já vai fazer dois mês. Num veio mais nem ver a menina. Num traz nada pra menina.	. Ele tinha problema de pressão e uma tal de "neuralgia" que ele se esqueceu de tudo. Eu era quem dava almoço na boca dele, quem banhava ele, quem fazia tudo pra ele. . Sempre disse assim: "Olha, seu pai. Respeite seu pai. Ele é seu pai." . Dediquei minha vida somente ao meu filho, somente a ele... . Já sofri muito na minha vida, né? Na gravidez, já cuidava do meu pai. . Não, é assim... "mãe coruja", sabe?... . Meus filhos estão bem, só dão um pouco de trabalho, sabe? Mas, tão muito melhor, muito mesmo. . Como? A minha vida? Minha filha, vou dizer pra você. Minha vida, tirando os problemas da casa, da casa, não, dos netos, né? Dos netos, a minha vida é muito boa. . Fico gastando meu dinheiro com ele, com as pessoas que não são nada meu. . Eu sou amiga dele. É o pai do meu filho. Meu filho é amigo do pai dele. . Eu significava pra ele apenas uma pessoa que ele tinha afeição, não era amor, sabe? . Eu vivo com esse há vinte e um anos. . Sei, não. Namorei com o meu marido 6 anos, num é 6 dias. Nessa época, num tinha telefone, os transporte era difícil. . Eu sou assim... moro com o pai do meu filho, mas a "gente somos" intrigado, a gente fala só assim... . Tem os defeitos dele, tem o lado ignorante. Tem dias que a gente briga, tem dias que eu passo até dois dias sem se falar com ele.

5 MARCADORES DE VULNERABILIDADE AO HIV/aids

5 MARCADORES DE VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS

Os quadros a seguir, apresentam os marcadores de vulnerabilidade apreendidos pela análise das condições e características associadas à vulnerabilidade para o HIV/aids das mulheres que fizeram parte do estudo, classificados nas dimensões individual, programática e social.

Salienta-se que, ao identificar os marcadores, distinguindo-os pelos sub-grupos da pesquisa (mulheres de 50 anos ou mais com e sem diagnóstico de infecção pelo HIV/aids), observamos que, aqueles identificados no grupo das mulheres que possuíam o diagnóstico foram bem semelhantes aos identificados no grupo das que não possuíam diagnóstico, estando as diferenças mais acentuadas, fundadas nos aspectos relativos à doença.

A seguir, apresenta-se o quadro relativo aos marcadores de vulnerabilidade da dimensão individual ao HIV/aids de mulheres com 50 anos ou mais com e sem diagnóstico.

Dimensão Individual	
Mulheres com diagnóstico de HIV/aids	Mulheres sem diagnóstico de HIV/aids
Conhecimentos e significados - Adoção e manutenção de práticas sexuais de risco <i>* Não usar preservativo em todas as relações sexuais, inclusive com parceiro único e fixo.</i> - Hábitos de vida inadequados como alimentação e higiene <i>* Condições socioeconômicas insuficientes.</i> - Falta de reconhecimento da condição de vulnerabilidade <i>* Confiança no parceiro, mesmo consciente de sua infidelidade.</i>	Conhecimentos e significados - Adoção e manutenção de práticas sexuais de risco <i>* Não usar preservativo em todas as relações sexuais, inclusive com parceiro único e fixo.</i> - Hábitos de vida inadequados como alimentação e higiene <i>* Condições socioeconômicas insuficientes.</i> - Falta de reconhecimento da condição de vulnerabilidade <i>* Confiança no parceiro, mesmo consciente de sua infidelidade.</i>
Características pessoais e relacionais - Escolaridade <i>* Dificuldade cognitiva para compreensão das informações veiculadas.</i> - Idade <i>* Influências culturais importantes no que concerne à sexualidade e relações de gênero.</i> - Crença religiosa <i>* Influenciando de forma positiva, no que diz respeito a facilitar o enfrentamento.</i>	Características pessoais e relacionais - Escolaridade <i>* Dificuldade cognitiva para compreensão das informações veiculadas.</i> - Idade <i>* Influências culturais importantes no que concerne à sexualidade e relações de gênero.</i> - Crença religiosa <i>* Influenciando de forma positiva, no que diz respeito a facilitar o enfrentamento.</i>

Continuação...

Dimensão Individual	
Mulheres com diagnóstico de HIV/aids	Mulheres sem diagnóstico de HIV/aids
<i>* Influenciando de forma negativa, no que diz respeito à crença da cura divina com o abandono da medicação.</i> - Parceria conjugal <i>* Ausência de apoio do parceiro no que diz respeito ao casamento, à doença e todas as questões envolvidas numa relação a dois.</i> - Não possuir atividades de lazer - Não possuir atividades fora do lar (desemprego) - Preconceito e discriminação (envelhecimento e HIV/aids) Impacto do diagnóstico - Limitações impostas pela doença <i>* Dificuldades para se manterem ativas.</i> - Impossibilidade de cura Recursos disponíveis - Família, comunidade, sociedade <i>* Influência do apoio recebido por parte das instituições citadas.</i> - Presença/Ausência de círculo social <i>* Influência benéfica perceptível nas mulheres que possuem círculo social ativo.</i> - Ausência de projetos de vida e sonhos - Vivência da situação de morte <i>* Levando à desesperança ou aumentando a expectativa quanto ao que ainda há para viver.</i> - Modos de enfrentamento <i>* Condições de vida inadequadas.</i> <i>* Exercício dos direitos humanos e de cidadania.</i> <i>* Dificuldades de adesão ao tratamento.</i> <i>* Dificuldades em executar as ações recomendadas pelos profissionais.</i>	<i>* Influenciando de forma negativa, no que diz respeito à crença da cura divina com o abandono da medicação.</i> - Parceria conjugal <i>* Ausência de apoio do parceiro no que diz respeito ao casamento e todas as questões envolvidas numa relação a dois.</i> - Não possuir atividades de lazer - Não possuir atividades fora do lar (desemprego) - Preconceito e discriminação (envelhecimento) Recursos disponíveis - Família, comunidade, sociedade <i>* Influência do apoio recebido por parte das instituições citadas.</i> - Presença/Ausência de círculo social <i>* Influência benéfica perceptível nas mulheres que possuem círculo social ativo.</i> - Ausência de projetos de vida e sonhos

Quadro 2 – Marcadores de vulnerabilidade da dimensão individual ao HIV/aids de mulheres com 50 anos ou mais com e sem diagnóstico, atendidas no ambulatório do Hospital São José e participantes do grupo de idosos do Centro Social Aloísio Ximenes, Fortaleza/Ceará, 2009

Observamos, na dimensão individual, os marcadores: características pessoais e relacionais, conhecimentos e significados, impacto do diagnóstico e recursos disponíveis (pessoais e experiências que interferem no enfrentamento).

Os marcadores relacionados aos “conhecimentos e significados” atribuídos ao processo saúde e doença foram evidenciados de forma mais frequente nas mulheres sem o diagnóstico do HIV/aids, tendo em vista que as mesmas, além de não

conviverem com esta realidade em sua rotina diária, possuem conhecimentos insuficientes sobre a doença, resultado este comentado mais a frente.

De acordo com Takahashi (2006), a existência dos conhecimentos incorretos ou insuficientes torna o indivíduo vulnerável ao adoecimento e o expõe aos fatores de risco de diversas doenças. Assim, os significados atribuídos à saúde, acrescidos da ausência de sintomatologia e da manutenção da capacidade física e mental, interferem no reconhecimento do estado de “exposto” às vulnerabilidades ao HIV/aids.

Assim, a vulnerabilidade se estende a todos os indivíduos que, por alguma razão, têm dificuldades ou estão impossibilitados de decidir, isto é, têm pouca ou nenhuma autonomia. É comum fazer-se, assim, uma relação quase imediata entre os afetados em sua vulnerabilidade intrínseca e a diminuição ou ausência de autonomia. Dentre esses se incluem: os excluídos da sociedade de consumo, os empobrecidos sejam dos países de economia periférica ou não, as etnias culturalmente desfavorecidas, **os idosos**, indivíduos portadores de doenças físicas ou mentais, etc. Porém, o reconhecimento da vulnerabilidade deve ir além de uma simples relação entre autonomia e vulnerabilidade, pois ele é a consequência da compreensão da existência da pluralidade e diversidade contingente em todos os seres humanos (BRAZ, 2003).

Assim, de acordo com Nichiata et al. (2008), a vulnerabilidade individual diz respeito à mobilização individual de prevenção frente a um estado de risco. Envolve aspectos relacionados a características pessoais, ao desenvolvimento emocional, percepção do risco e atitudes voltadas à adoção de medidas de auto-proteção; bem como a atitudes pessoais frente à sexualidade, e conhecimentos adquiridos.

Já Ayres et al. (1999, p. 57) definem a vulnerabilidade individual com base em três pressupostos:

- 1) Todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV e suas consequências, e essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo em função dos valores e recursos que lhe permitam ou não obter meios para se proteger;
- 2) os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de vulnerabilidade a morbidade, invalidez ou morte, variável em função inversa ao amparo social e assistência à saúde de que dispuserem;
- 3) as condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamentais (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e sociais (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores).

Nesse contexto, podemos perceber como apenas informações sobre formas de transmissão e situações de risco podem ser insuficientes para a adoção de comportamentos protetores. Não basta informação, pois estar informado não significa necessariamente conhecer; estar ciente não significa necessariamente tomar medidas; decidir a tomar medidas não significa necessariamente fazer, tendo em vista a individualidade de cada ser humano, sendo este fato, comum aos dois grupos pesquisados.

Todavia, vale lembrar que, apesar de se ter ciência de que, no caso da aids, o grau de informação que um indivíduo possui sobre formas de transmissão e situações de risco não é suficiente para que passe a adotar um comportamento protetor, a falta de informações básicas contribui para aumentar a sua vulnerabilidade individual, situação que se percebe em maior relevância no grupo das mulheres sem diagnóstico.

Em alguns momentos, pode-se inferir que, o processo de envelhecimento interfere na autonomia, na tomada de decisões e na aquisição de informações que levem a uma diminuição da vulnerabilidade das pessoas. Segundo Paschoal, Franco e Salles (2007, p. 612), “[...] os idosos têm como parâmetro de saúde uma vida independente, sobre a qual possuam controle, sem a necessidade de serem cuidados”.

Porém, com o avançar da idade ocorrem perdas da autonomia e independência, o que acarretará maiores dificuldades para eles, sua família e sociedade. Assim sendo, na velhice, uma vida saudável está associada às condições de autonomia e independência.

Souza, Skubs e Brêtas (2007), em estudo que objetivou compreender o processo de envelhecimento no âmbito familiar, tomando como parâmetro a intergeracionalidade, mostra que a família assume grande importância no cuidado com o idoso, aumentando esta importância com o crescimento acelerado da população senil. Assim, faz-se necessário o entendimento, abrindo-se, então, oportunidades para estudos posteriores, de como a família está conseguindo ou não responder às necessidades dos idosos, tendo em vista as suas vulnerabilidades individuais, sendo este aplicável tanto às mulheres com HIV/aids, como às sem o diagnóstico da doença.

Quanto ao marcador “impacto do diagnóstico”, observou-se que as participantes tanto temiam a realidade da soropositividade, como relatavam temor ao saberem de tal possibilidade. Portanto, receber o diagnóstico soropositivo para o HIV acarreta, em um primeiro momento, grande impacto, despertando reações e sentimentos desestruturantes e acionando mecanismos de defesa a fim de fazer frente aos medos e angústias decorrentes do saber-se contaminado.

Ferreira (1999), em seu trabalho sobre violência aos direitos humanos entre indivíduos portadores do HIV/aids, afirma que não é de se surpreender que, diante do diagnóstico para a soropositividade, diversas reações e comportamentos dos sujeitos possam surgir, como medo da doença, vivências de culpas, ou medos relacionados às respostas sociais.

Em outro estudo, sobre as representações do HIV na terceira idade, a autora relata que entre os idosos que se descobrem portadores do vírus, há dois perfis clássicos: o homem casado que se contamina com uma parceira mais jovem e o das viúvas que redescobrem o sexo (FONTES; SALDANHA; ARAÚJO, 2006). Para a autora, a vida na soropositividade é representada pelos idosos como uma rotina que necessita de cuidados para não contaminar a família. Pode causar depressão, diminuir a qualidade de vida, juntamente com a capacidade de realizar tarefas, e exige aceitação das restrições, pois inclui um tratamento medicamentoso regrado.

Os idosos infectados pelo HIV ou mesmo com aids são geralmente isolados e ignorados. Apesar dos estereótipos, muitos idosos são sexualmente ativos, e alguns são usuários de drogas, conseqüentemente, seus comportamentos podem pô-los em risco para infecção de HIV (HIV/aids and older adults, 2007).

A caracterização dos marcadores relacionados aos “recursos disponíveis” deveu-se ao fato de que, os dois grupos de mulheres participantes do estudo ora não tinham conhecimento da sua vulnerabilidade ao HIV/aids, ora não a reconheciam, levando-se em consideração todos os seus aspectos deste marcador.

Os demais aspectos advindos destes marcadores, tais como: relações interfamiliares, redes sociais de apoio, aceitação do tratamento, dentre outros, também foram percebidos na categorização temática realizada através das representações sociais, fatos estes já fundamentados teoricamente.

Comentamos, ainda que, a percepção da aids nesse grupo etário, traz à tona certos hábitos até então não revelados, como a sexualidade, escondida na pele enrugada e nos cabelos brancos, onde a libido é traduzida pelo preconceito (GORINCHEYN, 2005).

A seguir, o quadro que diz respeito aos marcadores de vulnerabilidade da dimensão programática ao HIV/aids de mulheres com 50 anos ou mais com e sem diagnóstico.

Dimensão Programática	
Mulheres com diagnóstico de HIV/aids	Mulheres sem diagnóstico de HIV/aids
Estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde - Disponibilidade irregular de recursos para o diagnóstico precoce do HIV/aids na faixa etária em questão * <i>Despreparo profissional para considerar a hipótese do diagnóstico de HIV/aids nesta faixa etária, com influência cultural acerca da sexualidade</i> - Disponibilidade irregular de recursos para a informação com linguagem adequada aos indivíduos na faixa etária investigada Operacionalização das ações - Diagnóstico tardio do HIV/aids nas mulheres na faixa etária investigada - Implementação tardia de terapêutica medicamentosa, vinculada à demora no diagnóstico - Ausência de espaço para compartilhar medos e anseios - Desvalorização da escuta - “Imposição” de medidas de prevenção, desconsiderando as concepções acerca da problemática * <i>Dificuldades com a aceitação e uso efetivo de preservativos</i> - Desconhecimento de necessidades e alterações na saúde decorrentes do HIV/aids, extrapolando a esfera biológica - Impacto da doença na vida * <i>Ausência de intercâmbio entre instituições de saúde/profissionais e familiares/círculo social do indivíduo</i>	Estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde - Disponibilidade irregular de recursos para o diagnóstico precoce do HIV/aids na faixa etária em questão * <i>Despreparo profissional para considerar a hipótese do diagnóstico de HIV/aids nesta faixa etária, com influência cultural acerca da sexualidade</i> - Disponibilidade irregular de recursos para a informação com linguagem adequada aos indivíduos na faixa etária investigada Operacionalização das ações - Ausência de espaço para compartilhar medos e anseios - Desvalorização da escuta - “Imposição” de medidas de prevenção, desconsiderando as concepções acerca da problemática * <i>Dificuldades com a aceitação e uso efetivo de preservativos</i>

Quadro 3 – Marcadores de vulnerabilidade da dimensão programática ao HIV/aids de mulheres com 50 anos ou mais com e sem diagnóstico, atendidas no ambulatório do Hospital São José e participantes do grupo de idosos do Centro Social Aloísio Ximenes, Fortaleza/Ceará, 2009

Na dimensão programática, foram identificados os marcadores relativos à estrutura e dinâmica de organização do serviço de saúde e operacionalização das ações nos mesmos.

A aids é uma das poucas doenças que possui uma rede de serviços especializados de saúde. Todavia, os problemas advindos da forma de organização dos serviços de saúde são similares, se não os mesmos: a assistência é fragmentada, há sobrecarga de trabalho, o tempo de espera para o atendimento é prolongado, nem sempre o trabalho em equipe se faz presente e a capacitação dos profissionais é insuficiente (TAKAHASHI, 2006).

Quanto ao grupo sem diagnóstico, os marcadores identificados e mais citados, que acabam por tornar-se comuns na vida da população como um todo, estão relacionados à infra-estrutura, como: horário inadequado de funcionamento, número insuficiente de vagas para atendimento, duração insuficiente dos procedimentos, falta de integração da equipe, disponibilidade irregular ou limitada de recursos para o diagnóstico e para a prevenção da transmissão do HIV, divulgação insuficiente da importância do diagnóstico precoce e da existência de tratamento, inexistência de benefícios à pessoa com aids nos serviços de saúde.

Além de tudo, pensar na relação idoso e aids é atentar para a falta de uma política social e de saúde pública, assim como programas de prevenção, que venham a contemplar as especificidades, características e necessidades próprias desta população. A assistência à pessoa de terceira idade que convive com HIV/aids deve ser orientada por uma abordagem mais adequada, o que significa desvendar medos, preocupações e reações sociais próprias no enfrentamento do cotidiano, levando em consideração a realidade de vida do paciente.

Segundo Battini, Maciel e Finato (2006), é natural para o ser humano ser gregário, ou seja, há uma relação de interdependência nos relacionamentos. Devido a essa relação, cita um estudo de Freire (2000) que algumas variáveis aumentam a chance de adaptação no processo de envelhecimento. Dentre estas variáveis, pode-se encontrar a rede de apoio, pois se o indivíduo perde o contato com outras pessoas, o fato pode significar “reclusão e perda de interesse pela vida”, antecipando, assim, o processo de envelhecimento.

Portanto, a rede de suporte social é fundamental, de acordo com Araújo, Coutinho e Carvalho (2005), em termos de assistência às necessidades de um indivíduo, porém, deve ser bem elaborada e desenvolvida pela família para ser eficaz em sua atuação.

De acordo com Silvestre e Costa Neto (2003), são atribuições comuns da equipe de Saúde da Família, voltadas à pessoa idosa: a) identificar os problemas de saúde e de risco a que o idoso está exposto, elaborando um plano para o enfrentamento do problema; b) as relações interpessoais devem ser valorizadas com o idoso e sua família para criar vínculo, confiança, afeto e respeito, dentre outras atribuições.

O envelhecimento é uma experiência diversificada e sujeita às influências de diferentes contextos sociais, históricos e culturais. Assim, dependendo da época em que viveram sua infância e juventude, de seu estilo de vida, educação e maneira peculiar como estruturam seu curso de vida, diferentes pessoas envelhecem de maneiras diferentes (BASSIT, 2002; NERI, 1995).

A seguir, apresenta-se o quadro dos marcadores relativos à dimensão social das mulheres com 50 anos ou mais com e sem diagnóstico que fizeram parte do estudo.

Dimensão Social	
Mulheres com diagnóstico de HIV/aids	Mulheres sem diagnóstico de HIV/aids
Condições materiais de existência - <u>Existência e acesso insuficientes aos equipamentos sociais</u>	Condições materiais de existência - <u>Existência e acesso insuficientes aos equipamentos sociais</u>
Organizações sociais - <u>Pequeno alcance das campanhas, organizações governamentais e redes sociais de apoio</u> - <u>Condições de vida insuficientes</u>	Organizações sociais - <u>Pequeno alcance das campanhas e organizações governamentais</u> - <u>Condições de vida insuficientes</u>
Aparato jurídico-político - <u>Aparato jurídico-político insuficiente que garanta melhores condições de vida</u>	Aparato jurídico-político - <u>Aparato jurídico-político insuficiente que garanta melhores condições de vida</u>
Ideologia e cultura - <u>Gênero</u>	Ideologia e cultura - <u>Gênero</u>

Quadro 4 – Marcadores de vulnerabilidade da dimensão social ao HIV/aids de mulheres com 50 anos ou mais com e sem diagnóstico, atendidas no ambulatório do Hospital São José e participantes do grupo de idosos do Centro Social Aloísio Ximenes, Fortaleza/Ceará, 2009

Na dimensão social, observamos os marcadores condições materiais de existência, ideologia e cultura, organizações sociais e aparato jurídico político.

As “condições materiais de existência”, na dimensão social, foram salientadas a partir das características socioeconômicas e hábitos diários das mulheres participantes do estudo, principalmente relacionadas à escolaridade, situação de trabalho e alimentação, fatores já comentados e fundamentados anteriormente.

Buchalla e Paiva (2002) afirmam que a vulnerabilidade de um grupo à infecção e ao adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais que ampliam ou diluem o risco individual.

Além de trabalhar essas dimensões sociais, é um desafio permanente e de longo prazo, melhorar os programas de prevenção e assistência abrindo espaço para o diálogo e a compreensão sobre os obstáculos da prevenção e sobre o acesso e para as experiências diversas com os meios preventivos disponíveis, para que, no plano das crenças, atitudes e práticas pessoais, todos, significando cada um, possam de fato se proteger da infecção e do adoecimento, além do aparato social necessário para tal (BUCHALLA; PAIVA, 2002).

De acordo com Takahashi (2006), alguns grupos sociais, portadores de características ou condições que demonstram a sua fragilidade nata ou adquirida, geralmente estão sujeitos a uma maior vulnerabilidade, devido a condição de exclusão social na qual se encontram. Pode-se inferir, então, que as mulheres de ambos os grupos possuem vulnerabilidades sociais que as colocam em situação de pleno risco.

Faz-se necessário, então, considerar que as situações de desigualdade econômica, social e cultural presentes no contexto de vida das mulheres de classes populares “geram consequências que se engendram dinamicamente” (SOUZA; TYRRELL, 2007).

Na medida em que esses processos sociais se constituem e se interrelacionam, amplia-se o entendimento de que as escolhas para o auto cuidado não são resultantes exclusivamente da vontade individual dessas mulheres, visto que as mesmas são social e culturalmente definidas em diferentes contextos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais apreendidas neste estudo permitiram identificar aspectos subjetivos, da mulher no contexto da infecção pelo HIV/Aids, com destaque para a apreensão de um ser biopsicossocial envolto por suas determinações históricas sociais e culturais.

A aids é representada como doença que maltrata, gera sofrimento e leva à morte. Além disso, o convívio com a mesma é permeado de angústia, estigmas, dificuldades socioeconômicas, rompimento dos vínculos afetivos, culpa e medo.

Apesar de tantas dificuldades, apreendeu-se também que, entre as mulheres com diagnóstico de HIV/aids, há ganhos como a aposentadoria e a inserção em grupos das redes de apoio, onde se trabalha a valorização do indivíduo independentemente de sua condição de saúde, com ampliação do círculo social e participação em atividades de lazer que antes não tinham acesso.

No que diz respeito à sexualidade, apreendemos como representação social dor e sacrifício, sendo esse um aspecto da vida dessas mulheres que merece ser encarado de forma aberta e sem preconceitos, levando a um cuidado efetivo e eficaz, voltado para a escuta de suas angústias e anseios e para a compreensão de que a estrutura social relega a um plano secundário, levando ao sofrimento e à prática sexual desprotegida e insatisfatória.

Em decorrência do aumento do número de casos de HIV/aids em idosos, observou-se a necessidade de estudar este novo contexto, com o intuito de fornecer subsídios para avaliação do desempenho profissional no atendimento prestado e para a elaboração de medidas efetivas visando a promover melhor atendimento a essa população e seus familiares.

Com isso, observou-se que, os meios de comunicação social que utilizam jovens nas campanhas de prevenção, impedem ao idoso a percepção de estar, também ele, sob risco de contrair o vírus HIV, afastando-o assim dessa realidade. Deve-se lembrar que o aumento da frequência de práticas sexuais entre os idosos,

tendo em vista que os mesmos precisam ser reconhecidos como “seres sexuados”, deve estar associado a iniciativas de prevenção e de assistência às DST.

Destacamos a identificação de mulheres com diagnóstico de infecção pelo HIV/aids que mantêm vida sexual ativa sem o uso de preservativos, usando como explicações a recusa do parceiro em aceitar o preservativo por questões pessoais e o medo de serem indagadas quanto ao motivo da exigência. Denota-se aí a forte influência cultural que leva a mulher a submeter-se a práticas sexuais inseguras por medo de serem questionadas em sua fidelidade ou por sentirem-se obrigadas a revelar sua soropositividade e serem expostas ao preconceito e abandono.

Além disso, destaca-se a vulnerabilidade dessas mulheres, pois a desigualdade de gênero faz com que as mesmas se exponham cada vez mais ao risco de aquisição de novas infecções e reinfecções com cepas de HIV resistentes, bem como a possibilidade de manutenção da cadeia de transmissão do vírus.

Por outro lado, as mulheres sem diagnóstico responderam de forma evasiva, sempre sinalizando que esse foi um aspecto de sua vida que passou, muitas vezes deixando lembranças desagradáveis, sendo substituído pelas relações nos grupos de convivência e por dedicação à família, que nem sempre responde de forma a preencher esses vazios.

Vale salientar que entre as mulheres sem diagnóstico de HIV/aids predomina a desinformação, pois as leva a sentirem-se invulneráveis à contaminação com o vírus, tão somente por não manterem mais relações sexuais.

Apesar da desinformação, durante as entrevistas e após as mesmas, aguardou-se que houvesse algum interesse em conhecer a doença, mas, nenhuma das mulheres sem diagnóstico revelou a vontade ou curiosidade de aprofundar o tema, levando a inferir-se que ainda trata-se de um tema desvinculado de sua realidade.

Torna-se indispensável, então, capacitar os profissionais de saúde que prestam cuidados à esta população, em especial os enfermeiros, para que a orientação quanto às DST/HIV/Aids aos idosos possa ser praticada em seus atendimentos de forma efetiva e solucionadora, a fim de que as vulnerabilidades apontadas neste estudo sejam atenuadas.

Sugere-se que no atendimento dos profissionais de saúde à população em questão deve ser abordada a história sexual dos seus pacientes idosos, questionando assuntos relacionados a questões sexuais, como a atividade sexual, o número de parceiros, o uso de preservativo e história de DST; assim como, hemotransfusões ou uso de drogas injetáveis, permitindo aos sujeitos a ampla expressão de seus sentimentos.

Dessa forma, estudos que envolvam questões como infecção pelo HIV/aids em pessoas maiores de 50 anos devem ser amplamente incentivados, visando subsidiar o desenvolvimento de ações e programas de prevenção, justificados por vários motivos, dentre eles, as mudanças nos hábitos sexuais que não foram precedidas por incentivos à prevenção, em uma população que não se percebe vulnerável - em particular a mulher que, histórica e culturalmente, se apresenta em desvantagem relacionada às questões de gênero – e a escassez de estudos que mostrem os riscos e as vulnerabilidades a que estão expostos estes indivíduos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; CARVALHO, V. A. M. L. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. **Revista Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 1-13, mar. 2005.

ARAÚJO, V. L. B. et al. Características da aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 4, p. 544-554, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/12.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2009.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.

AYRES, J. R. de C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESINA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

AYRES, J. R. de C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed 34, 1999. p. 48-72.

AYRES, J. R. de C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANÇA JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M.; (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, FIOCRUZ. 2008. p. 375-497.

BARDIN, L. A. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 232p.

BARROSO, L. M. M.; GALVÃO, M. T. G. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/aids. **Texto contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 463-469, jul./set. 2007.

BASSIT, A. Z. História de mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Orgs.) **Antropologia, Saúde e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 175-189.

BATTINI, E.; MACIEL, E. M.; FINATO, M. S. S. Identificação de variáveis que afetam o envelhecimento: análise comportamental de um caso clínico. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 4, p. 1-8, out./dez. 2006.

BRAGA, P. E.; CARDOSO, M. R. A.; SEGURADO, A. C. Gender differences in survival in an HIV/aids cohort from São Paulo. **Brazil. aids Patient Care STDs**, v. 21, n. 5, p. 321-328, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17518524>>. Acesso em: 13 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de apoio e serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9F5EF77CPTBRIE.htm>>. Acesso em: 13 fev. 2010.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **CNESNet**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2304402561417>. Acesso em 12 dez. 2009.

_____. **Boletim epidemiológico 2008**. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/main.asp?Team={E1F4E99B-BA69-48C1-BB39-22E53C8B9FA9}>>. Acesso em: 13 nov. 2008.

_____. **Epidemiologia aids**. Brasília, 2008b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISD3352823ITEMID80FBE363C51842AAA02B89ED8003A071PTBRIE.htm>>. Acesso em: 13 nov. 2008.

_____. Cresce o número de portadores de aids na terceira idade. **Jornal A Tribuna Digital**, Santos, SP, 2006. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=54691>>. Acesso em: 13 fev. 2010.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 14 nov. 2008.

_____. Cresce o número de portadores de aids na terceira idade. **Jornal A Tribuna Digital**, Santos, SP, 2004. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=54691>>. Acesso em: 29 jan. 2009.

_____. **Comportamento da população brasileira sexualmente ativa**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B2594C266-8809-43AB-84AA-C078D5907D05%7D/briefing2.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2009.

_____. Coordenação Nacional de DST/aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis – DST**. 3. ed. Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/assistencia/mandst99/mandst99.htm>>. Acesso em: 8 nov. 2008.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução n. 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRAZ, M. Vulnerabilidade y autonomia: el sujeto de la investigación en los países en desarrollo. In: JORNADAS ARGENTINAS DE BIOÉTICA, 8.; JORNADAS LATINOAMERICANAS DE BIOÉTICA, 8., 2003, Argentina. **Anais...** Compilado por P. Hooft, E. Chaparro e S. Horacio. Argentina: Suárez, Mar del Plata; 2003. p. 79-94.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Belo Horizonte, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2008.

BRUNDTLAND, G. H. Envelhecimento global: triunfo e desafio. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, 2005. 60 p.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev Saúde Pública**, v. 36, p. 117-119, 2002. Suplemento 4.

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

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. **Informe Epidemiológico aids**. Fortaleza, CE, 2 dez. 2008. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/site/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=9:boletins&download=70>. Acesso em: 29 jan. 2009.

COLEMAN, C. L. Transmission of HIV infection among older adults: a population at risk. **J. Assoc. Nurses aids Care**, v. 14, n. 1, p. 82-85, 2003.

DE LA TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C. **Vulnerabilidade feminina ao HIV**: metassíntese. 2008. 215 f. Dissertação (Mestrado)—Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Rev. Lat-am Enfermagem**. v. 15, n. 5, set./out. 2007.

EMLET, C. A. A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/aids. **Aids Patient Care STDS**. v. 20, n. 5, p. 350-358, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16706709>>. Acesso em: 13 fev. 2010.

FEITOZA, A. R.; SOUZA, A. R.; ARAÚJO, M. F. M. A magnitude da infecção pelo HIV-aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 32-37, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista16-4-2004/6.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2009.

FERREIRA, M. de P. **Aids**: da violência aos direitos humanos à construção da solidariedade. 1999. Dissertação (Mestrado)—Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

FIGUEIREDO, N. B. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FONSECA, M. G. F.; BASTOS, F. I.; DERRICO, M.; ANDRADE, C. L. T.; TRAVASSOS, C.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 77-87, 2000. Suplemento 1.

FONTES, K. S.; SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. Representações do HIV na terceira idade e a vulnerabilidade no idoso. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 7., 10 out. 2006. **Comunicação – Tema: Ciência Social e Comportamental**. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net>>. Acesso em 12 fev. 2010.

FREIRE, S. A. Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico. In: NÉRI, A. L.; FREIRE, S. A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papyrus, 2000. cap. 1, p. 21-30.

GIAMI, A. Sexual health: the emergency, development and diversity of a concept. Annual Rev. Sex Research, v. 38, n. 8, p. 919-923, 2003. In: SOUSA, J. L. de. **Incidência de aids no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior a introdução de medicamentos para disfunção erétil**: Brasil, 1990 a 2003. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GOMES, M. A. **Filhos de ninguém?** Um estudo das representações sociais sobre famílias de adolescentes em situação de rua. 2003. Dissertação (Mestrado)–Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2003.

GORINCHTEYN, J. C. Avanço da aids na terceira idade. **Prática Hospitalar**, v. 7, n. 38. mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br>>. Acesso em: 12 fev. 2010.

_____. Agência de Notícias da aids. **Sociedade Brasileira de Infectologia**. 2002. Disponível em: <<http://www.infectologia.org.br>>. Acesso em 13 fev. 2010.

GUIMARÃES, K.; MERCHÁN-HAMANN, E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 525-544, set./dez. 2005.

HIV/aids and older adults. Educational tip sheet. 2007. Disponível em: <<http://www.hivoverfifty.org>>. Acesso em: 12 fev. 2010.

HUMAN Immunodeficiency Virus Infection. The merck manual of geriatrics. 2005. Disponível em: <<http://www.merck.com/mkgr/mmg/sec16/ch134/ch134a.jsp>>. Acesso em: 29 jan. 2009.

IMPACT of aids on Older populations. Fact sheet. Abr. 2002. Disponível em: <<http://www.unaids.org>>. Acesso em: 13 fev. 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção populacional do Brasil** – IBGE aponta o envelhecimento da população em ritmo acelerado, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272>. Acesso em 29 jan. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – 2003**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 13 dez. 2008.

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

KNODEL, J.; WALKINS, S.; VANLANDINGHAM, M. Aids and older persons: an international perspective. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr.**, v. 33, p. 153-165, 2003. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/rr02-495.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. Técnicas de pesquisa. In: _____. **Técnicas de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002. cap. 3, p. 87-92.

LANE, S. T. M. Linguagem, pensamento e representação social. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. **Psicologia social: o homem em movimento**. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

LEKAS, H. M.; SCHRIMSHAW, E. W.; SIEGEL, K. Pathways to HIV testing among adults aged fifty and older with HIV/aids. **Aids Care**, v. 17, n. 6, p. 674-687, 2005.

LE MOS, E. F. de. **Sexualidade na 3ª idade**: memórias de mulheres nos anos dourados. Florianópolis: Edigraf, 2003. 120 p.

LIEBERMAN, R. HIV in older americans: an epidemiologic perspective. **J. Midwifery Womens Health**, v. 45, n. 2, p. 176-182, 2000. Available from: <<http://www.sciencedirect.com/science/journal/15269523>> Acesso em: 13 fev. 2010.

LIMA, D. A. de. **A mulher com idade igual ou superior a 50 anos e a epidemia de aids**: percepção e ações de moradoras de uma comunidade de baixa renda. 2006. Dissertação (Mestrado)–Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

LOBIONDO-WOOD, L. G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPES, V. G. S. HIV – Perfil da atual transmissão heterossexual no Brasil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 10, n. 6, p. 41-43, 1998.

MACK, K. A.; BLAND, S. D. HIV testing behaviors and attitudes regarding HIV/aids of adults aged 50-64. **Gerontologist**, v. 39, n. 6, p. 687-694, 1999.

MADEIRA, M. C. A confiança afrontada: representações sociais da aids para jovens. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. C. (Orgs.). **Aids e representações sociais: à busca de sentidos**. Natal: EDUFURN, 1998.

MAIA, L. A. C. R.; PESSOA, P. **Estudo exploratório acerca da satisfação sexual em pessoas de meia idade da cidade de Covilhã – Portugal**. Lisboa, 2009. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0500.pdf>>. Acesso em 13 fev. 2010.

MEYER, D. E. et al. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MINAYO, M. C. S. de, COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S. de, COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 11-24.

MOORE, L. W.; AMBURGEY, L. B. Older adults and HIV. **AORN J.**, v. 71, n. 4, p. 873-876, 2000.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: _____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. cap. 1, p. 29-109.

MOTTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 37-50.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, p. S4-S6, 2008. Suplemento 1.

NERI, A. (Org.) **A psicologia do envelhecimento**. Campinas, SP: Papirus, 1995. 276 p.

NICHIIATA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F.; FRACOLLI, L. A. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. **Rev. Lat.-am. Enfermagem**, v. 16, n. 5, set./out. 2008.

NISHIMOTO, T. M. I. **Transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana (HIV): avaliação de medidas de controle no município de Santos**. 2002. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/Pesquisa.do;jsessionid=CB912BA1E78352A39EC4FC651A7B2A1D.VSRV41?autor=nishimoto&tipo_PesqAutor=T&assunto=&tipoPesqAssunto=T&ies=&tipoPesqls=T&nivel=&anoBase=>> Acesso em: 10 fev. 2010.

NÓBREGA, S. M. da. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (Orgs.). **Representações sociais: teoria e prática**. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2003. 56 p.

NORIEGA, J. A. V. Redes semânticas: método y resultados. In: MOREIRA, A. S. P.; CAMARGO, B. V., JESUINO, J. C., NÓBREGA, S. M. da, (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2005. 68 p.

OLIVEIRA, D. L. L. C. et al. A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1309-1318, 2004.

PAIVA, V.; VENTURI, G.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. **Uso de preservativos- Pesquisa Nacional MS/IBOPE**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope_2003/artigo_preservativo.rtf>. Acesso em 13 fev. 2010.

PASCHOAL, S. M. P.; FRANCO, R. P.; SALLES, R. F. N. Epidemiologia de Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007. cap. 4, p. 39-56.

PAULIO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 175-184, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2008.

PRILIP, N. B. A. Aids atinge idosos. **Portal do envelhecimento**. [S.l.: s.n.], 2004. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/aids2.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2010.

PROVINCIALI, R. M. **O convívio com HIV/aids em pessoas da terceira idade e suas representações**: vulnerabilidade e enfrentamento. 2005. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Belo Horizonte, v. 37, n. 4, p. 312-317, jul./ago. 2004. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B05A8F5BF-AB51-46DC-B9FD-A35B4823EE61%7D/A%20epidemia%20de%20aids%20no%20Brasil%2C%201991-2000%20-%20descri%20E7%E3o%20espa%20o-temporal.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2008.

ROSSIM, I. R. et al. Perfil clínico-epidemiológico de indivíduos idosos com aids atendidos em um Hospital Universitário de Ribeirão Preto, Brasil. **Jornal Brasileiro de Aids**, v. 2, n. 3, p.13-18, 2001.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções do enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. 205 f. Tese (Doutorado)–Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – Departamento de Psicologia e Educação, Ribeirão Preto, SP, Ribeirão Preto, 2003.

SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. de. **A aids na terceira idade na perspectiva do idosos, cuidadores e profissionais de saúde**. The aids in the Third Age in the Perspective of the Aged ones, caregivers and Professionals of Health. [S.l.: s.n.], 2006. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=294> Acesso em: 07 jan. 2009.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO, M. A. C.; COUTINHO, M. da P. L. Atendimento psicossocial à aids: a busca pelas questões subjetivas. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 3, p. 84-91, 2004. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista16-3-2004/11.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2008.

SALIMENE, A. C. M. Sexualidade no envelhecimento com dependência. **Serviço Social & Sociedade**, v. 75, p. 167-178, 2003.

SANTOS, S. S. **Sexualidade e amor na velhice**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

SILVA, J. et al. **Aids, estigma e preconceito**: a percepção da terceira idade. [S.l.: s.n.], 2008. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=383>. Acesso em: 7 jan. 2009.

SILVA, L. S. S.; PAIVA, M. S. **Vulnerabilidade ao HIV/aids entre homens e mulheres com mais de 60 anos**. [S.l.: s.n.], 2006. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=308>. Acesso em: 7 jan. 2009.

SILVA, L. S. S.; PAIVA, M. S.; SANTIAGO, U. C. F. **Representações sociais de idosos sobre prevenção e transmissão da aids**. [S.l.: s.n.], 2005. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=264>. Acesso em: 7 jan. 2009.

SILVEIRA, M. et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2008.

SILVERBERG, M. J.; LEYDEN, W.; HORBERG, M. A.; DELORENZE, G. N.; KLEIN, D.; QUIESENBERY JUNIOR, C. P. Older age and the response to and tolerability of antiretroviral therapy. **Arch. Intern. Méd.**, v. 167, n. 7, p. 684-691, 2007.

SILVESTRE, J. A., COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847. mai./jun., 2003.

SOUSA, V. C.; SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. de. **Viver com aids na terceira idade – living with HIV on the third age**. [S.l.: s.n.], 2006. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=296>. Acesso em: 07 jan. 2009.

SOUZA FILHO, E. A. Análise de representações sociais. In: SPINK, M. J. (Orgs.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SOUZA, C. T. V. de. Aspectos conceituais da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, segundo Mann & colaboradores. In: _____. **Características sociodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do “Programa Rio”**. 2001.

Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

SOUZA, K. V.; TYRRELL, M. A. R. Os fatos e atos relacionados ao (difícil) exercício dos direitos sexuais e reprodutivos: recortes, o processo de viver de um grupo de mulheres de classes populares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.1, p.47-54, 2007.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 263-267, maio/jun. 2007.

TAKAHASHI, R. F. **Marcadores de vulnerabilidade a infecção, adoecimento e morte por HIV e aids**. 2006. Tese (Livre-docência)–Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. Religiosidade no trabalho das enfermeiras da área oncológica: significado na ótica do discurso do sujeito coletivo. **Rev. Bras. de Cancerologia**, v. 53, n. 2, p. 159-166, 2007.

TICHY, A. M.; TALASHEK, M. L. Older woman: sexually transmitted discases and acquired immunodeficiency syndrome. **Nursing Clinical of North America**, Philadelphia, v. 27, n. 4, p. 937-994, 1992.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/aids. **Aids epidemic update**. 2007. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>>. Acesso em: 13 nov. 2008.

_____. **Aids epidemic update**. 2002. Disponível em: <<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007/default.asp>>. Acesso em: 13 fev. 2010.

VALA, J. A análise de conteúdo. In: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (Orgs.). **Metodologia das ciências sociais**. Lisboa: Afrontamento, 1999. p. 104.

_____. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiando. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Org.) **Psicologia social**. 4. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000. p. 457-502.

VALADÃO, M. M. **Vulnerabilidade pessoal, programática e social**. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/brazil/politicaspublicas_violencia/05_vulnerab_imp.pdf>. Acesso em 13 nov. 2008.

VARAS-DIAZ, N.; SERRANO-GARCIA, I.; TORO-ALFONSO, J. Estigma y la epidemia del VIH/SIDA. In: VARAS-DIAZ, N.; SERRANO-GARCIA, I.; TORO-ALFONSO, J. (Eds.). **Estigma y diferencia social: VIH/SIDA em Puerto Rico**. Bogotá: Ediciones Buracán, 2004. p. 27-61.

VIANA, C. D. M. R. **Fatores de risco e marcadores de vulnerabilidade ao câncer de mama em mulheres com HIV/aids**. 2009. Dissertação (Mestrado)–Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia** – um manual teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006.

WOOTEN-BIELSKI, K. HIV & aids in Older Adults. **Geriatric Nursing**. v. 20, n. 5, p. 268-272, 1999.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

Questionário Nº.		
Dados Socioeconômicos e Demográficos		
Idade (anos completos)	anos	-
Escolaridade	(1) Nenhuma (2) 1 a 3 anos (3) 4 a 7 anos (4) 8 ou mais anos	
Quantas pessoas moram com a senhora?	(1) 1 pessoa (2) 2 pessoas (3) 3 pessoas (4) 4 pessoas (5) 5 pessoas (6) 6 pessoas ou mais	
Quem são essas pessoas?		-
Quantas dessas pessoas trabalham?	(1) 1 pessoa (2) 2 pessoas (3) 3 pessoas (4) 4 pessoas (5) 5 pessoas (6) 6 pessoas ou mais	
Renda Mensal	(1) Até 1 salário mínimo (2) 1 a 3 salários mínimos (3) 4 a 6 salários mínimos (4) Mais de 7 salários mínimos	
Quem mantém a casa?	(1) Você (2) Outro(a) Quem?	-
Estado Civil	(1) Solteira (2) Casada (3) Divorciada (4) União estável (5) Outro Qual?	
Religião	(1) Católica (2) Evangélica (3) Outra (4) Nenhuma	
Procedência	(1) Fortaleza (2) Interior (Cidade) (3) Outra Qual?	
Profissão/Ocupação		-

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista

1. A senhora poderia descrever ou falar sobre sua vida atualmente?
2. Como a senhora se vê (ou se descreve) atualmente?
3. Como a senhora acha que as pessoas lhe vêem?
4. O que é sexualidade para a senhora?
5. E o que é sexualidade para as outras pessoas?
6. O que é aids para a senhora?
7. E o que é aids para as outras pessoas?
8. Como a senhora descreve sua sexualidade (sexo) atualmente?
9. Como era antes?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora,

Meu nome é Solange Gurgel Alexandre, sou enfermeira e estou cursando Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde na Universidade Estadual do Ceará- UECE. Estou realizando uma pesquisa com o título “**Representações e vulnerabilidades de mulheres com 50 anos ou mais no contexto da aids**”, orientada pela Profa. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira, que tem como objetivos, descrever as representações sociais sobre sexualidade e aids de mulheres com 50 anos ou mais portadoras do HIV/aids, comparando-as com as representações de mulheres com 50 anos ou mais que não têm diagnóstico de HIV/aids.

Para isso, lhe convidamos a participar desse estudo respondendo a um questionário e uma entrevista com perguntas sobre a senhora, sua vida e sobre aids. Caso aceite, marcaremos uma data, conforme seu tempo. Se concordar, gravaremos nossa conversa. Não haverá despesas para a senhora e nós lhe asseguramos o acesso às informações relativas à referida pesquisa a qualquer momento que desejar.

Informamos também que a duração da entrevista será de, aproximadamente, 30 (trinta) minutos, realizada na sala 04 (quatro) do ambulatório do Hospital São José de Doenças Infecciosas e na sala utilizada para as reuniões do grupo de convivência de idosos no Centro Social Aloísio Ximenes.

A senhora tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto cause prejuízo algum. Informamos ainda que lhe será garantida a privacidade necessária para participar da pesquisa e que não usaremos nenhuma informação que possa identificá-la, mantendo sua identidade em completo sigilo.

Os benefícios desse estudo retornarão de forma direta ou indireta, na medida em que irá auxiliar na compreensão e prevenção sobre a questão da aids na população feminina de 50 anos ou mais.

Caso precise entrar em contato conosco, informamos-lhe abaixo nossos nomes e endereços.

Pesquisadoras responsáveis:

Maria Lúcia Duarte Pereira

Endereço: Rua Paulo Morais, 175/1202 - Bairro Papicu, Fortaleza-Ceará.

Telefones: (85) 3265 4367 / 9673 2587

e-mail: mlduarte@fortalnet.com.br

Solange Gurgel Alexandre

Endereço: Av. Prof. José Arthur de Carvalho, 400/13 - Bairro Lagoa Redonda, Fortaleza-Ceará.

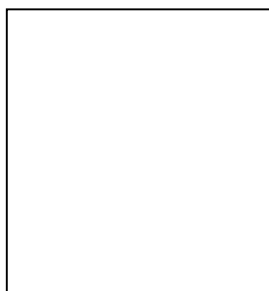
Telefones: (85) 3276 8214 / 8898 2091

e-mail: solange.gurgel@yahoo.com.br

Informamos ainda que, caso a senhora tenha alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, pode solicitar esclarecimentos ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas, diretamente na Rua Nestor Barbosa, 315, Bairro Papicu ou pelo telefone (85) 3452 7880.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Tendo sido satisfatoriamente informada sobre a pesquisa “Representações e vulnerabilidades de mulheres com 50 anos ou mais no contexto da aids”, da enfermeira Solange Gurgel Alexandre, com orientação da Profa. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira, concordo em participar da mesma. Estou ciente que meu nome não será divulgado e que as pesquisadoras estarão disponíveis no endereço referido, para responder a quaisquer perguntas. Estou ciente que posso retirar meu consentimento a qualquer tempo, sem que isto me cause qualquer prejuízo.



Fortaleza, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura de testemunha

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP HSJ



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-HSJ)

Protocolo N° 018/2009

CAAE:0021.0.042.000-09

Título do Projeto: “Representações e vulnerabilidade de mulheres com 50 anos ou mais no contexto da aids”

Instituições envolvidas: Hospital São José de Doenças Infecciosas
Universidade Estadual do Ceará-UECE

Pesquisadora Responsável: Solange Gurgel Alexandre

PARECER CONSUBSTANCIADO

Analisamos as respostas do pesquisador na reunião ordinária de 27 de julho de 2009 . Entendemos que as pendências elencadas no parecer exarado pelo CEP-HSJ em 27 de abril de 2009 foram todas resolvidas. E há comprometimento dos pesquisadores com a resolução 196/96. .

Diante do exposto, o projeto foi considerado **APROVADO**.

Lembramos a necessidade do envio de relatório do andamento do projeto (primeiro para 27 de julho de 2010) e de relatório final quando de sua conclusão, além de que qualquer mudança na proposta do estudo, deverá passar por uma prévia avaliação deste comitê. Outrossim, comunicamos que, mensalmente, o CEP-HSJ está monitorando pesquisas em execução no Hospital São José de Doenças Infecciosas escolhidas aleatoriamente.

Fortaleza, 05 de julho de 2009.

Dr. Robério Dias Leite
Coordenador do CEP/HSJ