



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

As Representações Sociais da AIDS para Pessoas Idosas Infectadas pelo HIV e o Impacto do HIV/AIDS no Seu Cotidiano





UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

As Representações Sociais da AIDS para Pessoas Idosas Infectadas pelo HIV e o Impacto do HIV/AIDS no Seu Cotidiano

Dissertação de mestrado na área científica de Psicologia do Desenvolvimento orientada pela Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

“Quando o homem compreende a sua própria realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade. Assim, pode transformá-la e com o seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias”

Paulo Freire (1921-1997)

RESUMO

Envelhecimento e HIV/AIDS são fenômenos cada vez mais convergentes em todo o mundo, levantando questões urgentes de solução sobre a compreensão deste processo no interior das sociedades atuais. Buscando identificar representações e características biopsicossociais de pessoas de terceira idade, no sentido de promover recursos para fazer frente à exclusão e vulnerabilidade deste segmento da sociedade, o envelhecimento e o HIV/AIDS vem sendo foco de estudo das mais variadas áreas do conhecimento. Diante dessas questões, este trabalho tem como objetivo estudar crenças e representações de pessoas idosas sobre o convívio com HIV/AIDS, visando compreender seus próprios sentidos e significados. Foram estudados 17 pacientes soropositivos para HIV, 11 homens e 06 mulheres, com idade variando entre 61 e 73 anos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas para levantamento de crenças, além da coleta sobre história de vida. Análises de conteúdos sobre as transcrições das entrevistas, com base em categorias temáticas, possibilitaram a identificação de três categorias gerais: (A) Terceira idade, (B) A soropositividade no cotidiano das pessoas idosas e (C) Relações afetivo-sexuais. Cognições relacionadas à terceira idade indicam que a velhice é vista como uma etapa do desenvolvimento, marcada por transformações físicas e emocionais, em que potencialidades e capacidades de antes, agora estão restringidas. A análise dos dados mostra que a percepção de risco e práticas de prevenção não fizeram parte da vida dessas pessoas antes da contaminação. O impacto da notícia do diagnóstico positivo desperta reações e sentimentos desestruturantes, como angústia, culpa, desorientação e medo. A busca por tratamentos médicos e autocuidado tornam-se meios de enfrentamento. A necessidade de silenciar-se em relação à sorologia positiva se faz presente no intuito de afastar o preconceito e discriminação. A AIDS e a condição de soropositividade para o HIV são incorporados à vida dessas pessoas de maneiras polarizadas: para uns é vista como mais um aspecto a ser vivenciado, não interferindo no modo de vida anterior ao diagnóstico, enquanto que para outros a soropositividade torna-se um incômodo constante e conviver com ela passa a requerer muito esforço. Apesar dos mitos e crenças sobre a sexualidade do idoso, os resultados encontrados coloca-nos frente a uma realidade que não pode ser ignorada, exigindo um novo dimensionamento para a concepção de futuros programas destinados à orientação e suporte a pessoas de terceira idade.

Palavras-chave: HIV/AIDS, Terceira Idade, Representação Social.

ABSTRACT

Ageing and HIV/AIDS are converging phenomenon throughout the world, raising urgent solution for the understanding of this process inside society nowadays. In the search for the identification of biopsychosocial characteristics and representations of individuals in the third age, in order to provide resources to confront the exclusion and vulnerability of this segment of society, ageing and positive testing for HIV have been the focus of studies in various fields of knowledge. In the face of these issues, the objective of this paper is to study the personal beliefs and representations of elderly individuals living with HIV/AIDS, seeking to understand their feelings and meanings. Seventeen (17) HIV positive patients were studied: eleven (11) men and six women, ages varying from 61-73 years of age. Semi-structured interviews were carried out for the personal belief survey, as well as for the data collection of life history. Content analysis of interview transcript, based on thematic categories, made it possible to identify three general categories: A) Third age, B) The effects of HIV positivity in the daily routine of the elderly and C) Sexual-affectionate relationship. Third age is perceived as a stage in human development, marked by a series of physical and emotional transformations resulting in reduced potency and capacity. Data analysis demonstrates that risk and prevention practices were not part of these people's lives before contamination. The impact of the news of a positive result awakens restructuring reactions and feelings, such as anguish, fear, disorientation and guilt. The search for medical treatments and self-care become means of facing the issue. The need for non-disclosure regarding positive serology is present in the intent of averting prejudice and discrimination. AIDS and the condition of being HIV positive are incorporated into the lives of these people in polarized ways: for some it is seen as one more aspect of life to be lived, which does not interfere in their way of living prior to the diagnosis, however, for others the positive result becomes a constant inconvenience and living with it requires a great deal of effort. Despite myths and beliefs about the sexuality of the elderly, the results found put us face to face with a reality that cannot be ignored. It requires a new dimensioning for planning future programs aimed at giving orientation and support to people in the third age.

Keywords: HIV/AIDS, Third Age, Social Representations

AGRADECIMENTOS

*... a vida é a arte do encontro,
embora haja tantos desencontros pela vida...*

(Vinícius de Moraes)

Em setembro de 2009 chego a Coimbra/Portugal em busca da realização de um grande sonho. Não cheguei sozinha, Deus esteve sempre comigo. Fiquei por um período longe dos meus pais, dos meus irmãos, familiares e amigos, mas vocês sempre estiveram no Brasil me dando todo o apoio necessário. Amo muito vocês! Danton Moura, irmão querido, obrigada pelas inúmeras horas dedicadas me ajudando na configuração deste trabalho. Mamãe em especial você me ensinou que é preciso voar cada vez mais alto na busca dos meus sonhos e, mesmo que esse sonho me levou para longe, você sempre me deu a certeza que estaria perto de mim, mesmo que tenha sido só em pensamentos. Meu muito obrigada! Seu exemplo de vida e superação foi e sempre será motivo de muita admiração e carinho!

Em Coimbra tive a oportunidade de conhecer e morar com duas pessoas que foram para mim mais que amigas, foram verdadeiras irmãs. Falo de vocês, Rachel e Cris. O que teria sido da minha vida em Coimbra sem vocês? As conversas, os estudos, as viagens, o apoio, a cumplicidade... Vocês são demais. Amo vocês!

Minha vida acadêmica também se ancora na Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima, minha orientadora. Agradeço ao seu apurado sentido analítico, bem como a sua confiança segura e sempre presente neste projeto. Agradeço dessa forma ao tempo dedicado à minha orientação.

É com um carinho muito especial que agradeço ao meu namorado pelo apoio depositado, sempre disposto a me ajudar em situações difíceis, pela valorização e estímulo recebidos ao longo de todo este processo.

Não poderia deixar de agradecer a querida Orenícia Alves Corrêa pelo apoio e a força depositada, contribuindo com o seu vasto conhecimento científico na Língua Portuguesa para a melhor realização deste trabalho.

Agradeço aos funcionários do CR DST/AIDS, local onde realizei a pesquisa de campo. Em especial a minha co-orientadora, a Professora Doutora Evanira Pereira Santos, que trabalha na referida Instituição e atua como professora na EMESCAM, a sua pronta disponibilidade em me apoiar. Agradeço imensamente a todos que me receberam tão generosamente, me acolhendo e mostrando-se sempre pacientes as minhas inúmeras solicitações.

E especialmente aos pacientes do CR DST/AIDS que se dispuseram participar e compartilhar comigo suas histórias de vida e experiências de conviver com HIV/AIDS na terceira idade. Deixo aqui expresso o meu profundo reconhecimento pelo fato de terem participado da pesquisa. Todas as vossas sinceras respostas viabilizaram, de forma inequívoca, a realização deste trabalho! Seus depoimentos me emocionaram e enriqueceram minha visão sobre a vida.

A todos o meu muito obrigado!

Ao meu avô português Manuel Moura Ribeiro pelo seu tempo de vida!

Introdução	15
PARTE I- Enquadramento Teórico	
Capítulo 1. Perspectivas Clássicas do Desenvolvimento Humano	
1. Perspectivas Clássicas do Desenvolvimento Humano	26
1.1. Perspectivas do Envelhecimento e Terceira Idade	29
Capítulo 2. Sexualidade na Terceira Idade	
2. Sexualidade na Terceira Idade	42
Capítulo 3. A AIDS no Mundo e no Brasil	
3. A AIDS no Mundo e no Brasil	50
Capítulo 4. HIV/AIDS na Terceira Idade	
4. HIV/AIDS na Terceira Idade	60
PARTE II- Estudo Empírico	
Capítulo 5. Estudo Empírico	
5. Estudo Empírico	66
5.1. Justificativa/Objetivo da Investigação	66
5.2. Metodologia	67
5.2.1. Referencial Teórico Metodológico	67
5.2.2. Os Participantes da Pesquisa	69
5.2.3. Local da Pesquisa: Uma breve história do CR DST/AIDS	72
5.2.4. Procedimentos para a Realização da Pesquisa de Campo	74
5.2.5. Coleta de Dados	75
5.2.6. Procedimentos para a Análise de Dados	77
5.2.7. Resultados e Discussões	79
Conclusões	121
Bibliografia	126
Anexos	
Anexo I	
Anexo II	
Anexo III	
Anexo IV	
Anexo V	
Anexo VI	

TABELAS

Tabela 1. População total de pessoas idosas: 1950- 2020 (em milhões; projeções são variantes médias).

Tabela 2. Mudanças na população de países que terão mais de 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no ano 2025.

Tabela 3- Características Demográficas dos Sujeitos Participantes da Pesquisa.

Tabela 4- Demonstrativo da situação no recebimento do diagnóstico.

Tabela 5- Demonstrativo das relações afectivas após o diagnóstico positivo para HIV.

QUADROS

Quadro 1- Conteúdos a ser explorado nas entrevistas e respectivas características

FIGURAS

Figura 1. Prevalência Global de HIV, 2009

Figura 2. Estimativa de pessoas vivendo com o HIV/AIDS por país, 2010

AIDS- Acquired Immune Deficiency Syndrome

CD4- Cluster o Differentiation 4

CD-8- Cluster o Differentiation 8

CDC- Centers for Disease Control and Prevention

CR DST/AIDS- Centro de Referência em DST/AIDS

EMESCAM- Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia

HIV- Human Immunodeficiency Virus

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UDI- Usuários de Drogas Injetáveis

UNAIDS- United Nations Program on HIV/AIDS

UNGASS- United Nations General Assembly Special Session

VIDDA- Valorização e Dignidade do Doente de AIDS

WHO- World Health Organization

APRESENTAÇÃO

A convivência com pessoas idosas esteve presente em toda minha história pessoal, sendo sempre muito valorizada e respeitada. Provavelmente, por ter essa experiência positiva, sempre me despertou o interesse pelo tema do envelhecimento e quando ingressei no Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento na Universidade de Coimbra/Portugal, e passei a cursar a disciplina de Psicologia do Adulto e do Idoso, ministrada pela Prof.^a Dr.^a Margarida Pedroso de Lima, tive certeza que queria desenvolver uma pesquisa nessa área.

Quando passei a realizar uma primeira pesquisa bibliográfica e ler alguns textos, percebi que antes de me focar em um tema tão específico poderia ser importante conhecer o problema de modo mais amplo e profundo. Defini que seria mais interessante para mim, para a pesquisa e para os idosos se eles tivessem mais espaço na investigação, definindo o que era significativo na experiência deles. Após o amadurecimento de ideias, surgiu o interesse em investigar: *“As Representações Sociais da AIDS para Pessoas Idosas Infectadas pelo HIV e o Impacto do HIV/AIDS no Seu Cotidiano”*.

O fato de ter realizado o meu estágio supervisionado de Serviço Social no Centro de Referência em DST/AIDS do Município de Vitória/ES- Brasil e ter verificado o crescimento considerável de pessoas idosas soropositivas, despertou-me um interesse em estudar essa temática. No período de estágio tive a oportunidade de conhecer muitos profissionais que sempre me deram apoio e me orientaram em todo o meu trajeto acadêmico. Mesmo depois de ter sido graduada e ter atuado em áreas diferentes, os vínculos de amizade e de profissionalismo não foram rompidos. Após quatro anos sem contato com o CR DST/AIDS retornei à Instituição e apresentei o meu interesse em desenvolver uma pesquisa naquele local. Fui recebida com muita satisfação pela equipe que até hoje atua na Instituição. Tive a oportunidade ainda de ter a aceitação da Prof.^a Dr.^a Evanira Pereira Santos para ser a minha co-orientadora, que atua como professora na EMESCAM e que trabalha na função de enfermeira na Instituição onde realizamos a pesquisa.

INTRODUÇÃO

Verifica-se que atualmente o envelhecimento e o HIV/AIDS¹ são fenômenos cada vez mais convergentes em todo o mundo, levantando questões urgentes de solução sobre a compreensão deste processo no interior das sociedades atuais. Busca-se na presente investigação identificar crenças e representações de pessoas idosas, sobre o seu convívio com HIV/AIDS, visando compreender seus próprios sentidos e significados. Por meio das representações apresentadas pelos pesquisados possibilitará verificar o impacto da notícia do diagnóstico na vida desses idosos, apresentando uma realidade que não poderá ser ignorada, exigindo um novo dimensionamento para a concepção de futuros programas destinado ao suporte a pessoas idosas infectadas pelo HIV/AIDS.

Um estudo voltado para a identificação das representações e características biopsicossociais de pessoas de terceira idade, referente ao envelhecimento e o seu convívio com HIV/AIDS, possibilitará verificar a percepção de risco e práticas de prevenção na vida dessas pessoas antes da contaminação, favorecendo assim a implantação de programas/projetos eficazes que atendam a demanda apresentada pelas pessoas idosas, através de orientações e tratamentos específicos para esse público.

A análise dos dados da pesquisa poderá ser benéfica tanto para os pesquisados, quanto para a Instituição na qual a pesquisa será realizada, assim como para estudiosos e profissionais da área do envelhecimento.

A pesquisa teve caráter qualitativo, com entrevistas semi-estruturadas, com uma amostragem de 17 (dezesete) pacientes, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, soropositivos para o HIV, que atualmente realizam tratamento no CR DST/AIDS de Vitória-ES/Brasil. Realizado levantamento de crenças, além de coleta sobre história de vida, através da análise e categorização das entrevistas.

Assim, o intuito da pesquisa é realizar um levantamento de algumas questões relevantes para estudiosos e profissionais da área do envelhecimento, abordando temáticas relacionadas à terceira idade, a soropositividade no cotidiano de pessoas idosas e relações afetivo-sexuais.

O presente trabalho foi organizado em dois momentos: sendo o primeiro momento constituído por quatro capítulos e o segundo momento por um único capítulo.

¹ A AIDS vem da expressão em inglês Acquired Immunodeficiency Síndrome, traduzida em português para a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, e tem sua origem no HIV (Human Immunodeficiency Vírus ou Vírus da Imunodeficiência Humana). Nesta pesquisa usaremos a sigla AIDS.

No capítulo I da presente dissertação abordaremos as perspectivas clássicas em desenvolvimento humano, apresentando teorias relevantes que tiveram enorme penetração principalmente na área da psicologia, sendo a sua principal base a Teoria da Evolução de Charles Darwin, que se orienta por mudanças regulares, relacionadas à idade fisiológica humana. É um processo relativamente fechado, programado, influenciado pela nutrição como aspecto ambiental e pelo apoio no aspecto social. Esta visão de desenvolvimento humano conduziu durante décadas a uma visão deficitária do envelhecimento, que seria um declínio progressivo, inevitável e irreversível em todos os domínios: biológico, psicológico e social. Segundo Neri (2002): “A psicologia do desenvolvimento e a do envelhecimento compartilham uma ancestral comum: a teoria evolucionista de Darwin (1801-1882), que foi ponto de partida para todas as concepções científicas sobre o desenvolvimento humano que conhecemos no século XX”.

Apresentaremos as perspectivas de desenvolvimento da personalidade humana que seguem essa teoria de base e têm grande influência em nosso meio: as de Sigmund Freud, Carl Gustav Jung, Jean Piaget e Erik Homburg Erikson, com a preocupação de não enclausurar a vida e suas possibilidades, desatando nós e laços bem atados, para abrir oportunidades para concretizar uma vida ativa em cada dia.

Abordaremos também no referido capítulo questões sobre o *Envelhecimento e a Terceira Idade*. A redução da natalidade e da morbi-mortalidade são elementos relevantes para o entendimento dos fatores relacionados ao envelhecimento da população mundial, bem como as transformações econômicas-sociais ocorridas no século passado. Assim, estima-se que, atualmente, aproximadamente 600 milhões de pessoas estejam na faixa etária acima de 60 anos em todo o mundo. Presume-se que esse quantitativo possa ampliar para, aproximadamente, 1,2 bilhões em 2025, alcançando dois bilhões em 2050, dos quais, 80% (1,6 bilhões) viverão em países em desenvolvimento (OMS, 2005; Organização Pan-Americana da Saúde –OPAS, 2002).

Embora tenha ocorrido um aumento de 20 anos na expectativa de vida da população mundial, durante a última metade do século XX, essa expectativa varia entre os diversos locais do mundo (Madariaga, 2001). A OMS (2005) postula que nos países desenvolvidos, diferentemente dos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional ocorre de maneira diferenciada, uma vez que o processo é gradual,

acompanhado por aumento substancial da economia e diminuição das desigualdades sociais.

Considerando que as condições sócio-históricas de uma dada sociedade contribuem para que a vivência da velhice ocorra de maneiras diversificadas, o envelhecimento individual e o envelhecimento da população são considerados, na presente dissertação, enquanto processos relacionados, principalmente quando se considera a influência exercida pelo envelhecimento populacional nas oportunidades de participação e inserção das pessoas acima de 60 anos, consideradas idosas segundo a Organização Mundial de Saúde, na dinâmica da sociedade.

Não há linearidade no conceito de velhice no decorrer da história das sociedades, verificando-se ambiguidades no que se refere à valorização ou desvalorização das pessoas idosas, estando, muitas vezes, condicionadas aos aspectos sócio-culturais e econômicos (Minois, 1987).

Na contemporaneidade, o desenvolvimento e o envelhecimento são considerados processos que estão relacionados e que podem ser estudados a partir de critérios provenientes da psicologia e da sociologia (Neri, 2001), embora o critério biológico, herdado da tradição médica, tenha ainda maior ênfase quando se refere as fases do desenvolvimento humano e suas especificidades.

Vale ressaltar que a idade cronológica não é um fator determinante para as mudanças que acompanham o envelhecimento. Um determinado grupo de indivíduos que esteja na fase da senescência² pode, ou não, apresentar senilidade³, dependendo das condições econômicas, sociais, culturais e biológicas que vivenciam. Sendo assim, a perspectiva de análise sociocultural do envelhecimento humano compreende a velhice enquanto construção social, sendo, portanto, limitada a associação entre recortes de idade e atribuições características comportamentais (Debert, 1999), no entanto, é a sociedade/cultura que estabelece as funções e atribuições preferenciais de cada idade na divisão social do trabalho e dos papéis na família (Siqueira, Botelho & Coelho, 2002, p.904).

Busca-se assim, um entendimento sobre o envelhecimento humano a partir dos vários aspectos a ele subjacente, não sendo possível limitá-lo a conceitos operacionais,

² Caracterizado como o processo fisiológico inexorável do organismo que produz mudanças associadas a uma redução de todas as funções, sem caracterizar-se como patologia.

³ Patologias “típicas” do envelhecimento.

por se tratar de uma pluriformidade de experiências, as quais serão mais bem descritas a partir do olhar e da vivência da velhice, apresentado nos discursos dos próprios sujeitos atores da pesquisa.

Questões referentes ao “envelhecimento ativo” (*active aging*) da OMS, também serão abordados, que tem uma profunda ligação com a perspectiva de desenvolvimento do curso de vida, *lifespan*, que é fundamental neste trabalho.

No capítulo II da dissertação será abordado sobre a sexualidade, sobretudo, a sexualidade na terceira idade. Na atualidade, a existência de percepções inadequadas sobre a sexualidade na velhice tem fomentado a realização de pesquisas e trabalhos que possibilitem a desconstrução de discursos equivocados.

Nas últimas décadas, mudanças vêm ocorrendo na prática e no pensamento sobre a sexualidade humana e, conseqüentemente, sobre a sexualidade na velhice. Segundo Ribeiro (1997), essas mudanças derivam da influência de três processos: a) a mudança na função da atividade sexual, ou seja, o que antes tinha uma finalidade de procriação, agora tem o afeto como elemento norteador de satisfação pessoal dos relacionamentos; b) o significativo aumento dos anos na expectativa de vida da população mundial com condições satisfatórias - psíquica e física - e dispostas a vivenciar a sexualidade; c) o surgimento da AIDS, exigindo, por parte da sociedade, repensar a maneira como lidava com a sexualidade.

A soropositividade para o HIV/AIDS na maturidade e na velhice revela de certo modo o exercício da sexualidade nessa população e demonstra que, com o avançar do desenvolvimento humano, as pessoas não se tornam assexuadas e, conseqüentemente, são vulneráveis ao risco de contrair DST's (Butin, 2002).

A vulnerabilidade social dos indivíduos para a contaminação do vírus do HIV pode está relacionada à forma como se concebe o exercício da sexualidade na maturidade e na velhice, uma vez que a atividade sexual não se restringe aos aspectos biológicos e físicos, estando relacionada também a características psicológicas e biográficas do indivíduo, bem como do contexto sociocultural onde se insere, como pode ser observado nas falas dos sujeitos entrevistados, ao relatarem o conhecimento sobre a AIDS e percepção de risco antes da contaminação, no que diz respeito às formas de transmissão, prevenção e tratamento.

No capítulo III da presente dissertação, buscou-se abordar o fenômeno da AIDS no mundo e no Brasil. Por volta do final da década de 1980 e início da década de 90, ocorre progressiva tomada de conhecimento no mundo de uma doença imunossupressora, que provoca deficiência de imunidade celular e humoral.

Na década de 1990, a AIDS demandou vários esforços na tentativa de prevenir as DST's, tornando-se preocupação dos órgãos governamentais, não governamentais e sociedade civil. A perspectiva da OMS (1994) era de que em 1996 fossem infectados 22,6 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo 12,6 milhões de homens, 9,2 milhões de mulheres e 830 mil crianças. Entretanto, esse número foi surpreendido, na qual foram verificados 29,4 milhões de casos de infecção pelo HIV cumulativamente até o final de 1996, sendo 2,6 milhões só de crianças (Colombrini *et al.*, 2001). Observou-se assim uma disseminação do HIV por todo o mundo, contradizendo a ideia de que a AIDS seria apenas “doenças de gay” e de usuários de drogas injetáveis.

O índice de pessoas infectadas em todo o mundo ainda cresce, particularmente nos países em desenvolvimento, e, em especial, em regiões do continente africano localizado ao sul do deserto do Saara, no leste europeu, subcontinente indiano e extremo Oriente (UNAIDS, 2006). Ao final do ano de 2006, estimava-se que aproximadamente 39,5 milhões de indivíduos estariam vivendo com HIV/AIDS no mundo (UNAIDS, 2006).

No Brasil, até junho de 2006 haviam sido notificados ao Ministério da Saúde 433.055 casos de AIDS, sendo que destes 62,3% se concentravam na região Sudeste (a maioria no Estado de São Paulo), 17,9% na região Sul, 11% na região Nordeste, 5,6% no Centro-Oeste e 3,2% na região Norte.

Até 2009, estimava-se que aproximadamente 33,4 milhões de pessoas viviam com o HIV no mundo. Embora, o percentual global de pessoas vivendo com HIV tenha estabilizado desde 2000, o número absoluto de pessoas portadoras tem aumentado como resultado do crescente número de novas infecções a cada ano e maior acesso à terapia antirretroviral.

Mais de 5 milhões de pessoas estão atualmente recebendo o tratamento do HIV. Globalmente, o número de pessoas recebendo a terapia antirretroviral tem crescido 13 vezes, sendo mais de cinco milhões de pessoas em países de baixa e média renda, desde

2004. A expansão do acesso ao tratamento tem contribuído para um declínio de 19% de mortes entre pessoas que vivem com HIV, entre 2004 e 2009 (UNAIDS, 2010).

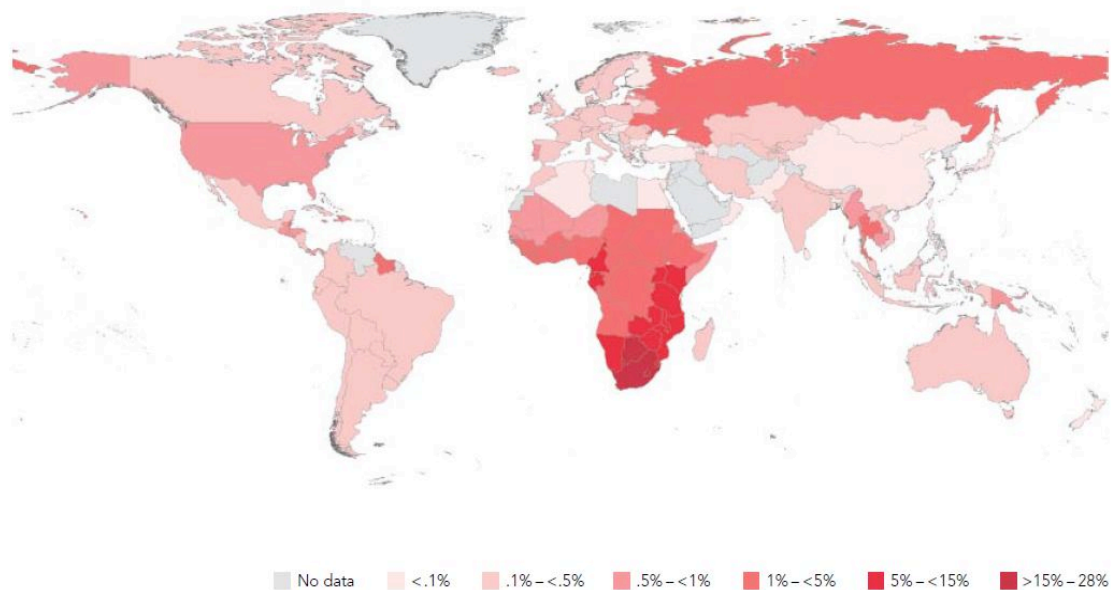
Em 33 países, a incidência do HIV caiu em mais de 25% entre 2001 e 2009. 22 desses países estão na África Subsaariana. Na África Subsaariana, onde a maioria das novas infecções pelo HIV continuam a ocorrer, um número estimado de 1,8 milhões [1,6 milhões-2.0 milhões] de pessoas foram infectadas em 2009. Índice este consideravelmente menor do que o estimado 2,2 milhão [de 1.9 a 2.4 milhões] de pessoas na África Subsaariana recém-infectados com HIV em 2001. Esta tendência reflete uma combinação de fatores, incluindo o impacto da prevenção do HIV esforços e do curso natural da epidemia de HIV.

As regiões de maiores incidências de epidemia do HIV - África Subsaariana, Etiópia, Nigéria, África do Sul, Zâmbia e Zimbábue- se estabilizaram ou estão mostrando sinais de declínio. No entanto, algumas regiões e países não enquadram-se nessa tendência. Em sete países, cinco deles na Europa Oriental e Ásia Central, a incidência do HIV aumentou mais de 25% entre 2001 e 2009 (UNAIDS, 2010).

Na região Ocidental, Central e Europa Oriental, Ásia Central, e América do Norte, as taxas de novas infecções anuais HIV têm sido estáveis durante pelo menos os últimos cinco anos. No entanto, a evidência é cada vez maior de um ressurgimento do HIV nos países de alta renda entre os homens que têm sexo com homens. Na Europa Oriental e Ásia Central, as altas taxas de transmissão do HIV continuam a ocorrer em redes de usuários de drogas injetáveis e seus parceiros sexuais (UNAIDS, 2010).

A UNAIDS (2010) estima que havia 33,3 milhões [31.4 a 35.3 milhões] pessoas que vivem com HIV no final de 2009, em comparação com 26,2 milhões [24,6 milhões-27,8 milhões] em 1999- um aumento de 27% (Figura 1).

Figura 1. Prevalência Global de HIV, 2009



Fonte: UNAIDS (2010)

É importante ressaltar que a UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS, no último Relatório Global da Epidemia da AIDS no Mundo, de 2010, apresenta indicadores do progresso da AIDS com dados estimativos apenas entre crianças e adultos (0 – 49 anos). Dados referentes ao HIV na faixa etária acima dos 50 anos simplesmente é negligenciado por um Programa que busca promover ações conjuntas, compartilhar informações e discutir propostas de ação para dar respostas à AIDS em todo o mundo.

Passado os anos, desde a descoberta da doença, verifica-se maior entendimento acerca da AIDS, maior eficácia do tratamento, aumento da sobrevivência dos pacientes, contribuindo assim, para maior qualidade de vida das pessoas que convivem com a doença. Embora, se apresente como doença, a AIDS em pessoas idosas chama a atenção para uma gama de fatores específicos a mesma, necessitando um olhar mais voltado não apenas aos fatores biológicos, mas também as suas implicações psicológicas e sociais, tanto da pessoa contaminada, tanto para os seus familiares e grupos sociais. Pensando nesses aspectos, o capítulo IV aborda questões relacionadas ao HIV na Terceira Idade.

O diagnóstico da AIDS na terceira idade, geralmente, é detectado tardiamente. Ainda existe entre alguns profissionais de saúde a falsa crença de que a AIDS

difícilmente ocorrerá nessa fase do desenvolvimento humano, por acreditarem na inexistência de uma vida sexual ativa nessa população. No entanto, a descoberta de novos fármacos e a utilização de terapias hormonais têm contribuído de forma significativa para uma melhoria da atividade sexual neste segmento (Dias *et al.*, 2005), configurando-se na principal via de contaminação da AIDS entre os idosos (Cloud, Browne, Salooja & McLean, 2003). Esta melhoria na qualidade da vida sexual na terceira idade não é acompanhada por igual política de saúde de prevenção das DST's, bem como de uma melhor compreensão do próprio processo de envelhecimento (Souza & Leite, 2002).

O impacto sofrido pela doença para o portador do HIV produz tanto um sofrimento físico quanto psicossocial, como se pode observar nos sujeitos entrevistados. Com o desenvolvimento da doença ocorrem mudanças tanto na rotina e no estilo de vida desses soropositivos, como de seus familiares e pessoas próximas que farão parte da rotina diária, caracterizada pela necessidade de ingestão regular dos medicamentos e pelo cuidado permanente de evitar aparecimento de doenças oportunistas, exigindo dessas pessoas adaptação às demandas (Silveira & Carvalho, 2003). Sentimentos de culpa e vergonha diante dos outros, sentimento de proximidade da morte, sentimentos de impotência diante da doença, são alguns conflitos vivenciados pelos idosos que convivem com o HIV/AIDS.

Além do sofrimento causado pela doença em si, a AIDS é potencializada pelo estigma e pelo preconceito, contribuindo para a “morte social” da pessoa. Assim, considerando os estados de instabilidade emocional, os episódios depressivos e o sofrimento psíquico vivenciados pelas pessoas idosas soropositivas para o HIV/AIDS, bem como o impacto desses fatores na qualidade de vida, a presente pesquisa busca identificar crenças e representações de pessoas idosas, sobre o seu convívio com HIV/AIDS, visando compreender seus próprios sentidos e significados.

No segundo momento da pesquisa, iremos definir a problemática da investigação, especificando os seus objetivos, para depois fazermos uma explanação detalhada da metodologia utilizada. Após a caracterização da amostra e da descrição dos procedimentos, é nosso intuito apresentar os resultados relativos às análises e categorização das entrevistas.

Por fim, após a apresentação dos resultados encontrados, realizaremos as considerações finais. Na sequência a bibliografia utilizadas no estudo e os anexos, encerrando assim este trabalho.

Por meio das representações apresentadas pelos pesquisados possibilitará verificar o impacto da notícia do diagnóstico na vida desses idosos, apresentando uma realidade que não poderá ser ignorada, exigindo um novo dimensionamento para a concepção de futuros programas destinado ao suporte a pessoas idosas infectadas pelo HIV/AIDS.

PARTE I- Enquadramento Teórico

CAPÍTULO I

Perspectivas clássicas do Desenvolvimento Humano

1. Perspectivas clássicas do Desenvolvimento Humano

Etimologicamente, a palavra *desenvolvimento* significa “desdobrar de dentro para fora, assumido uma nova forma” (Neri, 2001, p. 26). Portanto, foi da embriologia da palavra que a Psicologia do Desenvolvimento tomou como referência a noção de que “todas as estruturas já estão potencialmente no embrião, e que sua manifestação segue uma sequência ordenada e previsível, graças à maturação” (p.26). Refere-se a uma perspectiva *maturacionista*, a qual influenciou toda a psicologia da criança e do adolescente durante a primeira metade do século XX.

É frequente os indivíduos remeterem para a metáfora do desenvolvimento das plantas e árvores para buscar explicar a trajetória do próprio indivíduo: nascimento, culminância e declínio. E assim, a exemplo das árvores frutíferas, depois de cumprida a sua missão de perpetuar a espécie, o organismo envelhece e morre. Esta é uma metáfora clássica da qual a Psicologia do Desenvolvimento tradicionalmente se utiliza, para explicar as mudanças cognitivas, psicomotoras, sociais e afetivas, pelas quais o ser humano vivencia ao longo do seu ciclo vital de vida (Lichtenfels, 2007).

De acordo com esta perspectiva, o desenvolvimento humano cessava após a adolescência, tendo seu ápice na vida adulta. A partir disso, ou seja, nos anos da maturidade e da velhice, só haveria espaço para declínio e degeneração. Goldstein (1999) aborda que a pesquisa sobre o envelhecimento e a velhice, por mais que procurasse se tornar multifacetada, “continua investindo e fortalecendo pressupostos estabelecidos desde o século XIX, que diziam respeito à estagnação do desenvolvimento nesse período e ao caráter involutivo da velhice” (p.1).

A teoria evolucionista de Charles Darwin (1809-1882) é, sem sombra de dúvida, a ancestral mais conhecida de todas as teorias do desenvolvimento humano, abrangendo tanto a psicologia do desenvolvimento como a do envelhecimento (Darwin, 1985). As ideias darwinistas tiveram grande influência no século XX, com suas pesquisas e produções, como também na teoria do desenvolvimento da criança e do adolescente.

A influência de Darwin, com a sua teoria da evolução por meio da seleção natural, ganhou os campos da sociologia, da antropologia, até da economia e diversas outras áreas atuais do conhecimento.

A teoria darwinista pode ser explicitada resumidamente como: “a evolução por seleção natural regida pelo acaso, ou seja, uma teoria que explica a evolução dos seres vivos através do surgimento de mutação ao acaso” (Darwin, 1985) resultando daí variações em relação a um conjunto designado como “espécie” e uma seleção posterior de algumas dessas mutações pela ação do meio circundante, também denominado “natureza” ou “ambiente”. O resultado final se expressa na condição de indivíduos com tais mutações serem mais “adaptados” às hostilidades do ambiente e conseguirem ter mais descendentes do que as variações menos “adaptadas”(Darwin, 1985).

As teorias dos estádios, que, de certa forma, descendem em maior ou menor grau do darwinismo, pois surgem em épocas históricas diferenciadas, estão incluídas, na psicologia do desenvolvimento, justamente no paradigma das mudanças ordenadas, pois se desenvolveram baseadas em seis princípios: “1) sequencialidade das transformações que ocorrem no indivíduo ao longo do tempo; 2) unidirecionalidade; 3) orientação à meta; 4) irreversibilidade; 5) natureza estrutural-qualitativa das transformações; 6) universalidade dos processos de mudança” (Neri, 2002).

Durante as últimas décadas, a psicologia do desenvolvimento, e com ela todas as outras áreas da ciência que tratam do desenvolvimento e do crescimento do ser humano, foi dominado por esta ideia de ordem biológica. Os períodos de crescimento ocorreriam, neste caso, em ordem sucessiva, chegando a uma culminância e depois a um declínio. O envelhecimento então passa a ser marcado como uma fase de estagnação; em seguida viriam o declínio e a involução tanto biológica como psicológica, e isto dentro de uma ordem universal e irreversível (Lichtenfels, 2007).

Neste sentido, os conceitos de crescimento de Darwin correspondem ao paradigma do desenvolvimento de *mudança ordenada*, um dos que presidem a investigação e a construção de grande parte das teorias mais conhecidas na área do desenvolvimento e foram contempladas e amplamente utilizadas em toda a ciência.

Como modelos dentro deste paradigma de *mudanças ordenadas* temos uma grande quantidade de teorias de estádios. Citaremos, em ordem histórica, alguns dos principais pensadores que deixaram um legado importante na história da psicologia do desenvolvimento: Sigmund Freud (1905), com a teoria psicosssexual que corresponde a

cinco fases de desenvolvimento do bebê até a idade adulta; Carl Gustav Jung (1933) que focaliza a vida em crescimento e desenvolvimento constantes, dividida em duas grandes metades ou quatro idades: infância, vida adulta, meia-idade e velhice; Jean Piaget (1925), com a teoria dos estádios cognitivos, sendo esses sequenciais e as mudanças ordenadas e previsíveis; Erik Homburg Erikson (1950) apresenta sua teoria psicossocial com o desenvolvimento em oito estádios sequenciais da vida, em sua extensão total, fases que dependem da elaboração de crises intermediárias. Essas teorias, acrescidas de mais algumas, como as de Charlotte Bühler (1935), Kühlen (1964) e Daniel Levinson (1978), afirmam que o desenvolvimento humano se dá em etapas, segundo padrões ordenados de mudança (Neri, 2002).

Esses seriam, então, padrões de ordem universal porque a sua origem é ontogenética, e os outros determinantes, como os socioculturais e históricos, apresentariam de maneira quase uniforme as devidas condições para a manifestação dos elementos que apresentam essa base ontogenética. Erikson, Piaget e até Jung, em vários momentos de suas pesquisas e análises, levantam dúvidas em relação ao grau de interferência da cultura no desenvolvimento, mas não chegam a modificar a base de suas estruturas de etapas bem definidas.

Não existe uma linguagem comum para estabelecer, com precisão, as etapas do ciclo de vida de cada pessoa, que podem ser descritas por vários termos: período, época, estágio, fase, inclusive etapa. Esses são termos usados conceitualmente de forma intercambiável nos diversos modelos apresentados.

1.1 Perspectiva do Envelhecimento e Terceira Idade

Como Uma Onda

*Nada do que foi será
De novo do jeito que já
foi um dia
Tudo passa
Tudo sempre passará*

*A vida vem em ondas
Como um mar
Num indo e vindo infinito*

*Tudo que se vê não é
Igual ao que a gente
Viu há um segundo
Tudo muda o tempo todo
No mundo*

*Não adianta fugir
Nem mentir
Pra si mesmo agora
Há tanta vida lá fora
Aqui dentro sempre
Como uma onda no mar(...)*

Lulu Santos

Apesar do paradigma biomédico e do modelo de envelhecimento surgido na modernidade ainda permearem o discurso e as ações da sociedade contemporânea, a

velhice pode ser pensada de maneira diferente. O envelhecimento é visto, em todas as perspectivas que serão apresentadas nesta parte do primeiro capítulo, como multidirecional e multidimensional e como consequência de vários fatores presentes no ciclo de vida e no ambiente psicossocial do indivíduo. Essas abordagens tratam de aspectos positivos e saudáveis da velhice, assim como de aspectos psicopatológicos que poderão ocorrer nesta fase do desenvolvimento humano.

Como pode-se observar, o interesse pelo desenvolvimento humano esteve sempre presente na história da humanidade, apesar de estudos voltados para esta área estarem focados mais precisamente nos períodos da infância e da adolescência.

A Organização Mundial de Saúde – OMS- define a população idosa como sendo aquela a partir dos 60 anos de idade, no entanto faz uma distinção em função do local de residência dos idosos. Este limite é válido para os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, subindo para 65 anos de idade quando se trata de países ditos desenvolvidos.

Desde a década de 50, a maioria dos idosos vive em países do Terceiro Mundo, fato ainda não apreciado por muitos que continuam associando velhice com os países mais desenvolvidos da Europa ou da América do Norte. Na verdade, já em 1960, mais da metade das pessoas com mais de 65 anos vivia nos países do Terceiro Mundo (United Nations, 1985). Projeções demográficas indicam que de 1980 até o final do século cerca de três quartos do aumento da população idosa ocorrerão em tais países (Hoover & Siegel, 1986- Tabela 1), fazendo com que este seja o grupo etário que mais crescerá na maioria dos países menos desenvolvidos. Na América Latina, entre 1980 e o ano 2000 deverá ocorrer um aumento de 120% da população total (de 363,7 para 803,6 milhões), enquanto que o aumento da população acima de 60 anos será de 236% (de 23,3 para 78,2 milhões), ou seja, duas vezes maior que o percentual de aumento da população como um todo.

Tabela 1

População Total de Pessoas Idosas: 1960-2020 (em milhões; projeções são variantes médias)

Regiões	1960			1980		
	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos
Mundo	3.037,0	165,3	19,9	4.432,1	259,5	35,3
Regiões mais desenvolvidas (a)	944,9	80,3	11,7	1.131,3	127,8	20,9
Regiões menos desenvolvidas (b)	2.092,3	85,0	8,1	3.300,8	131,7	14,4

Regiões	2000			2020		
	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos	População total	Acima de 65 anos	Acima de 80 anos
Mundo	6.118,9	402,9	59,6	7.813,0	649,2	101,6
Regiões mais desenvolvidas (a)	1.272,2	166,0	30,2	1.360,2	212,4	43,4
Regiões menos desenvolvidas (b)	4.846,7	236,9	29,4	6.452,8	436,9	58,2

(a) Regiões mais desenvolvidas: América do Norte, Europa, Japão, Austrália, Nova Zelândia e União Soviética.

(b) Regiões menos desenvolvidas: África, América Latina, Ásia (exceto Japão), Oceania (exceto Austrália e Nova Zelândia).

Fonte: Hoover e Siegel, 1986.

A longo prazo, as perspectivas são ainda mais impressionantes. A Tabela 2 mostra os aumentos das populações idosas em países que terão 16 milhões ou mais de pessoas acima de 60 anos no ano 2025, comparadas com as populações da mesma faixa etária em 1950 (World Health Statistics Annual 1979 e 1982). Entre os 11 países com as maiores populações de idosos daqui a quarenta anos, 8 situam-se na categoria de países em desenvolvimento de acordo com os critérios atuais. Haverá, portanto, uma substituição: as grandes populações idosas dos países europeus cedendo lugar a países caracteristicamente jovens como a Nigéria, Brasil ou Paquistão. Em termos práticos, o aumento é sem precedentes. Por exemplo, no Brasil, o aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o da população como um todo será de não mais que cinco vezes no mesmo período. Tal aumento colocará o Brasil, no ano 2025, com a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos (Kalache & Gray, 1985).

Tabela 2

Mudanças na população de países que terão mais de 16 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no ano 2025

Países	População (000 000)					Class. em 2025
	Class. em 1950	1950	1975	2000	2025	
China	1º	42	73	134	284	1º
Índia	2º	32	29	65	146	2º
URSS	4º	16	34	54	71	3º
EUA	3º	18	31	40	67	4º
Japão	8º	6	13	26	33	5º
Brasil	16º	2	6	14	32	6º
Indonésia	10º	4	7	15	31	7º
Paquistão	11º	3	3	7	18	8º
México	25º	1	3	6	17	9º
Bangladesh	14º	2	3	6	17	10º
Nigéria	27º	1	2	6	16	11º

Fonte: World Health Statistics Annuals, 1979, 1982.

Segundo dados do IBGE o índice de envelhecimento aponta para mudanças na estrutura etária da população brasileira. Em 2008, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existem 24,7 idosos de 65 anos ou mais. Em 2050, o quadro muda e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existirão 172,7 idosos.

Um exame das estruturas etárias projetadas mostra também, a transformação nas relações entre pessoas que ingressam (e permanecem) nas idades ativas e aquelas que atingem as chamadas idades potencialmente inativas. Em 2000, para cada pessoa (1) com 65 anos ou mais de idade, aproximadamente 12 estavam na faixa etária chamada de potencialmente ativa (15 a 64 anos). Já em 2050, para cada pessoa (1) com 65 anos ou mais de idade, pouco menos de 3 estarão na faixa etária potencialmente ativa. No tocante às crianças e jovens, existirá cada vez mais pessoas em idade potencialmente ativa “destinadas” a suprir suas necessidades.

Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Segundo a projeção do IBGE, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos,

basicamente o mesmo nível atual da Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60).

Em 2008, a média de vida para mulheres chega a 76,6 anos e para os homens 69,0 anos, uma diferença de 7,6 anos. Em escala mundial, a esperança de vida ao nascer foi estimada, para 2008 (período 2005-2010), em 67,2 anos e, para 2045-2050, a ONU projeta uma vida média de 75,40 anos.

Pesquisas relacionadas à velhice têm se inspirado no livro de Simone de Beauvoir, filósofa francesa, *A Velhice: Realidade Incômoda*, que publicada no Brasil em 1970, denunciava a "conspiração do silêncio" ou o descaso com que era tratada a velhice naquela época.

A velhice e o envelhecimento são desde a antiguidade matéria de discussão presente nos antigos tratados eruditos e obras literárias, tendo como exemplo a obra de Cícero, *De Senectute*, escrita há aproximadamente 2000 anos.

Até o século XIX, a velhice era tratada como uma questão de mendicância, porque a sua característica fundamental era a não possibilidade que uma pessoa apresentava de se assegurar financeiramente. Desse modo, a noção de velho remete à incapacidade de produzir, de trabalhar. Conforme aborda Peixoto (1998) era denominado velho (*vieux*) ou velhote (*veillard*) aquele indivíduo que não desfrutava de *status* social – muito embora, o termo velhote também fosse utilizado para denominar o velho que tinha sua imagem definida como “bom cidadão”.

Foi no início da década de 1920 que as questões referentes ao envelhecimento humano ganharam destaque na pauta das investigações científicas, com pesquisas que contemplavam, basicamente, as transformações fisiológicas e suas perdas para o organismo nesta fase do desenvolvimento. Estudos pioneiros, como os realizados por Stanley Hall, marcaram esta fase embrionária, enfocando a velhice entre os acadêmicos com a publicação, em 1922, da obra *Senescence: the hall of life* (Paiva, 1986).

Essa autora ainda menciona que a velhice por um largo espaço de tempo foi associada a limitações e deficiências, uma vez que esta era objeto da Psicologia do Excepcional, e não do desenvolvimento humano. Não obstante, algumas publicações de autores como Telford & Sawrey (1972) no último capítulo de seu livro *The Excepcional Individual*, dedicam-se à velhice. Seu argumento caracterizava este estágio do desenvolvimento como pouco produtivo do ponto de vista comportamental.

Em 1928 iniciou as primeiras pesquisas experimentais sobre a velhice, a respeito de tópicos tais como: tempo de reação, aprendizagem e memória. Até 1940, no entanto, pouco se pesquisou sobre a vida adulta e a velhice. As pesquisas neste período eram caracterizadas pela expansão e consolidação da psicologia da infância e da adolescência (Baltes, 1995).

Um possível motivo para o planejamento e a execução de um grande número de estudos empíricos acerca do envelhecimento, deve-se ao fato de que os pesquisadores não encontravam na psicologia do desenvolvimento uma resposta satisfatória para a realidade pessoal de envelhecimento nem para a velhice como fato social, fenômeno sem precedentes na experiência da humanidade (Neri, 1995). A autora ainda enfatiza que, por muito tempo, à velhice foi estudada apenas dentro da psicologia de desenvolvimento e com importância inferior ao estudo da psicologia infantil.

Estudos lidavam com o envelhecimento como uma fase em que existem perdas, perdas essas gradativas das capacidades tanto físicas quanto psíquicas. Segundo Baltes (1995), a evolução do campo da psicologia do envelhecimento, no século XX, ocasionou mudanças também na natureza da psicologia do desenvolvimento que, em vários países, especialmente nos EUA, era um campo sobreposto ao da psicologia infantil.

Com os avanços dos estudos da Psicologia do Envelhecimento, a busca da velhice bem-sucedida alia-se a experiência de vida que os idosos possuem e os fatores da personalidade para que estes possam desenvolver mecanismos que contribuam para uma boa saúde física e mental, autonomia e envolvimento ativo com a vida pessoal, a família, os amigos, o ócio, o tempo livre e as relações interpessoais (Neri, 2004).

Na medida em que esta nova área da psicologia vai se alinhando, vão ocorrendo também mudanças nos enfoques do desenvolvimento humano, visto que este território foi ampliado, incluindo-se novos contextos da vida e novos fenômenos evolutivos. Áreas como a psicologia clínica, a psicologia organizacional e a psicologia do trabalho, também tiveram que se adaptar a essas mudanças e novas perspectivas.

Segundo Neri (1995),

a psicologia do envelhecimento é hoje a área que se dedica à investigação das alterações comportamentais que acompanham o gradual declínio na funcionalidade dos vários

domínios do comportamento psicológico, nos anos mais avançados da vida adulta (p.13).

Conciliar os conceitos de desenvolvimento e envelhecimento foram a *priori* um dos desafios enfrentados pela psicologia do envelhecimento, tradicionalmente tratados como antagônicos, tanto pelos cientistas, quanto pela sociedade civil e a família, já que se considerava a velhice como um período sem desenvolvimento.

O fato dos idosos corresponderem a uma parcela cada vez mais representativa da população, do ponto de vista numérico, proporcionou uma preocupação maior da sociedade com o processo de envelhecimento (Debert, 2004; Stucchi, 2003). A realidade nos apresenta uma sociedade com pessoas vivendo cada vez mais tempo, despertando assim questionamentos sobre o modo como é percebido o processo de envelhecer e trazendo transformações nos valores éticos, estéticos e sociais.

Atualmente, lidar com o tema velhice e terceira idade é transitar por dois modelos antagônicos de se pensar o envelhecimento: no primeiro deles trata-se de construir um quadro voltado para a situação de pauperização e abandono a que a pessoa idosa é relegada, alimentando os estereótipos da velhice como um período de retreinamento perante a doença e a pobreza, legitimando as políticas públicas. No segundo trata-se de apresentar idosos como seres ativos, capazes de dar respostas originais aos desafios que enfrentam em seu cotidiano, redefinindo sua experiência de forma a se contrapor aos estereótipos ligados a velhice (Debert, 2004).

Nesse sentido, pensar na positividade da identidade do idoso significa atentar-se para duas questões principais, abordadas pelos autores Minayo & Coimbra (2002, p.14). Primeiramente é reconhecer o que há de importante e específico nessa etapa da vida para desfrutá-la. E a outra questão é compreender, do ponto de vista desse grupo social, os sofrimentos, as doenças e as limitações com toda a carga pessoal e familiar que tais situações acarretam, embora nunca tratando tais acontecimentos dolorosos e tristes como sinônimos de velhice.

O envelhecimento é uma experiência diversificada, não podendo ser encarada como um processo homogêneo. O envelhecimento é sujeito às influências de diferentes contextos sociais, históricos e culturais. Cada indivíduo vivencia essa fase da vida de forma diferenciada, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais

(classe, gênero e etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas (Bassit, 2002; Minayo & Coimbra JR., 2002; Neri, 1995).

Segundo Motta (2002), no imaginário social o envelhecimento é um processo que concerne à marcação da idade como algo que se refere à natureza, e que se desenrola com o desgaste, limitações crescentes e perdas físicas e de papéis sociais, em trajetória que finda com a morte. Não se costuma pensar em nenhum bem; quando muito, alguma experiência. Tal pensamento reforça crenças estereotipadas sobre os velhos como categoria unitária e homogênea, com metas parecidas, problemas idênticos e iguais circunstâncias de vida, conforme aborda Neri (1995).

Apesar de a velhice ser um fenômeno biológico, a forma como cada pessoa envelhece está determinada por questões subjetivas, condicionadas às questões da hereditariedade, do social e do cultural, incluindo-se aí a sua história de vida (Santos, 2003). O status da velhice é imposto ao homem pela sociedade à qual pertence. A sociedade, segundo Beauvoir (1990), lhe destina um lugar e um papel, e o indivíduo que envelhece é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele. A autora destaca também que a velhice difere conforme o contexto social em que viveu e vive o indivíduo. Assim, como aborda Caldas (2002), não existe uma velhice, mas há velhices: masculinas e femininas; uma dos ricos, outra dos pobres; uma do intelectual, outra do trabalhador braçal.

Assim, o envelhecimento deixa de ser apenas uma fase biológica, passando a ter diferentes construções de acordo com as relações de poder, as expectativas dos papéis sociais das pessoas no grupo, as relações de gênero e os conflitos que fazem parte da vida, podendo encaminhar situações de readaptação, invenção de valores e/ou exclusão (Heck & Langdon, 2002, p.129).

No Brasil, com o envelhecimento da população em processo acelerado e a evidência de novas demandas, foi instituído a Política Nacional do Idoso, concretizada na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, com a finalidade de assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, propondo, no que se diz respeito à saúde, uma readequação da rede de serviços. Além disso, sugere a reformulação de currículos universitários, o desenvolvimento do turismo e do lazer, a assistência social integral ao idoso, dentre outras medidas (Brasil, 1996). Verifica-se uma maior sensibilidade da

sociedade voltada para os problemas do envelhecimento quando, encorajando a busca da auto-expressão e à exploração de identidades de um modo que era exclusivo da juventude, programas voltados para os idosos, como as “escolas abertas”, as “universidades para a terceira idade” e os “grupos de convivência” abrem espaço para que uma experiência inovadora possa ser vivida coletivamente (Debert, 2004). Tais projetos representam a conquista de um representante espaço de participação social e recuperação da auto-estima. As pessoas da terceira idade que se envolvem nesses programas despertam potencialidades e ajudam a melhorar a imagem social da velhice (Jordão Neto, 1998).

No processo de expansão das ciências naturais, percebeu-se a tendência de procurar sistematicamente estabelecer leis gerais para aquilo que determinava e caracterizava os fenômenos, e uma rejeição clara em relação àquilo que não podia ser verificado empiricamente. Esta característica perpassou também todas as áreas ligadas ao desenvolvimento humano, incluindo o envelhecimento, que passou a ser apontado, em toda a sua variabilidade de caso para caso, como assunto a ser verificado cientificamente, tanto em suas causas como em suas regularidades (Neri, 1995). Passar das crenças populares, dos mitos para uma psicologia com características científicas em termos de desenvolvimento foi um processo lento. Tradicionalmente, a psicologia do desenvolvimento articulava seus conhecimentos em torno de um grupo de pressupostos, assim explicitados:

[...] os processos de desenvolvimento ocorrem na infância e têm nesta etapa a particularidade de marcar irreversivelmente todo o desenvolvimento posterior: a adolescência é uma etapa de crises, de ruptura e convulsão; a idade adulta é sinônimo de estabilidade, de ausência de mudanças importantes; a velhice se identifica com deterioração psicológica (Carretero, 2000).

Pouco se modificou nesta visão estereotipada de tópicos evolutivos. Ainda se constrói grande parte das atividades e das expectativas, tanto educacionais como sociais, com base nesses pressupostos, que, em grande parte já estão ultrapassados por pesquisas, conhecimentos e descobertas mais recentes. Aqui se inclui a manifestação clara e inequívoca dos idosos, que nos mostra uma vivência competente e ativa nas idades mais avançadas, relativizando nossos escalonamentos e conhecimentos (Lichtenfels, 2007).

O Seattle Longitudinal Study (Schaie, 1996), que ocorreu ao longo de 35 anos entre 1956-1991, é um exemplo de pesquisa com resultados que questionam esta visão estereotipada de desenvolvimento como meia lua: o crescimento (evolução) da infância até a vida adulta e depois a decadência (involução) da vida adulta até a velhice. Esta pesquisa avaliou capacidades intelectuais primárias, rigidez e flexibilidade intelectual, experiências de vida e variáveis sociodemográficas. Foram sujeitos da pesquisa em torno de 5 mil pessoas adultas, que foram avaliadas em seis momentos diferentes: 1956, 1963, 1970, 1977, 1984 e 1991. O estudo encontrou respostas como estas: não existe uniformidade nas mudanças das capacidades intelectuais relacionadas à idade. As mudanças ligadas às funções intelectuais variam em relação ao tempo em que acontecem para cada um, e também no modo como acontecem (Neri, 2002).

Nas últimas décadas, surgiram muitos outros estudos importantes em relação ao tema, como o *Berlin Aging Study*, BASE, ou *Berliner Altersstudie*, um estudo multidisciplinar com pessoas entre 70-100 anos que se realizou em Berlim, entre 1990-1993, com 516 pessoas, levantando informações básicas sobre a saúde corporal e psíquica, capacidades intelectuais, bem como a situação psicossocial e econômica. Seus resultados desmistificaram os estereótipos que desqualificam os idosos como rígidos, dependentes, inúteis e senis, apresentando resultados de competências no cotidiano, de satisfação apesar de fragilidades e de intensificação das dificuldades somente nas idades bem mais avançadas⁴

Realizou-se igualmente um estudo em Portugal, *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*, em que foi caracterizada uma amostra de 1.665 idosos com 75 anos ou mais, residentes em 13 Distritos de Portugal, nos anos 2000-2001. O instrumento utilizado na recolha dos dados dos 1.354 sujeitos (81,3%) da amostra foi o *EASYcare*. Sua conclusão, de forma resumida foi a seguinte: “A qualidade de vida, para a maioria dos idosos, pode ser considerada bastante positiva, sendo que uma minoria apresentou problemas de diminuição cognitiva grave ou algum grau de dependência” (Sousa, *et al.*, 2003).

O estudo científico do desenvolvimento humano está focalizado no quanto e como as pessoas mudam e também não mudam, do nascimento até a morte.

⁴ Berlin Aging Study (BASE), c/o Max Planck Institute for Human Development, Lentzeallee 94, 14195 Berlin, Germany. Consultado em (Janeiro, 2011) em <<http://www.base-berlin.mpg.de>>

Aparentemente, as mudanças são mais visíveis e óbvias na infância, mas elas são constantes e impactantes durante toda a vida do ser humano. Baseado nessa premissa, a OMS – Organização Mundial da Saúde (WHO, 1999)– tem incentivado propostas de atuação na área do envelhecimento baseadas em programas que incentivam um “envelhecimento ativo” (*active aging*), em todos os países, mas especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil.

Trata-se de modelos que levam as pessoas mais velhas a permanecerem saudáveis e ativas, e isto não deveria ser visto como um luxo, mas como uma necessidade, ressalta o órgão. Segundo os propósitos da OMS, os programas devem levar em conta os direitos, as necessidades, bem como os desejos e as capacidades das pessoas idosas, e isso dentro da perspectiva de curso de vida, considerando as suas histórias de vida e seu contexto em particular como da maior importância⁵.

Gostaríamos de ressaltar o conceito “envelhecimento ativo” (*active aging*) da OMS, que tem uma profunda ligação com a perspectiva de desenvolvimento do curso de vida, *lifespan*, que é fundamental nesta tese. O prolongamento de vida que está sendo previsto para grande parte da população necessita ser acompanhado de possibilidades para manter a saúde, possibilidades de participar ativamente da vida social, otimizando as capacidades e garantindo a segurança pessoal para uma melhor qualidade de vida. Esse conceito envolve o aspecto individual, mas também o grupal. Envelhecer ativamente envolve potencializar aspectos corporais, sociais, emocionais e espirituais para o bem estar em todo o transcurso da vida. Cada idoso(a) pode participar ativamente da vida social dentro de suas expectativas, necessidades e capacidades; deve-se, ao mesmo tempo assegurar aos idosos portadores de necessidades especiais a devida segurança, cuidado e proteção (Salvador, 2004).

Faz-se necessária uma explicação do termo “ativo”, neste contexto, pois ele designa uma participação permanente na vida social, econômica, cultural, espiritual e civil, não se referindo somente a movimentos ativos do corpo ou a estar integrado ao processo de trabalho formal. O termo “ativo” inclui aqui as pessoas idosas aposentadas, ou as dependentes, fracas, doentes, deficientes que podem, mesmo assim, contribuir ativamente na sua família, comunidade e localidade (WHO, 2002).

⁵ WHO, Weltgesundheitsorganisation, Abteilung für Vorbeugung von nichtübertragbaren Krankheiten und Förderung der geistigen Gesundheit.

A prática de atividades físicas, lazer, redução do consumo de tabaco, dentre outros, são questões consideradas necessárias para o envelhecimento saudável, ou seja, um envelhecimento acompanhado de ganho substancial em Qualidade de Vida e saúde (OMS, 2005).

O envelhecimento ativo é definido pela OMS (2005) como sendo o “processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a Qualidade de Vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (p. 13). A perspectiva do envelhecimento ativo está pautada no reconhecimento dos direitos humanos e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização das pessoas mais velhas, preconizados pela Organização das Nações Unidas (ONU). Nesse sentido, no planejamento estratégico de ação, o foco, antes centrado nas necessidades e considerando as pessoas mais velhas como passivas, é direcionado para uma abordagem baseada em direitos iguais de oportunidades, favorecendo a responsabilidade individual e participação dos mais velhos nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade (OMS, 2005).

Conforme aborda Debert (1999) há diferenças na maneira com que as várias culturas interpretam, simbolizam e vivenciam o envelhecimento. Assim, considera-se que o envelhecimento humano não se dá de maneira homogênea (Pereira *et al.*, 2003).

Temos consciência das necessidades expostas acima, de que um envelhecimento satisfatório somente é possível quando possibilitarmos aos idosos a sua participação ativa na vida sociocultural, otimizando suas capacidades e garantindo acesso a cuidados de saúde e de segurança pessoal. Refletindo sobre esses aspectos básicos, surge uma preocupação em relação ao modo de como estamos entendendo o desenvolvimento humano na fase mais tardia de vida.

Diante desse cenário, de maior visibilidade da velhice e do envelhecimento, que questões ligadas ao idoso e a sua sexualidade não podem ser deixadas de lado. Buscaremos então abordar tal temática a seguir, no capítulo II.

CAPÍTULO II

Sexualidade na Terceira Idade

2. Sexualidade na Terceira Idade

Dissertar sobre a sexualidade, sobretudo, a sexualidade na terceira idade é uma tarefa complexa, pelos tabus e mitos que o tema inspira. (Almeida & Lourenço, 2007). A limitada visão da sociedade, tanto em relação à velhice quanto em relação à sexualidade, na maioria das vezes classifica esse período da vida como um período assexuado. Como aborda Heaphy (2007), a sexualidade na velhice constitui um daqueles temas considerados delicados ou tabus no âmbito da pesquisa e do discurso acadêmico e, talvez por isso, seja ainda um tema pouco abordado nos estudos sobre envelhecimento.

A maioria das pesquisas relacionadas com a sexualidade na velhice ou entre adultos de mais idade (*older adults*) tem como objetivo fazer o levantamento das práticas e comportamentos sexuais dessa população, na qual o foco recai quase sempre em aspectos relacionados aos “problemas” definidos como próprios da idade. A questão não é negar problemas de saúde que incidem sobre as práticas sexuais ou a existência de fatores orgânicos, mas ressaltar a ligação inadequada que tais discursos efetuam, naturalizando a sexualidade nesse tempo de vida sempre como problemático (Lindau *et al.*, 2007; Almeida, 2007).

Ao pensar na sexualidade humana, Bozon (2002) lança um olhar sociológico mostrando que a construção social tem um papel central na elaboração da sexualidade. O autor aborda que como “construção social”, a sexualidade humana implica, de maneira inevitável, a coordenação de uma atividade mental com uma atividade corporal, ambas aprendidas através da cultura. As disciplinas, os saberes, as representações e conhecimentos referentes à sexualidade são produtos históricos e culturais, nos quais contribuem para modificar e moldar os cenários culturais da sexualidade, e a fazer acontecer, ou até mesmo fixar aquilo que descrevem (Bozon, 2004, p. 14).

Referindo-se à sexualidade na perspectiva da construção social, nesse mesmo olhar sociológico, Heilborn (2006) considera que a expressão da sexualidade se dá num contexto social o qual orienta a experiência e a expressão do desejo, das condutas, nas práticas corporais e nas emoções, considerando não ser essa emoção humana algo natural, universal e inato. O autor complementa ainda que o grau de importância que a sexualidade assume varia de pessoa para pessoa, sendo que a variação é resultado de

processos sociais e que têm sua gênese no valor que a sexualidade apresenta em determinados espaços sociais e nos roteiros específicos de socialização com que os indivíduos se deparam.

O mesmo autor aborda que a cultura é responsável pela transformação dos corpos em entidades sexuadas e socializadas, por meio de redes de significados, de escolha de parceiros. Os desejos e modos de viver a sexualidade são modelados, orientados e esculpidos pelos valores e práticas sociais, dando origem a carreiras sexuais/amorosas (Heilborn, 1999, p.40). Portanto, para analisar qualquer prática vinculada à sexualidade, é fundamental perceber os sentidos que ela tenha para o sujeito que a exerce, dentro de seu momento histórico e contexto cultural.

As influências culturais são marcantes e devem ser levadas em conta quando se procura analisar a sexualidade da pessoa. Evidente que cada cultura entende e representa a sexualidade de uma forma diferente. É importante ressaltar que vai depender de como a sexualidade é vivenciada pela pessoa desde a infância, como foi construída a identidade sexual de cada indivíduo. A sexualidade da pessoa idosa deve ser vista com naturalidade, uma vez que está circunscrita à sua vivência, não se confundindo com algo de extraordinário, nem tampouco como algo depreciativo.

Verifica-se que há uma tendência de vinculação imediata ao falar de sexualidade remeter-se ao ato sexual, única e exclusivamente. A maioria dos estudos sobre envelhecimento e sexualidade foca nos aspectos fisiológicos da vida sexual, como mudanças físicas, doenças relacionadas com a idade, menopausa, tudo isso visto como fatores que apontam para a inibição do desejo e funcionamento sexual (Carpenter, Nathanson & Kim, 2006). Ou seja, o pano de fundo dessas investigações e pesquisas, trata a sexualidade como puro e simplesmente, ato sexual.

A sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital. Como aborda Laplanche (1995, p. 619), a sexualidade envolve toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância. Fundamentando-se nessa mesma abordagem, Lemos (2003) considera que a sexualidade manifesta-se em todas as fases da vida, acompanhando o ser humano desde os primeiros dias e segue até o fim da existência, não devendo ser confundida como sexo genital, abrange uma multiplicidade de sentimentos, como paixão, amor, prazer, afetividade.

De acordo com Chauí (1984), a sexualidade é polimorfa, polivalente, ultrapassa a necessidade fisiológica e tem relação direta com a simbolização do desejo. Não se reduz aos genitais, uma vez que em qualquer parte do corpo é possível a sensação de prazer sexual. A satisfação sexual pode ser alcançada sem a união dos genitais. Refere-se à emoção que o sexo pode produzir, transcende definições físicas e se coloca como algo mais difuso que permeia todos os momentos da vida (Diamantino, 1993). Configura-se de modo relacional, em meio à vida, mediada pelos corpos individuais e coletivos que se expressam de forma integrada à dinâmica biológica, psicoemocional e sociocultural (Mandú, 2005).

Ao contrário do que muitos pensam, a velhice é uma idade tão frutífera como qualquer outra no que se refere à vivência do amor e a questão da prática da sexualidade. Mas, infelizmente existem muitos mitos que dificultam a compreensão de como a vivência do amor e da sexualidade possam estar relacionadas com pessoas de idade avançada.

A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estão inexoravelmente ligados têm sido responsável pela pouca atenção dada a uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida, como é a sexualidade (Zamlutti, 1996).

A não importância da sexualidade na terceira idade vem de longe. Foucault, um filósofo francês, em seu livro “La Volonté de Savoir” (“A História da Sexualidade”), publicado pela primeira vez em 1976, no qual foi traduzido para o inglês e publicado nos EUA e no Canadá em 1978, apresenta dados interessantes a respeito do tema. O autor abordava que o uso dos afrodisíacos não deveria prolongar-se até demasiado tarde nem começar demasiado cedo, sendo perigosas as relações sexuais na velhice, pois esgotariam o corpo incapaz de reconstruir os princípios que lhe foram retirados. Ou seja, é como se o corpo do velho não tivesse mais condições de viver a sexualidade.

Não necessariamente o envelhecimento humano implica distúrbios sexuais, entretanto literaturas que abordam o assunto mostram que o avanço da idade apresenta um declínio gradual na atividade sexual. Muito embora, o interesse e a atividade sexual sejam mantidos durante toda a vida (mas em níveis reduzidos) é reconhecido que três fatores principais interferem: problemas de saúde, a falta de um parceiro disponível e

atitudes negativas com relação ao sexo na velhice (Marshall, 2006; Vasconcellos, *et al.*, 2004).

Em seu livro sobre a velhice, Zimerman (2000), ao discutir o tema violência, a autora inclui, além de maus-tratos físicos, alguns valores culturais depreciativos em relação à velhice, como massificação, culto à juventude e a ideia de que o velho não tem vida sexual, como mais um mito de desrespeito com o qual a sociedade trata a pessoa idosa e com a qual ela própria compactua. “Os velhos que têm vida sexual ativa muitas vezes envergonham-se de admiti-los. A família e a sociedade costumam desencorajá-los a isso” (Zimerman, 2000, p. 43).

As normas culturais (estereótipo que liga velhice à decrepitude) são introjetadas e se traduzem nas condutas individuais, incluindo as da sexualidade (Ramos, 2000). Os especialistas, baseados na noção de direitos da velhice posicionam-se contrariamente a este ponto de vista, muitas vezes baseados em Freud e suas observações da sexualidade com finalidade de prazer, em detrimento da reprodução.

Diokno, Brown e Herzog (1990) estudaram a função sexual em uma comunidade de Michigan, com idade superior aos 60 anos, constatando os seguintes resultados: 73,8% dos homens casados e 55,8% mulheres casadas eram sexualmente ativos. Entre os não casados, estes índices caíam para 31,1 e 5,3%, respectivamente. A taxa média de impotência entre os casados alcançava 35,3% e, em geral, estava associada a histórias de ataques cardíacos, incontinência urinária ou uso de sedativos. O consumo de, no mínimo, uma xícara de café ao dia, era associado à prevalência de alta atividade sexual em ambos os sexos.

A disfunção sexual tem alta prevalência entre os homens idosos e é frequentemente considerada uma consequência inevitável da idade. Para determinar se outros fatores se relacionam ou se associam a esse declínio da função sexual, Mulligan (1988) estudaram 2 grupos de pacientes de um ambulatório de geriatria: A) 65 a 75 anos e B) acima dos 75 anos e compararam as respostas com um grupo de pacientes clínicos de menos de 65 anos. De 347 pacientes estudados, 30% do grupo controle, 31% do A e 47% do grupo B referiam ausência de libido; disfunções eréteis foram reportadas por 26% do grupo controle, 27% do grupo A e 50% do grupo B (significante estatisticamente). Verificaram ainda significativa correlação entre a disfunção sexual e mau estado de saúde, diabetes melitus e incontinência urinária. Portanto, embora a

disfunção aumente com a idade, ela está mais frequentemente relacionada com outros estados mórbidos do que com a idade.

No estudo realizado em Massachusetts, sobre o envelhecimento masculino, Kingsberg (2000) destaca que 57% dos homens com 60 anos e 67% dos homens com 70 anos referiram alguma disfunção erétil. O mesmo autor ao abordar a abstinência sexual de mulheres “menopausadas”, tem-se que tal abstinência pode ser devida às dificuldades de ereção de seus parceiros. Ou seja, a sexualidade da mulher climatérica⁶ não é influenciada somente pelo hipoestrogenismo⁷, como também por fatores psicossociais e culturais associados ao envelhecimento.

O estudo De Lorenzi e Salcilo (2006) objetivou identificar os fatores referentes à frequência da atividade sexual de mulheres pós-menopáusicas, para tanto, foram entrevistadas 206 mulheres nesta condição, atendidas num serviço universitário da região Sul do Brasil, com idade entre 45 e 60 anos. Os resultados dos estudos demonstraram que 60% das entrevistadas apresentaram diminuição da atividade sexual após a menopausa, no entanto, ela foi atribuída principalmente (41,7%) a impotência sexual do parceiro.

Um estudo realizado por Gott & Hinchliff (2003) em Sheild (Reino Unido) teve como objetivo pesquisar a importância atribuída ao sexo por pessoas idosas. Foram utilizadas pelas autoras entrevistas em profundidade, questionários e escalas de qualidade de vida com 69 participantes de 30 a 92 anos. Os resultados apresentados na pesquisa referem-se a 44 participantes (23 mulheres e 21 homens) com idade entre 50 e 92 anos.

Tal estudo mostrou que os participantes que têm um parceiro atribuem, por menor que seja, alguma importância ao sexo, sendo que aqueles participantes que atribuem muita importância ao sexo relacionam isto com o fato de seus relacionamentos serem completos e ao fato de não vivenciarem barreiras para o sexo. O subgrupo de participantes, tipicamente viúvas, que não consideram que o sexo tenha alguma importância em suas vidas está relacionado à falta de parceiro e também ao fato de não pensar em ter um novo relacionamento sexual na sua vida. Outro fator importante que contribui para a falta do sexo refere-se à vivência de barreiras (o parceiro apresenta

⁶ O climatério é o nome científico que descreve a transição fisiológica do período reprodutivo para o não reprodutivo na mulher. O período do climatério abrange a menopausa, que ocorre com a última menstruação espontânea.

⁷ Significa a baixa produção de hormônios femininos: O estrogênio.

problemas de saúde ou não ter um parceiro) fazendo com que os entrevistados atribuam um valor menos importante à atividade sexual. Já aqueles participantes com 70 e 80 anos referem que a importância do sexo diminui se comparada quando tinham 50, 60 anos, mas isso não é associado simplesmente ao passar dos anos, mas à prevalência de barreiras que resultam num redimensionamento do lugar e do valor do sexo na vida da pessoa idosa. Neste estudo uma minoria, refere maior prazer com o sexo na velhice ou que o sexo tenha assumido uma grande importância em sua vida.

Em um estudo realizado em Milão e Monza na Itália, por Umidi, Pini Ferrett, Vergani e Annoni (2007), para investigar aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos na sexualidade e afetividade na velhice (participaram da pesquisa uma totalidade de 130 pacientes ambulatoriais residentes em Milão e 100 pacientes ambulatoriais residentes em Monza) verificou-se que o idoso apresenta um desejo de comunicar e transferir suas emoções a partir da esfera afetiva e sexual, mas tem diferentes níveis de desejo para o contato físico. A persistência do desejo para manter relações emocionais afetivas e físicas difere nas duas amostras, sendo os participantes de Milão com maior desejo e demanda por contato físico do que os participantes de Monza. A base de diferença entre as amostras e o que parece ser mais importante para tais diferenças é o contexto social, que cria diferenças entre o morador da cidade e aqueles que vivem na província. Eles encontraram mais tabus com origem na religião e na dificuldade em falar sobre tópicos pessoais privados em Monza, do que em Milão.

Relacionado ao desejo os autores referem que o estado civil é uma influência importante, uma vez que as pessoas casadas expressam mais desejo do que as viúvas. Outro fator importante, ainda relacionado ao desejo, é a percepção do estado de saúde está relacionada com a presença do desejo, sendo que a falta do desejo está associada à percepção de doenças como depressão, hipertensão e hipertrofia prostática. Por fim, condições culturais também aparecem na coleta de dados, por exemplo, a dificuldade para viúvas (os) e pessoas solteiras na velhice ter um novo amor, um novo relacionamento sexual devido “as memórias do passado” e a ideia de que a atividade sexual declina com a idade.

Percebe-se, por meio de estudos apresentados, que a vivência da sexualidade é influenciada por diversos fatores, como por exemplo, a ausência de um parceiro, as barreiras sociais como doenças, contexto social que proporcionam a criação de tabus

referentes à sexualidade do idoso, o uso de medicamentos contínuos também associados à diminuição da frequência da atividade sexual.

Não há razão para os idosos abandonarem sua atividade sexual. O sexo pode ser tão gratificante como na juventude ou na idade adulta. Sendo que a expressão da sexualidade pode ser expressa de diferentes formas, através de abraços, beijos e acima de tudo, a companhia. Entretanto, assumir a sexualidade dos idosos como algo natural está longe de ser compreendida e aceita pela nossa sociedade. A falta de informação, aliada ao preconceito, reforça o estereótipo da velhice assexuada, acarretando atitudes e comportamentos que podem elevar a vulnerabilidade do idoso frente a questões como a AIDS.

CAPÍTULO III

A AIDS no Mundo e no Brasil

3. A AIDS no Mundo e no Brasil

No início dos anos de 1980 foi descoberto um novo retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Barré- Sinoussi *et al.*, 1983) e a doença por ela causada, a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (Gottlieb *et al.*, 1981). A pandemia⁸ da infecção pelo vírus HIV constitui-se em um fenômeno, cuja forma de ocorrência, nas diferentes partes do mundo, configura-se como epidemias⁹ regionais com características e determinantes próprios. A epidemia dessa retrovirose disseminou-se por todos os continentes ou políticas, sem respeitar fronteiras geográficas, sociais, culturais, econômicas ou políticas, vindo a se tornar um dos mais graves problemas mundiais de Saúde Pública da atualidade. Sabe-se que a infecção por HIV é predominantemente uma doença sexualmente transmissível, que pode causar adoecimento e morte. A população considerada mais vulnerável compreende aqueles entre 15 e 50 anos de idade, indivíduos em plena vida sexual ativa (Barnett & Whiteside, 2002).

O HIV causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4, sendo que quanto mais baixo for o índice desses, maior o risco do indivíduo desenvolver AIDS. O período entre a aquisição do HIV e a manifestação da AIDS pode durar alguns anos, porém, apesar de o indivíduo portador do vírus estar muitas vezes assintomático, pode apresentar importantes transtornos na esfera psicossocial, a partir do momento em que fica sabendo de seu diagnóstico.

No primeiro período da epidemia, de 1981 a 1984, houve uma busca por fatores de risco associados à nova doença, ainda desconhecida em sua etiologia¹⁰ e distribuição, através de estudos epidemiológicos. Rapidamente, surge a noção de grupos de risco (Ayres *et al.*, 1999).

⁸ Uma pandemia é uma epidemia de doença infecciosa que se espalha entre a população localizada em uma grande região geográfica como, por exemplo, um continente, ou mesmo o planeta.

⁹ Uma epidemia se caracteriza pela incidência, em curto período de tempo, de grande número de casos de uma doença.

¹⁰ Etiologia é o estudo das causas. Uma espécie de ciência das causas. No ramo da biologia, a Etiologia se preocupa com as causas das doenças.

As primeiras campanhas em Nova York e São Francisco em 1983 relacionavam o terror do desconhecimento em relação ao HIV e o sexo. Alguns grupos em maior risco para o desenvolvimento da AIDS nos EUA eram identificados através das descrições epidemiológicas¹¹. O CDC (Centers for Disease Control and Prevention) alertava a população que mesmo que o motivo da doença ainda permanecesse desconhecida, o serviço de Saúde Pública recomendava que o contato sexual com pessoas suspeitas, ou sabidamente com AIDS deveria ser evitado. Membros de grupo de alto risco deveriam ser alertados de que a múltipla parceria sexual aumentava a probabilidade de desenvolvimento da AIDS.

Os homossexuais, hemofílicos¹², haitianos e os usuários de heroína, eram considerados nos EUA como sendo os grupos de alto risco. Esses grupos passaram a ser os alvos das estratégias de prevenção e de exclusão, estratégias estas basicamente se referiam à abstinência e isolamento. Abstinência de relações sexuais, de uso de drogas injetáveis e não doação de sangue.

Muitas pessoas, não identificada como pertencentes aos “grupos de risco” primeiramente apontadas com a descoberta da epidemia, não se percebiam vulneráveis à infecção pelo HIV - homens heterossexuais, jovens, idoso, mulheres casadas, etc. (Alves, *et. al.*, 2002).

A epidemia da AIDS trouxe a público a homossexualidade, no que se refere à sexualidade. Como aborda Costa (1995): “governos e instituições médicas tiveram que reconhecer a existência das relações homossexuais”. Muitos estudos relacionados às formas de prevenção foram destinados a este público, no qual foram categorizados como “grupos de risco”.

Grande parte das pesquisas voltadas para o estudo do HIV/AIDS, desde o início da epidemia até os dias de hoje, relacionavam o HIV/AIDS à homossexualidade masculina (Mansergh, 1998; Bouhnik, 2007; Sheon, 2004). Em sua maioria, estes estudos foram realizados com o objetivo de promover discursos e práticas de prevenção frente à transmissão do HIV. Os estudos focando prioritariamente este público provavelmente deve-se a um número de casos, ainda considerado alto, de infecção por

¹¹ Epidemiologia é uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença, e seus fatores condicionantes e determinantes, nas populações humanas.

¹² Hemofilia é o nome de diversas doenças genéticas hereditárias que incapacitam o corpo de controlar sangramentos, uma incapacidade conhecida tecnicamente como diátese hemorrágica.

via sexual homossexual e ao risco elevado atribuído ao contato sexual por via anal (Beloqui, 2008).

Inicialmente a AIDS começa a ser mencionada nos meios de comunicação brasileiros como uma doença “vinda do exterior”, basicamente dos Estados Unidos da América e, em especial, de Nova Iorque. Em 1984 foram notificados 134 casos de HIV no Brasil, sendo destes 64 em homossexuais, 7 em heterossexuais e 11 em usuários de drogas injetáveis (UDI). Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 1985, foram notificados 553 casos, sendo 256 em homossexuais, 28 em heterossexuais e 38 em UDI.

Segundo o *Report on the Global Aids Epidemic* (UNAIDS) até 2009, estimava-se que aproximadamente 33,4 milhões de pessoas viviam com HIV no mundo. Embora a porcentagem global de pessoas vivendo com HIV tenha se estabilizado desde 2000, o número absoluto de pessoas portadoras tem aumentado como resultado do crescente número de novas infecções a cada ano e maior acesso à terapia antirretroviral.

A AIDS foi detectada no Brasil em fins de 1982, pela médica dermatologista Valéria Petri, em dois rapazes de 30 e 32 anos que tinham estado nos EUA (Perlongher, 1987, p.50). A primeira vítima foi o costureiro Markito, no ano seguinte, e que teve sua agonia de morte intensamente divulgada pela imprensa. A partir daí, e por alguns anos, a doença seguiu um curso aparentemente claro e distante da maioria da população: atacou mais diretamente o grupo dos homossexuais masculinos, dos drogados, das prostitutas, travestis, dos casais “liberais”.

Em 1986 a doença transpõe as barreiras de grupos específicos, passando a se “democratizar”. Boa parte dos casos constatados de AIDS provinha de indivíduos das classes populares. Mas a doença permanece associada ao homossexualismo, numa imagem “americanizada” que, longe de se modificar, ganha mais forças, pois os casos mais notórios e públicos de indivíduos com AIDS são de homossexuais. No ano de 1988, no Brasil, já havia sido notificado 1458 casos de HIV entre homossexuais, 531 casos entre heterossexuais e 685 casos entre os UDIs (usuários de drogas injetáveis).

Outro momento da epidemia pode ser caracterizado de 1989 até 1999, período marcado pela percepção dos limites das estratégias de mudanças comportamentais. “Os comportamentos de risco não se encerram na individualidade de quem os pratica” (Kalichman, 1993). Além disso, ocorreu uma explosão visível a epidemia nos segmentos mais vulneráveis da sociedade - pessoas mais pobres, mulheres, negros e

jovens. A doença começou a mudar o perfil mais decididamente, aumentando entre os setores mais desfavorecidos economicamente da população e apresentando uma ligeira estabilização naqueles grupos inicialmente denominados grupos de risco.

A AIDS, que até 1985 tinha 76% dos infectados com nível superior ou segundo grau completo foi, progressivamente, atingindo analfabetos ou pessoas com o primeiro grau completo, chegando estes a representar, em 1994, 65% dos casos (Ministério da Saúde, 1998). Conforme aponta o Ministério da Saúde, as populações tradicionalmente marginalizadas e sobre as quais recaem a maioria das doenças endêmicas (causadas pela fome e ausência de saneamento), estão se infectando, cada vez mais, pelo HIV.

De acordo com publicação recente da UNGASS (“Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas” – sigla em português), a epidemia da AIDS está presente em todas as regiões do Brasil e sua disseminação tem diminuído nos últimos anos, refletindo a impacto positivo da combinação de fatores. Questões como: equidade de gênero, respeito à diversidade sexual e a promoção de direitos sexuais e reprodutivos ganharam força e importância no programa de trabalho para o governo e em vários movimentos sociais.

O que se observa é que o avanço da epidemia torna cada vez mais um perfil determinado pelas condições econômicas e culturais da população, o que, inclusive, acaba por fazer com que o padrão de contaminação da AIDS se assemelhe àquelas das demais doenças contagiosas no Brasil, guardadas as diferenças devidas pela especificidade da AIDS. Dentre as pessoas infectadas pela AIDS, essa camada social ainda enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde e informações, de um modo geral, e à informação sobre saúde, de um modo particular.

A AIDS espalhou-se por todas as classes econômicas da população brasileira e no mundo, graças a sua forma de transmissão, expandiu-se e coletivizou o risco, migrando dos países desenvolvidos para os periféricos e da elite intelectual para as massas. Devido ao fato da doença ainda ser fatal e até hoje não existir cura, a AIDS causou medo e fez com que a população começasse a mudar de hábitos, fato que certamente abalou as relações sociais do final do século XX. Como abordou Biancarelli (1997), essas características da doença garantiram uma posição de destaque no noticiário brasileiro. O autor aborda que demais enfermidades centenárias como a

tuberculose, ou que continuam matando mais que a malária, não receberam nem uma pequena parcela de atenção recebida pela AIDS na mídia.

A nomeação dos grupos de risco, a identificação da epidemia nos “outros”, são manobras que fazem com que a AIDS ainda seja tratada como algo episódico, o que claramente contrapõe à realidade das estatísticas. Caminhando para a noção de epidemia, amplia-se o caráter de generalização, fugindo das ideias iniciais que contrapõem a noção de risco. Caem as barreiras entre o que é “normal”, e, portanto “comportamento seguro”, e o que “não é normal”, e então “comportamento de risco”.

Ao conceito de grupos de risco foi contraposto o de comportamento de risco-conceito este que se propunha a retirar o peso de estigma dos grupos antigos pela noção inicial, já que universalizava a preocupação com o problema e colocava o indivíduo como sujeito ativo de sua prevenção. Ainda, “o conceito comportamental traz para dentro das discussões sobre as determinações do risco novas abordagens que, para além do enquadramento clínico-individual, apontam para conteúdos populacionais e, portanto, mais relacionados a dimensões culturais, políticas, sociais e históricas subjacentes aos comportamentos e aos riscos a eles relacionados” (Kalichman, 1993).

Mesmo com a presença da AIDS no noticiário, nas campanhas de saúde ela continua a proliferar-se de forma crescente, notadamente na Ásia (China Indonésia e Vietnam) e na Europa do Leste. Segundo dados do Relatório 2004, sobre a epidemia Global da AIDS divulgado pela UNAIDS (Programa de HIV/AIDS das Nações Unidas), na altura a epidemia apresentava também uma face feminina, uma vez que as mulheres representavam quase 50% de todos os soropositivos em 2003, além de serem elas, juntamente com meninas, as que mais sentem o impacto da doença, uma vez que ficam encarregadas de cuidar dos doentes, órfãos e sofrem mais discriminação. É alarmante igualmente a alta taxa de infecção entre jovens de 15 a 24 anos, que respondem por quase 50% dos novos casos.

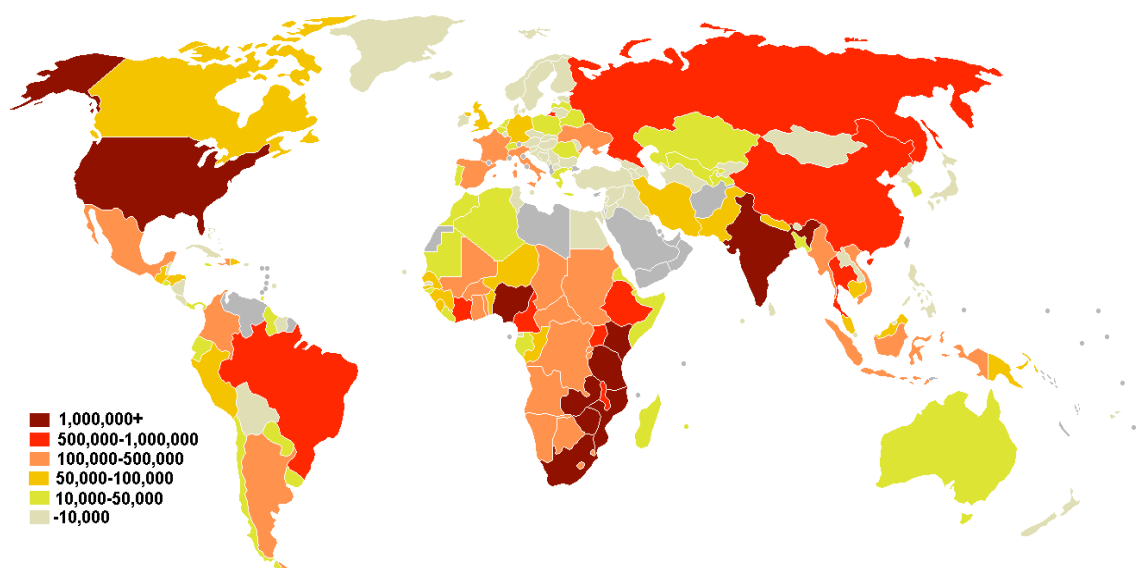
Segundo o *Report on the Global Aids Epidemic* (UNAIDS) de julho de 2008, a prevalência de adultos de 15 a 49 anos que vivem com HIV no Brasil é de 0,6. No Brasil, de 1980 a junho de 2009, foram notificados 544.846 casos de AIDS. Neste período, 271.091 pessoas faleceram em decorrência da doença. A estimativa é que existam 630 mil pessoas infectadas no país. Entre homens adultos, com relação à categoria de exposição, há maior transmissão pela via heterossexual (45,1%). Entre

mulheres, o predomínio da forma de transmissão é heterossexual desde o início da epidemia.

No período de 1995 a 1999, a taxa de letalidade de AIDS caiu para 50%. (Carmo, *et al.*, 2003). A partir de 2000, o coeficiente de mortalidade vem se mantendo estável no país, por volta de 6 óbitos por 100 mil habitantes. Nos últimos oito anos, o número de mortos vítimas da doença caiu entre os homens, mas em mulheres mantiveram-se estáveis. Em 2000, foram registrados 3,7 óbitos por AIDS em cada 100 mil mulheres. Em 2008, o coeficiente foi 4,1 (este aumento não é considerado estatisticamente significativo). Entre os homens, observou-se a diminuição de óbitos a partir de 1998 (de 9,6 registros por 100 mil habitantes, em 1998, para 8,1, em 2008) (UNAIDS, 2009).

Figura 2:

Estimativa de pessoas vivendo com o HIV/AIDS por país



Fonte: UNAIDS 2008 global report

A pandemia da AIDS também pode ser vista como várias epidemias de subtipos distintos, os principais fatores na sua propagação é a transmissão sexual e a transmissão vertical de mãe para filho no nascimento e através do leite materno (Kallings, 2008). Apesar da recente melhoria do acesso ao tratamento antirretroviral e os cuidados de prevenção em muitas regiões do mundo, a pandemia da AIDS custou cerca 2,1 milhões de vidas (variação de 1,9-2,4 milhões) em 2007, sendo que 330.000 pessoas eram

menores de 15 anos. Globalmente, cerca de 33,2 milhões de pessoas viviam com o HIV em 2007, incluindo 2,5 milhões de crianças. Estima-se que 2,5 milhões (variação de 1,8-4,1 milhões) pessoas foram infectadas em 2007, incluindo 420 mil crianças (UNAIDS, 2007).

A África Subsaariana continua sendo de longe a região mais afetada. Estima-se que em 2007, a região continha 68% de todas as pessoas vivendo com AIDS e 76% de todos os óbitos por AIDS, com 1,7 milhões de novas infecções levando o número de pessoas vivendo com HIV para 22,5 milhões, com 11,4 milhões de órfãos da AIDS vivendo na região. Ao contrário de outras regiões, a maioria das pessoas vivendo com o HIV na África Subsaariana em 2007 (61%) eram mulheres. A prevalência em adultos em 2007 foi estimada em 5,0% e a AIDS continua a ser a maior causa de mortalidade nesta região do planeta.

O Sul e o Sudeste da Ásia são as segundas regiões mais afetadas e, em 2007, estima-se que esta região continha 18% de pessoas vivendo com a AIDS e um cerca de 300.000 óbitos devido à doença. A Índia tem cerca de 2,5 milhões de infecções e uma prevalência estimada de adultos de 0,36%. A expectativa de vida da população caiu drasticamente nos países mais afetados; por exemplo, em 2006, estimou-se que caiu de 65 para 35 anos em Botswana.

A África do Sul tem a maior população de portadores do HIV no mundo, seguida pela Nigéria e pela Índia (McNeil, 2007). Nos Estados Unidos, jovens mulheres afro-americanas também estão em risco involuntariamente elevado de infecção pelo HIV¹³. Os afro-americanos formam 10% da população, mas cerca de metade dos casos de HIV/AIDS em todos os Estados Unidos¹⁴. Isto acontece devido em parte à falta de informações sobre AIDS e uma percepção de que eles não são vulneráveis, bem como ao acesso limitado aos recursos de saúde e uma maior probabilidade de contato sexual sem proteção (Arya, *et al.*, 2009).

No Brasil, estima-se que existam 630 mil pessoas vivendo com o HIV. De 1980 (o início da epidemia) até junho de 2009, foram registrados 217.091 óbitos em decorrência da doença. Cerca de 33 mil a 35 mil novos casos da doença são registrados

¹³ Report: Black U.S. AIDS rates rival some African nations". CNN.com. July 29, 2008

¹⁴ White House summit on AIDS' impact on black men". San Francisco Chronicle. June 3, 2010

todos os anos no país. A região Sudeste tem o maior percentual (59%) do total de notificações por ser a mais populosa do país, com 323.069 registros da doença. O Sul concentra 19% dos casos; o Nordeste, 12%; o Centro-Oeste, 6%; e a região Norte, 3,9%. Dos 5.564 municípios brasileiros, 87,5% (4.867) registraram pelo menos um caso da doença,¹⁵. Desde 1983 até 2009, a doença já infectou quase 35 mil pessoas em Portugal¹⁶.

Alguns estudiosos têm discutido que diversas alterações que ocorrem no sistema nervoso das pessoas com HIV/AIDS, associadas com depressão e/ou estresse, podem influenciar a evolução da doença, e as alterações nos estados psíquicos e sociais podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade biológica (Thompson, Nanni & Levine, 1996). O advento dos anti-retrovirais, para o tratamento dos indivíduos com HIV/AIDS, vem proporcionando aumento no tempo de sobrevida, porém, seu alto custo e inúmeros efeitos colaterais associados à inexistência de cura para a doença têm direcionado investigações sobre o impacto qualitativo dessa técnica terapêutica na qualidade de vida, conforme abordam Bucciardini, *et al.*, (2000) e Nieuwkerk, *et al.*, (2000). A AIDS continua sendo uma doença sem cura e seus medos e mitos continuam latentes, ou seja, não se fala abertamente a respeito do assunto e muitos dos portadores continuam invisíveis, optando por viver uma vida normal, na qual as pessoas ao seu redor desconhecem a sua condição.

Nos últimos anos, os estudos realizados sobre a qualidade de vida nessa população têm avaliado não só a dimensão física, mas, também, os aspectos psicossociais e emocionais, apontando novas estratégias de tratamento que são capazes de atuar em tais aspectos e proporcionar melhoria na qualidade de vida dessas pessoas (Martín *et al.*, 2002 e Molassiotis, *et al.*, 2002).

Acreditava-se que o avanço tecnológico poderia ser uma solução concreta para os principais problemas relacionados às doenças crônicas, tornando a mensuração da qualidade de vida uma tarefa inútil não se percebe (Ramos, 2000). Todavia, a inexistência de cura para a maioria das doenças crônicas tem mostrado que a

¹⁵ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - Aids no Brasil
<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>.

¹⁶ http://sol.sapo.pt/PaginaInicial/Sociedade/Interior.aspx?content_id=155677.

mensuração da qualidade de vida é imprescindível para a avaliação de estratégias de tratamento e custo/benefício, tornando-se ferramenta importante para direcionar a distribuição de recursos e a implementação de programas de saúde, os quais, por sua vez, podem privilegiar não só os aspectos físicos da clientela, mas também aqueles relacionados às dimensões psíquicas e sociais, possibilitando à equipe de saúde planejar cuidado integral.

Apenas informações sobre formas de transmissão e situação de risco podem ser insuficientes para a adoção de comportamentos protetores, é necessário adquirir um grau de consciência que leve os indivíduos a efetivamente modificarem seu estilo de vida, no qual “o poder do conhecimento na troca do comportamento depende das alternativas e perspectivas existentes para o indivíduo” (André, 1999; Paicheler, 1999).

A mídia é um recurso utilizado para transmitir informações, mas não deve ser o único atuante neste processo. Deve-se apoiar mudanças de atitude no âmbito familiar e comunitário, valorizando o diálogo aberto sobre a sexualidade, trabalhando a conscientização dos direitos do cidadão. 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 informação básica contribui para aumentar a sua vulnerabilidade (Peruga & Celentano, 1993).

CAPÍTULO IV

HIV/AIDS na Terceira Idade

4. HIV/AIDS na Terceira Idade

Com o aumento no número de idosos, ou seja, o envelhecimento populacional e também com o aumento da longevidade somada às constatações epidemiológicas pelo HIV nessa faixa etária. Segundo Ribeiro (1996), nos últimos anos vem ocorrendo uma revolução na concepção e na prática da sexualidade, refletindo de forma indiscutível na terceira idade. Três fatores tiveram influência direta nesse processo. Primeiramente a vida sexual, conforme destaca o autor, deixou de ter apenas a função de procriação para se tornar uma fonte de satisfação e realização de pessoas de todas as idades.

O outro ponto é o aumento notável e progressivo de pessoas que chegam a uma idade mais avançada em condições psicofísicas satisfatórias e não dispostas a renunciar à vida sexual. O terceiro fator em destaque é o aparecimento da AIDS, que obrigou a repensar a sexualidade, reforçando a necessidade de todos se informarem e falarem mais abertamente sobre sexo.

Apesar da AIDS ser considerada uma enfermidade podendo acometer indivíduos de uma sociedade como um todo, segundo Lieberman (2000), um grupo específico da população vem sendo negligenciado, tanto em termos de acesso à informação quanto suporte social e serviços de referência especializados no trato de HIV/AIDS- os idosos. As pessoas idosas são pouco contempladas em campanhas educativas de massa e de impacto, tendo como público maior os jovens, as mulheres e a população considerada mais vulnerável. Foi somente a partir de 2005 que o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, reconhecendo o incremento da participação de idosos no número de casos notificados da doença no país, buscou estabelecer parceria com a Coordenação de Saúde do Idoso do mesmo Ministério, no intuito de desenvolver insumos de educação para a saúde e prevenção direcionadas mais especificamente a essa população para utilização nos níveis estadual e municipal.

A AIDS vem se confirmando como uma ameaça à saúde pública e a tendência sugere que, em pouco tempo, o número de idosos contaminados pelo HIV será ampliado significativamente, principalmente devido a vulnerabilidade física e psicológica, pouco acesso a serviços de saúde, além da invisibilidade com que é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual ou uso de drogas ilícitas (Lieberman, 2000).

Além disso, a falta de campanhas destinadas aos idosos faz com que esta população esteja geralmente menos informada sobre o HIV e menos consciente de como se proteger (Feitoza, Souza & Araújo, 2004). Estes fatores, associados à similaridade dos sintomas da AIDS com a sintomatologia inerente à velhice levam a que os profissionais de saúde não solicitem o teste HIV nos exames de rotina, ocasionando diagnóstico tardio, atrasando o tratamento com antiretrovirais e diminuindo a sobrevivência dessas pessoas (Vieira, 2004).

A falta de percepção do risco de infecção por HIV na população idosa, por parte dos profissionais de saúde pode acarretar retardo no reconhecimento da infecção, fazendo com que muitos pacientes sejam diagnosticados já na fase mais avançada da doença, com prejuízo para seu prognóstico. Os idosos muitas vezes não consideram a AIDS como uma doença que possa atingi-los. Muitos têm a visão de que o HIV/AIDS é algo que está presente estritamente entre os mais jovens (Linsk, 1994, Ory & Mack, 1998).

Por sua vez, também as pessoas idosas na maioria das vezes não se consideram em situação de risco para aquisição do HIV (Mueller, 1997). Não nos deixa dúvidas quanto a importância da educação na prevenção da AIDS, principalmente voltada para população idosa. Entretanto, os idosos são pessoas que recebem muito pouca informação referente ao HIV, comparadas aos jovens-adultos, adolescentes e até crianças, por meio de programas que, formalmente, focalizem e se dirijam a sua faixa etária, ou seja, a terceira idade.

Idosos infectados necessitam de cuidados médicos e psicossociais peculiares a sua faixa etária. Estudos como os de Strombeck & Levy (1998) e Linsk (1994) mostram que, comparado aos jovens, eles experimentam maior sentimento de isolamento, vergonha e culpa; gostam de falar menos sobre sua situação ou orientação sexual com familiares e amigos; conhecem menos sobre o progresso da doença, da importância e eficácia dos tratamentos atuais, apresentando uma menor adesão aos tratamentos.

Verifica-se que até mesmo o diagnóstico da doença é um tanto complexo entre as pessoas idosas. Primeiro porque muitos profissionais de saúde raramente consideram HIV/AIDS na terceira idade, seja por julgamentos próprios, ou por conceitos errôneos, em decorrência de crenças sobre a sexualidade, a respeito da vulnerabilidade ao HIV nesta faixa etária (Wooten- Bielski, 1999; Rossim *et al.*, 2001).

Outro ponto seria que frequentemente as manifestações clínicas da AIDS em pacientes idosos são erroneamente diagnosticadas como decorrentes de outras doenças mais prevalentes nesse grupo etário, como por exemplo, doença cerebrovascular, pneumonia bacteriana ou virológica, Alzheimer, tornando o diagnóstico diferenciado de HIV, nesta faixa etária, um tanto complicado (Chiao, 1999).

Como resultados destas duas questões acima pontuadas, na maioria das vezes há um diagnóstico tardio de HIV/AIDS, uma demora no tratamento e, conseqüentemente, um progresso mais rápido da doença em indivíduos idosos. Neste grupo etário a evolução de algumas infecções oportunistas correlatas à AIDS pode ser mais rápida, reduzindo a média de sobrevivência¹⁷ desses pacientes.

Percebe-se, assim, que as pessoas idosas possuem demandas assistenciais específicas no âmbito biopsicossocial na qual o enfrentamento deveria ser focado pelos serviços especializados no cuidado a pessoas vivendo com HIV. Uma vez que os programas voltados para o atendimento ao soropositivo foram focados num momento da epidemia no qual a parcela mais acometida da população não incluía os idosos, tal limitação pode ser hoje evidenciada. Butin (2002) pontua que uma vez que a adoção de estratégias de intervenção mais eficazes passa, necessariamente, pela verificação do contexto social no qual as pessoas estão inseridas a avaliação da adequação das práticas de prevenção e cuidado atualmente disponíveis para a população idosa vivendo com HIV/AIDS torna-se essencial.

Apesar de a faixa etária de 25 a 49 anos constituir o grupo mais atingido pela AIDS, os casos entre pessoas acima dos 60 anos dobraram entre 1997 e 2007, segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2009 (Brasil, 2009), passando de 497 para 1.263 novos casos no Brasil. Dos 13.655 casos de AIDS notificados em pessoas acima dos 60 anos desde o início da epidemia, em 1980, 8.959 (65%) são em homens e 4.696 (35%) em mulheres.

Os preconceitos que cercam a vivência da sexualidade em pessoas acima dos 60 anos limitam e dificultam a abordagem sobre o HIV. A AIDS sempre foi vista como uma doença de jovens e adultos, como se a população mais velha não fosse sexualmente ativa. Mas, os números mostram que a epidemia cresceu nessa população, principalmente nos últimos anos.

¹⁷ Sobrevivência é caracterizada como o tempo de vida após um limite, geralmente o diagnóstico de doença terminal.

O recorte regional mostra que, nessa faixa etária, a incidência vem crescendo em todas as regiões. Em 1996, existiam três casos da doença para cada 100 mil habitantes no Norte. Em 2006, essa taxa subiu para 13. No Nordeste, o acréscimo foi de 2,8 para 7,6; no Sudeste, de 10,9 para 18,3; no Sul, de 7,1 para 22,9 e no Centro-Oeste, de 6,8 para 14,1.

Mesmo verificando o número crescente de casos de AIDS entre pessoas com 60 anos ou mais de idade ser hoje significativo em vários contextos sociais, como apontam os dados, são ainda escassos os estudos voltados para essa população. Em particular no Brasil, atualmente não se dispõe de diretrizes específicas para o cuidado da pessoa idosa acometido por essa doença. Sendo assim, uma pesquisa que investigue mais profundamente as características e as necessidades desse grupo específico é uma questão pertinente nos dias de hoje, buscando apontar subsídios que permitam aprimorar o cuidado dos indivíduos nessa faixa etária que vivem com HIV, possibilitando tornar mais digno, humanizado e coerente as demandas específica desse segmento.

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO V

Estudo Empírico

5. Estudo Empírico

5.1 Justificativa e objetivo da pesquisa

O envelhecimento e o HIV/AIDS são fenômenos cada vez mais convergentes em todo o mundo, despertando questões urgentes de soluções sobre a compreensão desse processo no interior das sociedades atuais. O tema "envelhecimento" tem sido alvo de estudos de pesquisadores e profissionais e vêm desencadeando a produção de conhecimentos que contribuem significativamente para a melhoria da qualidade de vida de pessoas que alcançam esta etapa da vida.

Atualmente, no debate sobre políticas públicas, na mídia, na ciência, e até mesmo na definição de novos mercados de trabalho e novas formas de lazer, o idoso é um ator que não mais está ausente do conjunto de discursos produzidos. O que vem acontecendo ultimamente, no segmento da terceira idade, é uma sensível mudança em relação as atitude e aos comportamentos de pessoas inertes, passivas e dependentes transformam-se em pessoas atuantes, bem resolvidas e autônomas.

A tendência atual, segundo Debert (2004) é rever os estereótipos associados ao envelhecimento. A ideia de um processo de perdas tem sido substituída pela consideração de que os estádios mais avançados da vida são mais propícios para as novas conquistas, guiadas pela busca da satisfação pessoal e do prazer.

Para tanto, estudos voltados para identificar representações e características biopsicossociais de pessoas de terceira idade, referente ao envelhecimento e a soropositividade para o HIV, tem sido foco de muitos estudos, em diversas áreas de conhecimento, no sentido de promover recursos para fazer frente à exclusão e vulnerabilidade desse seguimento da sociedade.

Diante dessas questões, este trabalho tem como objetivo identificar crenças e representações de pessoas idosas, sobre o seu convívio com HIV/AIDS, visando compreender seus próprios sentidos e significados.

De posse deste material, espera-se poder subsidiar e orientar programas de atendimento à terceira idade, e em especial às pessoas idosas que convivem com HIV/AIDS, promovendo recursos interventivos frente à exclusão e vulnerabilidade deste segmento da sociedade.

5.2 Metodologia

5.2.1 Referencial Teórico Metodológico

O referencial metodológico proposto nesta investigação enquadra-se num tipo de estudo por meio da análise de conteúdo, a partir do conceito de representações sociais, proposta utilizada amplamente em pesquisas nas ciências humanas, entendendo as Representações Sociais como “*conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento*”; é, em síntese, a “*reprodução daquilo que se pensa*” (Ferreira, 1975).

Moscovici (1981) define a representação social como

um conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida cotidiana no curso da comunicação individual. São equivalentes, na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crença das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como versão contemporânea do senso comum (p. 181).

Nesta perspectiva Jodelet (2001) inscreve uma caracterização amplamente aceita na comunidade científica, onde a representação social “é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber do senso comum” (p. 22).

Wagner (1998) afirma, dentro de uma visão coletiva, que a “representação social é vista como um processo público de criação, elaboração, difusão e mudança do conhecimento compartilhado no discurso cotidiano dos grupos sociais” (p. 4) e segue afirmando que este processo é “o denominador comum entre os diferentes tipos de tratamento do conceito apontam que as representações sociais são elaboradas e coletivamente compartilhadas na sociedade.” (p. 9).

Podemos dizer assim que a representação social é o conhecimento elaborado e produzido pelo senso comum, nas palavras de Moscovici (1981), o universo consensual, onde a sociedade se reconhece como uma criação visível, contínua, imbuída de significados e objetivos, sendo parte e parcela das nossas vidas. Este universo dá forma

à consciência coletiva, explica coisas e eventos de maneira que sejam acessíveis a todos os seres humanos e os seus interesses imediatos.

As representações sociais enquanto formas de conhecimento prático, nos diversos textos que lidam com o assunto, são destacadas diversas funções, entre elas: orientação das condutas e das comunicações (função social); proteção e legitimação de identidades sociais (função afetiva) e familiarização com a novidade (função cognitiva). A função cognitiva de familiarização com a novidade, transformando o estranho — potencialmente ameaçador — em algo familiar, nos permite evidenciar os dois principais processos envolvidos na elaboração das representações postulados por Moscovici em 1961: ancoragem e objetivação.

A ancoragem refere-se à inserção orgânica do que é estranho no pensamento já constituído. Ou seja, ancoramos o desconhecido em representações já existentes. Moscovici (1978), a concebe como um processo de domesticação da novidade sob a pressão dos valores do grupo, transformando-a em um saber capaz de influenciar, pois *“nos limites em que ela penetrou numa camada social, também se constitui aí num meio capaz de influenciar os outros e, sob esse aspecto, adquire status instrumental”*. Em suma, a ancoragem é feita na realidade social vivida, não sendo, portanto, concebida como processo cognitivo intra-individual.

A cristalização de uma representação nos remete, por sua vez, ao segundo processo: a objetivação. A objetivação é essencialmente uma operação formadora de imagens, o processo pelo qual noções abstratas são transformadas em algo concreto, quase tangível, tornando-se *“tão vívidos que seu conteúdo interno assume o caráter de uma realidade externa”* (Moscovici, 1988). Esse processo implica três etapas: primeiramente, a descontextualização da informação através de critérios normativos e culturais; em segundo lugar, a formação de um núcleo figurativo, a formação de uma estrutura que reproduz de maneira figurativa uma estrutura conceitual; e, finalmente, a naturalização, ou seja, a transformação dessas imagens em elementos da realidade.

É óbvio, assim, que a ênfase dada à função cognitiva, por mais que procure preservar a realidade vivida e não reduzir a elaboração das representações a processos cognitivos, acaba por privilegiar tais processos. Já a função afetiva de proteção de identidades nos remete à dinâmica da interação social e, mais especificamente, à

elaboração de estratégias coletivas ou individuais para a manutenção das identidades ameaçadas.

Ao considerar a saúde como um fenômeno social de alta significação, a teoria das representações sociais pode ser particularmente útil no diagnóstico psicossocial voltado para problemas desta área. Ou seja, ela permite que se chegue ao conjunto central de cognições e representações de objetos sociais relevantes que facilitam a implementação de programas de saúde. Permite ainda que se conheçam as necessidades e interpretações de pacientes em relação à sua doença, sua condição. Permite, além disso, que se confrontem diferentes representações em relação a um mesmo objeto social, por parte de diferentes grupos sociais (Schulze, 1994).

Assim, a busca das representações sociais acerca da saúde e da doença possibilita: a) classificar as diferentes maneiras pelas quais os autores das fontes captam o sentido do que é ser doente e do que é ser saudável; b) estabelecer nexos entre os diferentes tipos para que se possa chegar aos modelos sociais da doença e da saúde, construídos a partir da relação espaço-tempo, dotando, portanto, tais modelos de historicidade; c) reconstruir, nas fontes, a lógica pela qual as representações foram produzidas e socializadas na longa duração, realizando, nesse momento, uma “decomposição”, fazendo-se o “caminho de volta” para melhor compreender os acontecimentos dos modelos atuais (Cardoso & Gomes, 2000).

Para tanto, o estudo das representações sociais de saúde/doença abrange aspectos universalmente observáveis e outros que são peculiares a cada sociedade. Saúde/doença constituem metáforas privilegiadas para a explicação da sociedade: produzem atitudes, comportamentos, e revelam concepção de mundo. Por meio da experiência deste fenômeno, as pessoas falam de si, do que as rodeiam, de suas condições de vida, do que as oprimem, ameaçam e amedrontam. Expressam também suas opiniões sobre as instituições e sobre a organização social em seus substratos econômico-político e cultural (Minayo, 2000).

5.2.2 Os Participantes Da Pesquisa

Os participantes foram selecionados com base no prontuário de atendimento. Buscou-se fazer um levantamento, levando em conta a data de nascimento, cuja idade

no momento da pesquisa fosse igual ou superior a 60 anos e que estavam em devido acompanhamento médico. Dentro desses critérios havia 47 pacientes elegíveis.

Após um criterioso levantamento foi retirada uma amostragem de 17 (dezesete) pacientes idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, soropositivos para o HIV, que atualmente realizam tratamento no CR DST/AIDS de Vitória-ES e que apresentaram as seguintes condicionalidades para a realização das entrevistas:

- Tinham conhecimento da sua condição sorológica;
- Apresentavam condições físicas e psíquicas que viabilizem a realização das entrevistas;
- Estavam em acompanhamento médico para infectados pelo HIV;
- Aceitaram expressamente o convite de participação.

A característica da amostra total é apresentada na tabela a seguir:

Tabela 3- Características Demográficas dos Sujeitos Participantes da Pesquisa

Sujeito	Sexo/ Comp. Sexual	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Provável forma de contágio	Tempo de Contágio*
1	Masculino/ Heterossexual	63	Casado	Fundamental Completo	Polícia Militar Aposentado/inativo	Via Sexual	10 anos
2	Masculino/ Heterossexual	65	Casado	Fundamental Incompleto	Pedreiro Aposentado/inativo	Não sabe	5 anos
3	Masculino/ Heterossexual	62	Viúvo	Fundamental Incompleto	Metalúrgico Aposentado/inativo	Via Sexual	2 anos
4	Feminino/ Heterossexual	66	Viúva	Fundamental Incompleto	Trabalhadora rural Aposentada/inativa	Via Sexual	3 anos
5	Masculino/ Heterossexual	68	Casado	Sem escolaridade	Vendedor aposentado/inativo	Via Sexual	4 anos
6	Feminino/ Heterossexual	71	Viúva	Sem escolaridade	Doméstica Aposentada/inativa	Via Sexual	4 anos
7	Masculino/ Heterossexual	61	Casado	Fundamental Incompleto	Caminhoneiro aposentado/ativo	Via Sexual	7 anos
8	Feminino/ Heterossexual	62	Casada	Fundamental Incompleto	Aux.Serviços Gerais/inativo	Não sabe	6 anos
9	Masculino/ Heterossexual	68	Casado	Fundamental Completo	Operador de Máquina Aposentado/ inativo	Via sexual	10 anos
10	Masculino/ Homossexual	66	Solteiro	Superior incompleto	Técnico metalurgia Aposentado/inativo	Via sexual	8 anos
11	Masculino/ Homossexual	65	União Estável	Sem escolaridade	Porteiro Aposentado/inativo	Não sabe	4 anos
12	Masculino/ Heterossexual	73	Divorciado	Superior Completo	Administrador Aposentado/Inativo	Via sexual	7 anos
13	Feminino/ Heterossexual	62	Casada	Sem escolaridade	Doméstica Aposentada	Não sabe	11 anos
14	Feminino/ Heterossexual	70	Solteira	Sem escolaridade	Aux. Serv. Gerais Aposentado/inativo	Via sexual	16 anos
15	Masculino/ Heterossexual	62	Divorciado	Fundamental Completo	Tecelão Aposentado/inativo	Não sabe	14 anos
16	Masculino/ Heterossexual	65	Divorciado	Superior Completo	Func. Púb. Federal Aposentado/inativo	Via sexual	4 anos
17	Feminino/ Heterossexual	62	Viúva	Fundamental Incompleto	Doméstica Aposentada/ativa	Não sabe	6 meses

* Data do diagnóstico positivo para o exame anti-HIV, fornecido pelo próprio sujeito.

A amostragem de sujeitos participantes desta pesquisa caracterizou-se por 11 homens e 06 mulheres, com idades variando de 61 a 73 anos. O nível de escolaridade variou entre os que nunca haviam estudado e participantes com nível superior. A via de contaminação revalente foi a sexual. O tempo médio de contágio pelo HIV apresenta-se como uma variação de 1 (um) a 16 (dezesseis) anos, na qual pode-se observar que 9 (nove) dos sujeitos participantes (01, 03, 05, 06, 07, 11, 12, 16 e 17) souberam diagnóstico positivo após terem completado sessenta anos de idade, já estando no que se considera terceira idade.

5.2.3 Local Da Pesquisa:

Uma breve história do Centro de Referência de DST/AIDS

A Prefeitura Municipal de Vitória, através da sua Secretaria de Saúde, criou em 1992, um serviço ambulatorial específico para a prevenção e tratamento das DST/AIDS, com equipe de multiprofissional, constituindo-se no primeiro Centro de Referência em DST/AIDS do Estado do Espírito Santo, conforme preconiza a Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde.

Em 1º de dezembro de 2002 comemorou-se os 10 anos do Centro de Referência de Vitória e em comemoração a esse dia foi publicado um livro intitulado: “*Uma Trajetória Capixaba: 10 anos do CR DST/AIDS*” (Anexo I) , sob a coordenação do Dr. Ítalo Campos, que contou com a participação de membros da equipe e de convidados que contribuíram para recuperar e registrar a sua história. Baseado nesses registros procurou-se apresentar um pouco da história da implantação desse serviço, bem como o trabalho realizado pelo CR, local em que a pesquisa foi realizada.

No início da década de 90 o atendimento pelo Sistema Único de Saúde- SUS para casos de AIDS em Vitória era todo ofertado em duas instituições hospitalares, na Santa Casa de Misericórdia e no Hospital das Clínicas. A testagem para o HIV não era uma prática difundida entre a população e o diagnóstico era quase sempre feito com a doença já instalada. Também não havia recursos para os tratamentos. Até 1992 o número acumulado de casos de AIDS notificados no Espírito Santo e em Vitória era, respectivamente, 359 e 120 e o número de pessoas com exame HIV+ neste período, realizado no laboratório Central do Estado era de 538. Assim, uma proposta de

atendimento ambulatorial para HIV/AIDS na rede municipal era vista com ressalvas, considerando-se que o diagnóstico era quase sempre tardio e eram poucos os recursos terapêuticos não-hospitalares, exceto o atendimento familiar, social e psicológico.

Para entendermos um pouco o que significa a inauguração de um serviço do porte do CR DST/AIDS dentro do sistema municipal de saúde de Vitória, é preciso lembrar que, a época, ele contava apenas com 16 Unidades Básicas de Saúde, algumas delas funcionando junto aos Centros Comunitários ou a igreja e que, embora as previsões da Organização Mundial de Saúde para a AIDS no Brasil¹⁸ e no mundo acenassem para um futuro bastante incerto e desastroso.

Nesta perspectiva, a prevenção às DST/AIDS era uma tarefa urgente e complexa. Para dar conta dela foi estruturado, então, um serviço especializado, para abrir as portas para as pessoas que não procurariam um hospital para diagnóstico ou orientação sobre HIV/AIDS, incentivando a sua detecção precoce, associado ao desenvolvimento de projetos de prevenção voltados para populações específicas e gerais. Assim, o Centro de Referência de DST/AIDS de Vitória veio oferecer um serviço ambulatorial, com uma equipe multiprofissional, que trabalhava para proporcionar às pessoas com HIV/AIDS uma melhor qualidade de vida, intervindo para diminuir os riscos da transmissão do HIV por elas. Oferecia, também, atendimento especializado para as pessoas com doenças sexualmente transmissíveis, as DST, e desenvolvia trabalhos embrionários de prevenção basicamente palestras para a comunidade, escolas, empresas, igrejas e uma trabalho em parceria com o Grupo pela VIDDA¹⁹- ES, voltado para a população de trabalhadores do sexo. A coordenação do CR respondia, ainda, pela política municipal de AIDS, como desenvolvimento das campanhas de prevenção de larga escala como no 1 de dezembro e no Carnaval, entre outras.

No início das atividades do CR DST/AIDS era bem pequena a procura espontânea para se fazer exame HIV ou de DST. O número de pacientes soropositivos ou com AIDS atendidos também era reduzido. Por não haver ainda medicamentos anti-retrovirais como dispomos hoje, nem os exames marcadores de CD-4, CD-8, carga viral e genotipagem, bem como por ser tardio o próprio diagnóstico de HIV/AIDS, a sobrevida destes pacientes era curta. Com as novas tecnologias à disposição para a

¹⁸ A Organização Mundial de Saúde (OMS) previa para o Brasil no ano de 2000 uma explosão da epidemia, estimada em 1 milhão e 200 mil infectados.

¹⁹ VIDDA- Valorização e Dignidade do Doente de AIDS. O Grupo pela VIDDA- ES foi a primeira organização não governamental ligada à luta contra a AIDS no Espírito Santo.

assistência aos pacientes com HIV/AIDS, bem como a detecção precoce da sua condição de soropositivo, encontramos no CR DST/AIDS, hoje, um número representativo de pacientes notificados e em acompanhamento.

Toda visibilidade que o CR DST/AIDS tem imprimido para a questão da AIDS em Vitória tem sido uma grande conquista, mobilizando a sociedade para a prevenção, mas assim muito tem para avançar no enfrentamento desta epidemia que coloca à prova, a todo o momento, desafios a serem superados cotidianamente.

5.2.4 Procedimentos para a realização da pesquisa de campo

Considerando a dimensão ética dos estudos empreendidos com seres humanos como parte integrante e fundamental do método, a pesquisa só foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia- EMESCAM (Anexo II), pela Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ Espírito Santo e pela coordenação do Centro de Referência em DST/AIDS do Município (Anexo III).

As entrevistas foram realizadas após a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelos sujeitos participantes da entrevista (Anexo IV). A primeira via foi entregue ao entrevistado e a segunda via arquivada pela pesquisadora. Os dados foram arquivados com segurança, durante o período da coleta de dados, garantindo a proteção contra acessos indevidos.

Todas as informações prestadas pelos participantes são sigilosas e foram utilizadas somente para esta pesquisa, na qual a identidade dos sujeitos foi preservada. Também foi assegurado o compromisso de oferecer todas as informações sobre o trabalho a ser realizado e a liberdade do sujeito em participar ou não até o final do estudo, pautado na resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Pesquisa, na qual define procedimentos e cuidados éticos na pesquisa envolvendo seres humanos.

5.2.5 Coleta De Dados

O contato com cada paciente realizou-se de forma individual por parte da pesquisadora, facilitando a exposição dos objetivos e dos procedimentos do trabalho, permitindo o participante expressar suas dúvidas quanto à atividade, e também estabelecer vínculo inicial com a pesquisadora, que procurou favorecer a expressão de conteúdos pessoais. Mediante a aceitação do usuário em conversar com a pesquisadora, foi apresentado o projeto e feito o convite para a participação.

O contato prévio com os funcionários dos serviços e usuários também foi realizado, com o intuito de informar a presença da pesquisadora e seus objetivos.

As entrevistas foram realizadas de forma sigilosa, em sala de atendimento médico do CR DST/AIDS, no dia agendado para o retorno médico, após consulta, ou então em dia específico e exclusivo, combinado com o sujeito, para a execução da entrevista. Elas foram gravadas no MP3, com a devida autorização escrita do participante e, em seguida, transcrita na íntegra e literalmente, buscando preservar as particularidades da linguagem e expressões verbais dos entrevistados, possibilitando uma melhor análise dos dados.

A coleta de dados ocorreu em três etapas:

A) Entrevista de Anamnese

Por meio de um roteiro sintético elaborado para a entrevista, foram coletadas informações pessoais permitindo caracterizar de forma adequada a amostra escolhida e complementar o trabalho de análise e discussão. Aspectos como: data de nascimento, escolaridade, tempo e forma de contágio pelo vírus HIV, foram abordados (Anexo IV).

B) Entrevista Temática- Análise de crenças e representações sociais sobre o fato de estar na terceira idade e ser soropositivo para o HIV.

Foram realizadas entrevista semi-estruturada buscando levantar questões relacionados ao impacto do HIV/AIDS na terceira idade, envolvendo representações

como estar na terceira idade e ser soropositivo para HIV, conforme apresenta quadro abaixo:

Quadro 1 – Conteúdos a ser explorado nas entrevistas e respectivas características

Categorias	Características
I. Terceira Idade	Conteúdos voltados ao estar na terceira idade, relacionadas com questões de saúde, trabalho, família e sexualidade.
II. HIV/AIDS	Questões relacionadas ao conhecimento sobre HIV/Aids, no que diz respeito às formas de transmissão, prevenção e tratamento.
III. Convívio com HIV/AIDS na terceira idade	Conteúdos relacionados com estar na terceira idade e ser soropositivo para HIV; questões de enfrentamento, auto-cuidado e sexualidade.

C) História de Vida

Nesta categoria, pretendeu-se realizar entrevistas abertas para a coleta de história de vida, dando-se ênfase à história de vida após o conhecimento do diagnóstico de soropositividade para o HIV. Ao longo das entrevistas procurou-se investigar questões que permitem situar e compreender o posicionamento do sujeito frente à própria vida, em relação à AIDS e à terceira idade.

O relato oral conhecido como “história de vida temática” permite inicialmente que o sujeito dirija livremente os conteúdos abordados. São muitos os métodos e as técnicas de coleta e análise de dados em uma abordagem qualitativa e, entre eles, a história de vida ocupa lugar de destaque. Cabe ressaltar que se deve estar ciente dos avanços e recuos, da cronologia própria, da fantasia e da idealização que costumam

permeiar narrativas quando elas envolvem lembranças, recordações e memórias. Farias (1994) adverte que as entrevistas de história de vida trabalham com memória e, portanto, com seletividade, o que faz com que o entrevistado aprofunde determinados assuntos e afastem outros da discussão. Entretanto, como diz Bosi (1994), o que interessa quando se trabalha a história de vida é a narrativa de vida de cada um, da maneira como ele a reconstrói e do modo como ele pretende que a sua vida seja assim narrada.

Através da história de vida pode-se captar o que acontece na intersecção do individual com o social, assim como permitem que elementos do presente se fundam com evocações passadas. Deste modo, podemos assim dizer, que a vida olhada de forma retrospectiva faculta uma visão total de seu conjunto, e que é o tempo presente que torna possível uma compreensão mais aprofundada do momento passado.

A história de vida pode ser desta forma, considerada instrumento privilegiado para análise e interpretação, na medida em que incorpora experiências subjetivas mescladas a contextos sociais (Minayo, 2000). Ela fornece, portanto, base consistente para o entendimento do componente histórico dos fenômenos individuais, assim como para a compreensão do componente individual dos fenômenos históricos.

5.2.6 Procedimentos para a análise dos dados

As entrevistas foram gravadas, transcritas, analisadas e interpretadas. A análise dos conteúdos das entrevistas foi realizada com base em categorias determinadas a partir dos temas suscitados das entrevistas e processadas em uma série de etapas, conforme propõe Figueiredo *et al.* (1993).

A análise do material compreendeu duas fases, apresentadas a seguir:

Primeira fase:

As entrevistas foram analisadas de forma individual, uma a uma, observando os conteúdos relacionados com diversas categorias, num mesmo sujeito. Esta fase compreendeu as seguintes etapas:

A). Leitura inicial: Neste primeiro momento, foram identificados alguns pontos preliminares relacionados às categorias, e realizadas anotações a respeito de aspectos referentes à situação da entrevista, tais como dificuldades de interação, disponibilidade do entrevistado e seu estado afetivo.

B). Marcação: Foram destacados trechos das entrevistas que corresponderam às categorias pré-estabelecidas, além de outros conteúdos também considerados importantes.

C). Corte: Os trechos selecionados foram retirados do texto e dispostos em protocolos especiais, para análise de conteúdos.

D). Junção: Os trechos selecionados foram agrupados por sujeitos, ou seja, todas as falas de um mesmo sujeito foram reunidas e dispostas em protocolos.

E). Notação: Foram realizadas observações marginais sobre os trechos, com objetivo de localizá-los no contexto da entrevista, na literatura e no referencial teórico-metodológico utilizado para interpretação dos dados.

F). Discussão: As observações foram discutidas para que se realizasse uma segunda junção, onde foram agrupados os trechos das entrevistas de todos os sujeitos em relação a uma mesma categoria.

Segunda fase:

Nesta fase, foram considerados os conteúdos comuns, de todos os sujeitos, dentro de uma mesma categoria, seguindo as etapas apresentadas abaixo:

G). Leitura inicial: Foi realizada uma leitura dos conteúdos sintetizados para os trechos cujos conteúdos fossem comuns, dentro de cada categoria.

H). Organização: Esses trechos foram agrupados e classificados em sub-categorias, com base em protocolos especiais.

I). Notação: Nesta etapa, quando necessário, as observações marginais foram ampliadas e relacionadas às sub-categorias.

J). Redação final: Finalmente, foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos mediante análise de conteúdo.

5.2.7 Resultados e discussões

As entrevistas temáticas foram primeiramente analisadas em termos de categorias gerais- (A) Terceira idade, (B) A soropositividade no cotidiano da pessoa idosa e (C) Relações Afetivo- sexuais- para depois serem divididas em subcategorias.

Da análise exaustiva das entrevistas transcritas derivou as seguintes categorias que constituem o objecto fundamental desta pesquisa:

A) Terceira Idade

Buscou-se perceber as representações dos idosos em torno da velhice e do envelhecimento, a fim de ver como eles vivenciam essa fase da vida.

- Como é vista
- Como é vivida

B) A soropositividade no cotidiano da pessoa idosa

- Conhecimento sobre a AIDS e percepção de risco
- Diagnóstico
- Enfrentamento
- Estigma, discriminação e preconceito
- Convivendo com a soropositividade

C) Relações afetivo- sexuais

- Relacionamento Conjugal
- Sexualidade

A. TERCEIRA IDADE

Após leitura e análise das entrevistas, observou-se que, conversar sobre a velhice e o envelhecimento é estabelecer uma distinção entre os velhos em geral e a experiência pessoal de cada um dos sujeitos. Discorrer sobre os velhos em geral é reproduzir uma série de estereótipos com os quais a velhice é tratada. Já falar da experiência pessoal é,

pelo contrário, enumerar uma série de atitudes e atividades que tornam o indivíduo radicalmente distinto dos outros velhos, mesmo quando eles consideram que sua idade é avançada.

Dessa forma, os depoimentos dos sujeitos referentes à categoria terceira idade/velhice, apresentaram-se de duas maneiras: uma que faz referência ao conceito de terceira idade/velhice, ou seja, a visão que cada um deles tem sobre o que é estar na terceira idade/ser velho; e outra que se refere ao modo como cada um se sente em relação a esta etapa da vida. Assim, apresentamos aqui as concepções referentes à categoria terceira idade: como é vista e como é vivida.

Partindo da hipótese de que a velhice é uma categoria social e culturalmente construída, na qual o processo de envelhecer se dá de forma diferente entre os indivíduos, buscamos no relato dos próprios idosos a representação da velhice e do envelhecimento, dando voz aos participantes da pesquisa que vivenciam essa fase da vida.

- Como é vista

Nas entrevistas realizadas com os idosos, a velhice e o envelhecimento foram associados a diferentes problemas, entre os quais o mais evidente foi a relação da velhice com a doença, seguida de várias perdas e incapacidade.

“A velhice é a pior fase porque aparece muito problema. É doença em cima de doença, um dia dói o dedo do pé, um dia dói a cabeça, outro dia dói a perna [...]. É uma insônia danada, cochilo acordo [...]. A doença entra, mas para sair é nó cego. A pior doença é a velhice.” (Sujeito 03).

“É meio difícil né? Ter mais que 60 anos, a gente não tem mais aquela força para trabalhar, aquela coragem aí para enfrentar as coisas né?: Difícil...” (Sujeito 13).

“Mas tudo vai mudando, o tempo vai passando, a gente vai ficando velho, cada vez que pensa assim você fala: - Nossa! Mais um dia que passa, mais um mês, mais um ano. E eu acho que a gente vai ficando cada vez oh... a gente começa a ficar velho começa a entortar (risos), vai encolhendo. Mas

ser velhor eu acho que é que nem ser criança outra vez. É tudo... quem nem a criança começa a engatilhar, você começa a ficar velhor. Você começa a esquecer um pouco das coisas, começa a esquecer, as coisas parece que não tem mais aquela... você não tem mais aquela disposição, aquelas coisas...” (Sujeito 4).

Britto da Motta (2002) diz que as perdas são tratadas como problemas de saúde, expressas na aparência do corpo, pelo sentimento em relação a ele e ao que lhe acontece: enrugamento, encolhimento, descoloramento dos cabelos, “enfeimento”. Aperceber-se da passagem do tempo é algo que acompanha o idoso. A velhice é vista como um momento da vida em que as potencialidades e capacidades de antes, agora estão restringidas. O passado torna-se fonte de recordações de um tempo em que desejar e realizar eram possíveis, conforme refere os entrevistados abaixo:

“ [...] eu me olho no espelho e me sinto diferente do que eu era quando era moça, me sinto mais feia, acabada, diferente da mocidade.” (Sujeito 14).

“(...) você não tem mais aquela concentração, aquelas coisas, cmo por exemplo, as coisas que você gostava de fazer, isso é normal, você gostar de fazer, mas fazer é que é o mais difícil” (Sujeito 04).

“Eh, minha vida não foi brincadeira não. Eu diverti muito, mas trabalhei também. Eu lembro dessas coisas e me dá saudade, porque hoje... hoje eu já tô velho” (Sujeito 03).

Quando a velhice está associada à doença, os idosos tendem a representar imagens bem negativas da velhice, mas isto vai depender do contexto sociocultural em que estão inseridos, visto que a velhice e o envelhecimento são processos socialmente e culturalmente construídos. Quando são focalizadas as histórias de vida, surgem imagens bem mais positivas da velhice e do envelhecimento.

Podemos ainda evidenciar em algumas falas a visão da terceira idade/velhice como sendo uma etapa do desenvolvimento da vida, assim como a infância, a adolescência e a vida adulta. Assim, sendo encarada como uma etapa do desenvolvimento, a terceira idade/velhice é marcada por algumas transformações, tanto no nível corpóreo quanto psicológico, que demarcam o início desta fase da vida. Mudanças que carretam problemas de saúde, falta de firmeza dos movimentos, falta de

memória e concentração, assim como não disposição e desânimo para executar algumas atividades são apontadas como indicativos de ser velho.

“Ah! Sei lá... é.. como eu posso dizer... a gente vai ficando mais velho né? Acho que é natural” (Sujeito 05).

“Quer dizer, a gente já chega numa certa, nessa idade... não quer a gente tá jogada fora, como diz, como eles fa na gíria. Não, a gente tá mais, como se diz, acabado, assom com problema de saúde, a gente vai ficando num desenvolvimento já, vai perdendo aquele movimento que a gente tinha, aquelas coisas né. Você não tem mais aquela disposição para trabalhar, vontade de fazer as coisas. E outra, você não tem mais firmeza, não te mais” (Sujeito 04).

“Ah, a gente vai tocando o barco... eu querua ter dezoito anos de idade... com dezoito eu tinha saúde” (Sujeito 02).

Como estas transformações surgem em decorrência da idade e com a passagem do tempo, torna-se quase inevitável não vivenciá-las.

“A gente se conforma, vai ficando velho, se conforma, é assim né, fazer o que” (Sujeito 03).

“Mas... esse negócio de falar que tá velho, isso daí todo mundo vai chegar, todo mundo vai ficar. Eu me sinto bem” (Sujeito 04).

Assim, pode-se observar que a forma como a terceira idade/velhice é vista e encarada pelos sujeitos desta amostra vem ao encontro aos três principais conceitos estabelecidos pela psicologia do desenvolvimento tradicional que dominam o pensamento de profissionais e leigos a respeito das transformações que ocorrem com o ser humano ao longo da passagem do tempo: (1) o desenvolvimento humano se processa ao longo de estádios que são universais e orientados à meta; (2) O desenvolvimento humano é um processo de desabrochar, desbrochar ou desenrolar das potencialidades dos indivíduos; (3) o envelhecimento é um processo de desorganização crescente, em que as potencialidades para o desenvolvimento desaparecerem, para dar lugar a limitações e a disfuncionalidade. Ou seja, o desenvolvimento é um período em que só há ganhos evolutivos e a velhice um período só de perdas (Neri, 1995). Tal ideia vem ao encontro aos conceitos e pensamentos que flutuam no imaginário social, reforçando os esteriótipos relacionados ao tema velhice.

Todavia segundo os novos conceitos emergentes nas disciplinas do envelhecimento, esse processo não acontece da mesma maneira para todas as pessoas, ou no mesmo ritmo e na mesma época da vida. 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 sua juventude, de seu estilo de vida, educação e maneira peculiar como estruturaram seu curso de vida, diferentes pessoas envelhecem de maneiras diferentes (Neri, 1995; Bassit, 2002).

“Ah, em várias né. Tem pessoas que fica amuada, sem ter, assim, iniciativa de nada, acha que tá no fim. Outras até não. Outras já se sente mais aberta né. Então eu, sei lá, eu acho isso daí. É mais da cabeça da pessoa, do bem-estar dela” (Sujeito 01).

“(...) A passar dessa idade, começa que nem a gente já vai acomodando, fala oh! Não vou mais trabalhar, não vou fazer isso, ou aquilo. Não porque a gente fala que é velho... você não vê gente por aí, as pessoas que frequentam aí a academia, dança, essas senhoras de mais idade... eu acho bonito isso daí. Mas eu não tenho esse espírito pra isso” (Sujeito 04).

Como pode-se observar nas falas de outros idosos entrevistados, mesmo com a presença da doença, a velhice pode trazer felicidade, pois o convívio familiar com filhos e netos, bem como a autonomia para realizar as atividades, é algo prazeroso.

“ Não estou com muita saúde, mas estou contente porque vivo com meus familiares [...] Não me arrependo do tempo que eu vivo, nem de coisa nenhuma. E minha vida é essa trabalhando sempre, quando me levanto da cama vou trabalhar, vou fazer meus serviços, no dia que eu posso faço, no dia em não posso, as meninas me ajudam. Acho a velhice muito boa.” (Sujeito 05).

“A pra mim, é, como eu vou dizer? Tá bom” (Sujeito 8).

“Eu, pra mim é uma vitória né? É uma grande vitória, que pela época que nois tão vivendo é difícil né? Essa mocidade chegar numa época assim, tantos anos né? (Sujeito 09).

“Bom, eu me sinto muito bem, claro que num é mesma coisa de quando tem 20 ou 25 anos, mas é bom, mais experiente” (Sujeito 12).

“Ótimo, eu vivo a vida, sou uma pessoa descontraída, aberta, acredito que a vida é para ser vivida e acho que por isso não me sinto velho, apesar de já ser considerado terceira idade, me sinto muito jovem- risos (Sujeito 15).

“Olha, pra mim primeiramente é uma benção né?... Nós vivermos e chegarmos aos 60 anos já uma vitória” (Sujeito 16).

É evidente a importância dada pelo idoso à família, pois é no convívio familiar que ele reafirma seu papel enquanto ser social, positivando a velhice e o envelhecimento. Barros (2004) ressalta a importância da família como valor social e fundamental na sociedade, para a construção da identidade do idoso.

“ Eu me sinto feliz porque tenho meus netos, meus filhos, todos são bons para mim.” (Sujeito 14).

“ Para mim está tudo bem, não há nada que eu não goste na velhice, o aparecimento dos problemas é normal. Eu gosto de todo o pessoal, gosto de toda a minha família e eles gostam de mim. Para que melhor do que isso?” (Sujeito 15).

“ Me sinto feliz de ver a família trabalhando e o outro estudando para ter um dia melhor.” (Sujeito 08).

Visto dessa forma, o envelhecimento não é mais encarado como um estado ao qual o indivíduo se submete passivamente, mas como um fenômeno biológico ao qual o sujeito reage com base em suas referências pessoais e culturais (Uchôa *et al.*, 2003). Assim, nos deparamos com a necessidade de desnaturalizar o fenômeno velhice e considerá-la como uma categoria social e culturalmente construída. Sob a ótica biológica e desenvolvimento humano assemelha-se ao dos demais seres vivos - todos nascem, crescem e morrem – mas, as várias etapas da vida são socialmente e culturalmente construídas. Isto é, as diversas sociedades constroem diferentes práticas e representações sobre a velhice, a posição social dos velhos na comunidade e nas suas famílias e o tratamento que lhes devem ser dispensado (Minayo & Coimbra Jr, 2002).

A independência financeira é importante fator de posituação da velhice por parte do idoso, quando ele redefine o seu papel social, que muitas vezes é tirado dele pobre e dependente. Quando o idoso é uma pessoa que conquistou sua independência financeira, ele constrói uma visão da velhice como uma fase normal, na qual existem mais conquistas do que perdas.

“ A velhice é uma coisa normal. Me acho uma pessoa normal. É uma coisa natural que vai acontecendo comigo, mas vai acontecendo com todo mundo. Você quando chega na velhice vai se tornando independente financeiramente e socialmente. É lógico que na juventude você tem um potencial energético maior, uma atividade maior, mas por outro lado você não está realizado financeiramente, nem socialmente, você está buscando e isso vai chegar numa certa idade.” (Sujeito 16).

É importante levar em consideração que a associação da velhice com perdas e incapacidade, muitas vezes vista pelo outro, tem uma nova conotação para o idoso. Ele, ao se perceber na velhice, relata ser essa uma fase de muita atividade e prazer de viver, considerada como o momento mais tranquilo, livre e feliz de sua vida. Tendo a oportunidade até de satisfazer as necessidades humanas básicas, tais como: desejo de contato, intimidade, expressão emocional, prazer, carinho e amor, como pode-se observar nas falas abaixo:

“Olha, eu me sinto muito bem... eu me sinto muito bem! Quando eu comecei a fazer o tratamento eu estava muito doente, constrangido, sabe? Fui casado duas vezes, separei, hoje moro com uma pessoa do mesmo sexo que eu, estou ótimo. Me sinto realizado sexualmente” (Sujeito 11).

“ Eu, graças a Deus, me vejo muito bem e feliz. O pouco que tenho dá para sobreviver mais ou menos, divido também com a família. Eu adoro trabalhar, as minhas costurinhas eu adoro, faço a comidinha de acordo com que gosto, faço com prazer. Gosto das minhas brincadeiras, passeio, adoro passear, adoro um forrozinho e por aí vai.” (Sujeito 05).

Embora sejam evidentes algumas limitações na velhice, a percepção da maioria dos idosos entrevistados em torno da velhice não é uma visão negativa e homogeneizadora, como a do outro que define a velhice como uma fase de perdas,

limitações e incapacidade. Cada idoso entrevistado percebe a velhice de forma diferente, o que dá uma conotação heterogênea ao processo de envelhecer, em que o valor da vida é algo bastante importante.

“ [...] o idoso tem mais cuidado com a vida do que os mais jovens, eu estou feliz por ser idoso. Nós nos cuidamos mais que os jovens, damos mais valor à vida.” (Sujeito 06).

Dos idosos entrevistados, a velhice e o envelhecimento foram associados em sua maioria a diferentes problemas, entre os quais o mais evidente foi a associação da velhice a uma fase ruim da vida, devido ao aparecimento das doenças, limitações e mudanças no corpo. No entanto, alguns idosos, mesmo apresentando alguma limitação nessa fase, veem a velhice de forma positiva. Foi evidente que a valorização do papel do idoso na família dá uma positividade ao processo do envelhecimento, bem como a capacidade para exercer atividades e a independência financeira. Percebemos, também, que as mulheres idosas valorizam a imagem do corpo que está envelhecendo, diferentemente dos homens idosos. Muitas vezes o estigma do outro em torno da velhice é absorvido por alguns idosos, bem como o preconceito com o ser “velho” na sociedade é sentido pelo idoso.

- Como é vivida

Quando analisamos os depoimentos dos sujeitos participantes dessa pesquisa podemos evidenciar que os trechos referentes a esta subcategoria indicam a resistência a um conjunto de estereótipos com os quais a velhice é tratada e associada por eles mesmos. A imagem que os idosos entrevistados fazem de sua experiência pessoal é radicalmente contrária à do senso comum. Apesar de todos os entrevistados estarem na terceira idade, ou seja, com mais de sessenta anos, eles não se consideram velhos. Quer dizer, existe uma dicotomia entre o que pensam de si, enquanto indivíduos velhos, e o que pensam da velhice, enquanto estado que os atinge. Dessa forma, não é avanço da idade que marca as etapas mais significativas da vida; a velhice é antes um processo contínuo de reconstrução (Debert, 2004).

O estigma de uma velhice associada à perda, doença e incapacidade que o outro tem a respeito da velhice muitas vezes é absorvido pelo próprio idoso. Este tende a não

se olhar como velho, por não se enquadrar nesse estigma. Como relatou a seguinte idosa entrevistada:

“ Não me acho velha, nem me sinto velha, as pessoas dizem que não aparento ter essa idade, não. Eu sou muito dinâmica, gosto de falar, de correr [...]. Idoso só por causa da idade, mas meu corpo, minha mente, não me acho idosa, não.” (Sujeito 13).

“Pra mim não... Porque, menina, porque eu acho que eu tô velho por fora, mas por dentro eu tô... é tudo perfeito, minha cabeça, é tudo normal... A minha vida é normal, igual eu era de molecão... não tem esse negócio de tristeza comigo” (Sujeito 07)

“Olha se eu falar pra você, você não acredita. Eu não percebo idade, eu não sinto idade. Não sinto idade, não percebo idade, não tenho dor no corpo, nada, nada, nada. Eu mesmo não acredito que eu tenho essa idade. Faço todos os dias uma hora de bicicleta. Tenho muita disposição, tenho... normal, normal, normal... tem muito moleque aí mais novo que não tem o mesmo pique (...) Eu tenho uma vida sexual normal, inclusive eu uso preservativo e tal. Às vezes ela (namorada) comenta que o meu relacionamento, é como se fosse, é mais gostoso do que os moleques de hoje” (Sujeito 06).

“(...) Ah, eu não me acho... bom, até porque eu tenho 71 né, eu me acho ainda bem, tenho condições até de fazer alguma coisa, não trabalho porque não consigo mais serviço, ninguém arruma né. Mas tô bem... Não, eu não me sinto velha. Eu me sinto acabada, porque eu me acabei... Eu acho que eu me acabei, não é que eu tô velha assim... Tô, mas não pesa pra mim” (Sujeito 01).

Britto da Motta (1998) diz ser difícil reconhecer-se como velho, porque a velhice, na nossa sociedade, é sempre associada à decadência, muito mais que a sabedoria e experiência. Alguns idosos assumem para si esse estigma social e passam a ter um negativismo em torno do envelhecimento e da velhice.

Como percebe-se no depoimento abaixo, embora a idosa esteja no processo do envelhecimento, ela não o aceita. Segundo Debert (2004), os idosos reconhecem que a velhice existe, mas não é aquilo que estão neles. Velho é sempre o outro.

“ A velhice é muito ruim [...] Não queria ficar velha, não. Queria que Deus me tirasse antes de ficar velha.” (Sujeito 14).

Segundo Britto da Motta (2004) há naturalmente, por parte dos idosos, a clara percepção do processo do envelhecimento, tanto do corpo como da reação social a ele. A construção de identidades depende da construção das imagens do corpo. Afirma Barros (1998), que o corpo e o uso de artifícios para arrumá-lo faz parte de uma forma de controle de expressão da velhice.

“ Eu hoje caminhei, fui para o médico, gosto de cuidar da minha saúde, faço ioga. Me sinto muito bem na velhice. Sou muito vaidosa gosto de me arrumar e sair arrumada. Se for para sair e não tiver o cabelo arrumado eu desisto [...].” (Sujeito 13).

A preocupação com a manutenção da beleza do corpo físico é alimentada por uma sociedade capitalista que cultiva a juventude como forma de beleza, atividade e poder. Britto da Motta (2004) diz que a referência ao envelhecimento e ao corpo é feita sobretudo pelas mulheres, porque do ponto de vista do gênero, elas sempre foram avaliadas pela aparência física e pela capacidade reprodutiva.

É evidente a exclusão social do idoso em todos os meios sociais, pois o imaginário social construído em torno da velhice é arraigado de estereótipos e preconceitos, absorvidos pelos mais jovens e transmitidos aos idosos. É evidente como algumas pessoas da sociedade tendem a tratar os idosos de forma discriminatória e como alguém à parte na sociedade. Ao se perceber na velhice, o idoso aponta para o preconceito que sofre na sociedade por ser velho.

“ [...] Existe muita discriminação, se você vir, às vezes no ônibus o próprio motorista tem abuso de velho. Uma vez eu fui ao médico um tempo desse e ele me discriminou, eu fui fazer exame de pele para tomar banho na piscina do clube, em Aldeia e ele pegou minha camisa como que estivesse com nojo [...]. Outro dia fui no ônibus o motorista olhou para mim e disse vá lá para trás e eu disse vou descer logo lá na frente, tá com raiva de mim só porque sou velho [...]. Algumas pessoas discriminam, mas não são todas.” (Sujeito 02).

O descaso com que é tratado o idoso em nosso país é algo evidente. Basta olharmos para nossas calçadas mal projetadas, os altos degraus dos ônibus, bem como o acesso dos idosos aos serviços públicos de previdência e saúde. O desrespeito para com a pessoa idosa é relatado na fala deste idoso, sendo percebido no processo de envelhecimento como algo negativo.

“ Eu me sinto muito bem na velhice. Se não fossem estes escândalos aí, esta falta de assistência aos idosos, a velhice seria melhor.” (Sujeito 09).

Pode-se, assim observar que os idosos entrevistados negam a identificação com a representação social da velhice, como uma etapa de perdas físicas, de tristeza, de falta de saúde, indisposição e “asexualidade”. O envelhecimento apresentado pelos sujeitos da pesquisa não pode ser considerado apenas como sinônimo de doença, mas sim como um período que dá continuidade à vida adulta e que pode ser vivenciado de uma forma satisfatória.

Como estrutura etária dinâmica no processo de construção social, os idosos estão aos poucos redefinindo seu papel na sociedade. Através de sua visão a respeito do que seja a velhice e como vivenciam o processo do envelhecer, podem mostrar à sociedade que a velhice não está associada só a perdas e incapacidades, mas a uma grande atividade na reconstrução de um imaginário que positive a velhice e não estereotipe o “velho”. Na velhice (sobretudo nalgumas pessoas), como em qualquer fase do ciclo de vida, são evidentes algumas limitações, mas não a ponto de incapacitar a pessoa idosa para a vida.

B) A soropositividade no cotidiano da pessoa idosa

- Conhecimento sobre a AIDS e percepção de risco
- Diagnóstico
- Enfrentamento
- Estigma, discriminação e preconceito
- Convivendo com a soropositividade

Pensar na relação entre 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 dessa 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.

Sendo assim, apresentamos agora os dados referentes à categoria soropositividade no cotidiano da pessoa idosa, buscando conhecer um pouco da experiência de cada um dos idosos participantes da pesquisa, ao se descobrir na condição de portador do HIV.

- Conhecimento sobre AIDS e Percepção de risco

Quando questionados sobre o conhecimento prévio que possuíam sobre HIV/AIDS, os idosos entrevistados neste estudo apresentaram respostas que variam de nenhum a algum conhecimento a respeito da doença. Por outro lado, alguns foram categóricos em dizer que nada sabiam sobre a AIDS antes de se contaminarem, e que quando existia informação esta era muito escassa e superficial.

“Nada, conhecimento nenhum” (Sujeito 05).

“Não tinha nada, não tinha informação nenhuma... é igual eu te falei, no começo, na época, eu perguntei a doutora se tinha problemas eu ficar perto das crianças, sou um avô muito apegado ao meus netos, agarrados comigo... e ela disse que não, então até hoje eles andam agarrados comigo” (Sujeito 11).

“Tinha nada menina... o problema foi esse, naquela época quando... que nem se fosse no dia de hoje, eu garanto pra você que eu não pegaria essa doença. Porque eu sei como é que é, eu sei o problema tudo.... Agora eu sei, nuns tempos atrás a gente quase não tinha informação, você não ouvia falar nada, era muito difícil. Então eu garanto, se fosse hoje eu não entrava nessa, nesse barco” (Sujeito 04).

Alguns deles relataram ter tido algumas informações e possuírem alguma ideia do que era AIDS. Todavia, como podemos observar nos depoimentos abaixo, aparece haver uma distinção entre “ouvir falar” e ter informações tão relevantes sobre a doença.

“Iiixi, muito pouco... muito pouco se falava desse negócio. Não sabia tanto quanto eu sei hoje. Eu ouvi falar muito pouco (...). Às vezes a gente ouvia alguém falar, né: - Oh, a AIDS! Ou fulano: Fulano tá com AIDS” (Sujeito 01).

“Sempre ouvia falar no rádio, mas não era tão explicativo que nem é hoje, a gente não tinha tanta informação. A gente não sabia muita coisa... mas sempre, logo que surgiu essa doença aí eu já ouvi falar. (...) mas não tinha idéia nenhuma de como era” (Sujeito 02).

“A gente não tinha noção do que era AIDS. Ouvia só falar, como outra qualquer, mas não tinha informação” (Sujeito 10).

Apesar de alguns afirmarem possuir conhecimento/informação sobre a doença, pode-se constatar que a maioria dos sujeitos participantes não haviam percebido estar sob risco, antes de se contaminarem.

“Puuuxa vida! Já tinha ido a diversas palestras, lá no clube... vieram falando, explicando como era, como não era... distribuiu camisinha e aquelas coisas to, né... Meio que a gente não sente... Ah, isso não é nada disso não e tal. Eu não acreditava! Porque quando não toca na gente, a gente não acredita, cê me entende? Depois é que a gente vai ver.. na hora em que a botina aperta” (Sujeito 03).

“Tinha, mas nunca tinha visto uma pessoa com isto aí. Você entende como é que é o negócio. Acho que o mal da gente é isso... nunca tomar cuidado com as coisas... se eu visse não entrava nisso aí... mas você vê falar e não vê... você escuta falar e não vê, quer dizer que é que nem diz o outro ‘só vendo pra crer’ –risos. Mas quando fui vê já tinha me lascado” (Sujeito 07).

“Sim, mas nunca passou pela minha cabeça que um dia isso ia acontecer comigo... nunca, nunca passou pela minha cabeça que ia acontecer comigo” (Sujeito 06).

Neste contexto, como podemos observar nos depoimentos dos entrevistados, apenas informações sobre a forma de transmissão e situação de risco poder 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” (Pompidou, 1988).

Todavia, vale ressaltar 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 situação de risco não é suficiente para que passe a adotar um comportamento, a falta de informações básicas contribuem para aumentar a sua vulnerabilidade (Peruga & Celentano, 1993).

A representação que a AIDS tem para os entrevistados é de uma doença incurável, fatal, que pode levar à morte e, ainda, impregnada de muito preconceito, mas que pode ser controlada, dominada.

“Eu achava, achava não, ela mata. Se a pessoa não se cuidar ela mata” (Sujeito 07).

“(...) porque fala ‘Ah é uma doença que não tem retorno. Você pegou essa doença e acabou’. De fato Não acaba, mas derruba a pessoa mentalmente... você não consegue se concentrar” (Sujeito 04).

“Porque você sabe que é uma doença que não tem cura. Não tem cura... perigoso. Antigamente eu morria de medo disso daí. Nossa! Isso daí era uma coisa. Hoje, vamos supor, tem gente que é muito discriminado (...) agora, tem gente... eu vou olhar pra trás é uma doença como outras que mata também” (Sujeito 06).

“Bom, agora com o pouco que eu sei, eu acho que é uma doença como outra qualquer... é só você se cuidar. Não é um bicho de sete cabeças. É triste? É. Você tem cura? Não tem. Mas você sabendo levar, se controla, você vive bem, sossegado... O preconceito atrapalha um pouco. Porque a gente percebe que a pessoa, quando a pessoa sabe, fica meio te olhando de lado, então com isso aí que a gente fica magoado... por isso. É complicado porque ainda tem gente que tem preconceito ainda” (Sujeito 01).

- Diagnóstico

A descoberta da condição de soropositivo para o HIV ocorreu quase sempre em função do surgimento de alguma doença/sintomas, estando à decisão de submeter-se ao teste de HIV a cargo de pedidos médicos, não aparecendo como uma atitude própria do sujeito, como podemos observar na tabela abaixo, exceto nos sujeitos 04.

Tabela 4- Demonstrativo da situação no recebimento do diagnóstico

Sujeito	Decisão	Motivo	Reação inicial
1	A pedido do médico	Aparecimento de feridas	Desespero/descontrole
2	A pedido do médico	Adoecimento	Desespero/desorientação
3	Decisão própria	Morte da esposa	Sofrimento/perda
4	A pedido do médico	Adoecimento	Sofrimento/perda
5	A pedido do médico	Adoecimento	Desespero
6	A pedido do médico	Adoecimento	Desespero/descontrole
7	A pedido do médico	Fraqueza	Negação
8	A pedido do médico	Fraqueza	Desespero
9	A pedido do médico	Adoecimento	Culpa/revolta
10	A pedido do médico	Adoecimento	Desespero
11	A pedido do médico	Adoecimento	Desespero
12	A pedido do médico	Adoecimento	Surpresa/Conformidade
13	A pedido do médico	Adoecimento	Desespero
14	A pedido do médico	Adoecimento	Tristeza/desespero
15	A pedido do médico	Adoecimento	Desespero/conformidade
16	A pedido do médico	Adoecimento	Desespero
17	A pedido do médico	Adoecimento	Desespero

Mesmo que a descoberta da soropositividade para o HIV ocorreu em sua maioria em função do surgimento de alguma doença/sintomas, na qual o médico encaminha para a realização de exames, a categoria *diagnóstico* demonstrou que uma das características

do diagnóstico de HIV positivo para esses idosos é a revelação tardia. A passagem por vários profissionais, a realização de vários exames, bem como diagnósticos incertos foram relatados nos discursos.

“Cada médico pediu que eu fizesse um exame para saber o que eu tinha... ninguém pediu teste para saber essas coisas de HIV” (Sujeito 10).

Tal discurso aponta para a AIDS enquanto fenômeno social perpassado por questões morais e, no caso de pessoas idosas tais questões estão ligadas principalmente à sexualidade. Visões estigmatizadas e preconceituosas sobre o assunto contribuem para o impacto da doença nesse grupo etário, uma vez que, em decorrência do diagnóstico tardio estas pessoas iniciam o tratamento com perdas substanciais na sua saúde física e mental.

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 culpa, ou medos relacionados às respostas sociais. Receber o diagnóstico soropositivo para o HIV acarreta, num primeiro momento, grande impacto, despertando reações e sentimentos decorrentes do saber-se contaminado.

“Foi um choque muito grande, pra todo mundo, foi um choque muito grande, muito, muito, muito mesmo, no começo eu estava num mundo fora de mim. Fiquei 2 meses internada no São Lucas, eu não tinha noção do que tava se passando comigo, ai depois ai! Foi tão difícil, mas meu Deus me abençoou e eu me adaptei a doença” (Sujeito 08).

“Meu Deus! Foi difícil, a gente pensa que nunca vai acontecer com a gente, mas por isso que eu falo que tem que se cuidar, porque enfrentar o preconceito não é fácil” (Sujeito 10).

“Abalou bastante, porque foi difícil no começo, mas superei rápido porque eu vi que o remédio resolveu o problema. Eu sempre procurei viver da melhor maneira possível, procuro ter horário certo...” (Sujeito 11).

“Ah foi um baque, foi um baque... e como te falei eu não sabia o que fazer e o jeito que eu achei foi procurar uma psicóloga, se não eu não saberia se eu estaria aqui fazendo essa entrevista. Foi bravo, foi bravo...foi juntando um monte

de coisa na minha cabeça e eu vi que o HIV é 50% psicológico” (Sujeito 16).

Os idosos entrevistados relataram também que ao receberem o diagnóstico ficaram desorientados, desesperados, amargurados, com até certo ressentimento, como transparece nos depoimentos abaixo:

“Ah, Deus me livre... não foi fácil, não... Eu fiquei doida! Vixi... eu falei: - Nossa, pelo amor de Deus!. É duro... A gente fica desesperado, né? Não é fácil, não. Eu pensei: - Eu vou morrer” (Sujeito 13).

“Foi difícil. Foi difícil, porque eu falava que não poderia ter acontecido isso comigo... porque eu num, não fui uma pessoa má. O que eu fiz pros outros não poderia ter acontecido isso comigo... Eu fiquei em pânico” (Sujeito 01).

“A gente se sente acanhado. Nessa idade aqui e ter isso aí... Se Deus me levasse eu ficaria até mais contente... Você não melhora mais de quando era mais novo... Então...” (Sujeito 07).

É importante ressaltar que apesar do tempo entre o momento da recepção do diagnóstico positivo e a data da entrevista, lembrar o diagnóstico emergiu grandes emoções.

“Quando eu descobri eu pedi a Deus misericórdia que eu não queria mais chorar, mas não é fácil você saber que tem uma doença como essa, todo dia você depende daquele monte de remédio, toma um monte de remédio e não fica bom... Você não tem com quem contar, você não tem como quem conversar (choro)” (Sujeito 03).

Como somos todos imortais em nosso inconsciente é quase inconcebível reconhecermos que também temos que enfrentar a morte (Kubler- Ross, 1969). O impacto da notícia do diagnóstico positivo e a convivência com HIV/AIDS às vezes é carregada e permeada de sentimentos tão intensos e angustiantes que o desejo de morte e vontade de se matar fazem presentes no intuito de por fim a um “tormento”.

“Eu perdi totalmente a vontade de fazer as coisas. Antes da doença eu não sentia nada, nada... Mas depois que eu descobri a doença aí eu fiquei assim, parece que eu diminuí 20 anos da minha vida. É assim que eu me sinto, desmotivada em fazer as coisas. Na hora em que vou começar a fazer alguma coisa eu penso: - Poxa, eu pegava alguma coisa pra fazer e acabava, hoje em dia eu começo a fazer e deixo pela metade, guardo o resto. A minha mente não ajuda. Antigamente eu era muito diferente porque eu achava que eu superava tudo e hoje eu acho que eu não supero mais. Aquele ânimo não é o mesmo., como assim... Vai diminuindo aos pouquinhos, entende?” (Sujeito 17).

“Tristeza... se o cara, se o cara não for forte mesmo ele faz besteiras, viu? Inclusive me deu vontade de suicidar quando eu soube do exame, fiquei muito triste. Mas depois não, comecei a tomar o remédio, aí... pra mim hoje em dia to tranqüilo.. sei que eu fiquei muito triste no começo, né, agora, passou, eu num ligo mais pra isso não” (Sujeito 10).

Estando a AIDS atrelada à ideia de fatalidade/morte, torna-se primordial para incorporação da nova condição de soropositivo para o HIV, a forma como é dado o diagnóstico para o indivíduo (Figueiredo & Ribeiro, 1996). Dependendo de como se diz ao paciente, do tempo de que dispõe para conscientizar-se e assimilar a notícia e de sua história de vida, a pessoa torna-se capaz de desprender-se de mecanismos de defesa mais radicais, como a negação.

Vários autores discutem que o diagnóstico soropositivo tem efeitos destrutivos “em todos os aspectos da vida do indivíduo” podendo inclusive modificar “em todos os aspectos da vida do indivíduo” podendo inclusive modificar “sua personalidade, seus contatos com o mundo e seus valores” (Saldanha, 2003). O grande impacto do diagnóstico soropositivo desperta “reações e sentimentos desestruturantes” que acionam mecanismos de defesa para fazer frente aos medos e angústias do saber-se contaminado.

Podemos notar que a primeira reação do paciente pode ser um estado temporário de choque do qual ele se recupera gradualmente. Quando termina a sensação inicial de torpor e ele se recompõe, é comum no homem a reação de “não, não pode ser comigo”. Esta negação inicial se mostrou palpável nos sujeitos aqui pesquisados.

“A minha reação quando eu soube do resultado? A minha reação não foi nenhuma... a minha mulher sentiu, porque ela

tava no dia comigo, ela sentiu muito... e ela até precisou de um psicólogo, precisou de tratamento mais sério... mas eu não me abalei porque não adiantava mais né, menina eu tinha que ter evitado antes...vamos tocar o barco pra frente e esquecer isso tudo ai” (Sujeito 03).

“Eu não acredito que eu tenho. Que eu tenho eu tenho, mas eu não acredito. Não sinto nada, nada, nada” (Sujeito 06).

A negação, ou pelo menos a negação parcial da doença é usada por alguns idosos, ou nos estádios da doença ou logo após a constatação, ou às vezes numa fase posterior. Comumente, a negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial (Kubler- Ross, 1969). A negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais.

Além da negação, a racionalização se apresenta como um importante mecanismo de defesa, podendo auxiliar a sobrevivência desses sujeitos, permitindo ao indivíduo processar e elaborar a sua nova condição de vida.

“É se eu disser que não abalou estarei mentindo, mas como sou uma pessoa que ama viver eu simplesmente ergui a cabeça, sacudi a poeira e dei um novo rumo e sentido a minha vida” (Sujeito 15).

“Bom, claro que não foi simples receber uma notícia destas, mas confesso que não me preparei, até porque nós não temos a formação humana de se preparar para notícias ruins, e foi assim comigo também, não me preparei. Mas acredito que quando se tem um propósito de viver, as coisas tornam-se menos complicadas, as coisas acontecem gradativamente e vai se encaixando e foi por isso que superei...” (Sujeito 12).

A culpa é um outro sentimento que surge com grande destaque e de forma maciça nos discursos dos sujeitos entrevistados. A culpa é vivenciada sobre diferentes vertentes, intimamente associadas às histórias de vida de cada idoso aqui estudado, especialmente no que se diz respeito às relações de gênero, à forma de contágio e de conhecimento da soropositividade.

Primeiramente, destacamos o fato de que a convivência com o sentimento de culpa aparece como um tormento, uma perturbação que incomoda e contamina os pensamentos, acarretando desconforto.

“Eu penso em tantas coisas: ‘-Por que eu fiz isso? Por que eu fui fazer? Porque eu não presto, eu fui culpado... eu vou embora, eu vou sumir’ E é assim, eu penso nestas coisas. Como é que eu vou tirar isso da cabeça? Não tem jeito... como é que eu faço? Então é só chorar, chorar, chorar (suspiro). Fazer o que...” (Sujeito 03).

“A gente não consegue concentrar nas coisas boas, é difícil... A gente não consegue, parece que tá sempre com aquela culpa, aquele peso na cabeça, que você apronto, você fez isso, fez aquilo, então...”(Sujeito 04).

A culpa surge como uma condenação que não pode ser dividida com ninguém. Reconhecer-se responsável pela própria condição de portador do HIV parece agravar os sentimentos de impotência frente à culpa. Ou seja, nada pode ser feito para dissipar o sentimento de culpa proveniente da contaminação. Dessa forma, o convívio com a condição de soropositivo torna-se difícil e doloroso.

“Mas é difícil conseguir viver.. porque eu, como eu,o professor, nós sempre falava assim “não tem que se julgar culpado”. Mas eu me sinto culpado,ué. Porque eu fui culpado em ter pego essa doença,a culpa tem que ser em cima de mim mesmo, então... não tem jeito...” (Sujeito 04).

O fato de ter se contaminado e ser portador do HIV é visto como um crime, mas não um crime comum. A condição de soropositivo acarreta uma condenação perpétua, em que se paga um alto preço- culpa, remorso, intranquilidade fazem parte do dia a dia.

“A gente tenta, a gente luta, mas não é como antes... é uma coisa que você sabe que não tem retorno. É que nem o cara condenado à cadeia elétrica. É a mesma... você tem o mesmo pensamento, você fala: Um dia vai chegar a minha hora” (Sujeito 04).

Quando falamos em diagnóstico positivo para HIV e reações a ele relacionadas não podemos nos esquecer de fazer menção ao fato de que não é apenas o indivíduo portador que é atingido pelo impacto da notícia, mas também a família como um todo. Os membros da família experimentam diferentes estádios de adaptação, semelhantes aos referidos pelos idosos entrevistados.

Neste contexto de doença, cada família movimenta-se de forma singular, interpretando a situação a partir de uma percepção em se sua cultura, seus códigos e suas regras influenciam seu comportamento e o processo de comunicação entre seus membros.

“Aí eu chamei os meus dois netos que convivem comigo, que nasceram lá em casa e eu cuido deles até hoje porque a mãe nunca assumiu. Eu cheguei para os meus netos e falei: - Eu preciso conversar com vocês. Esse exame aqui consta que eu não sou aquela mesma pessoa. Mas por que vó? Aí eu falei:- É porque agora eu sou uma pessoa doente e uma pessoa doente pode morrer a qualquer hora. Eu tenho uma enfermidade que não tem cura, é o HIV. Eu contraí o vírus eu não sei como, porque eu nunca fui uma mulher de porta de bar, eu nunca fui uma mulher de ... tipo assim, eu sempre fui muito reservada E agora vó, o que você vai fazer? Agora eu vou ter que buscar tratamento, chegar até um limite que eu possa ter uma vida mais tranqüila. Aí foi onde eles ficaram assim meio, meio...balançados. Eu fui falar com a minha filha, que é a mãe dos meus netos, que ela teria que me ajudar que era um momento difícil e eu não iria conseguir fazer tudo sozinha. A minha filha chorou muito e tal (...). Minha filha não liga para saber como eu estou ou deixo de estar, ela me abandonou” (Sujeito 17).

O sofrimento vivido como resultado do processo de estigmatização em relação ao HIV/AIDS soma-se aos estereótipos alocados à velhice e são intensificados pela rede social mais reduzida das mulheres que perdem a convivência familiar. Sofrem a ausência de familiares e até de amigos e parceiros afetivo/sexuais.

“Ah, quando ficou sabendo cortou a relação comigo né. E graças a Deus não pegou. Meus filhos quando ficaram sabendo me tocaram para fora de casa... minha mulher, os dois... me mandaram embora de casa. Eu falei “Eu vou embora, sim. Vou vender a casa aqui, dou a metade do dinheiro para ela, e vou embora... Depois... eu já tinha feito até uma placa que eu ia vender a casa... Aí meu filho mais

velho falou: “Pai, não faça essa besteira não. Isso é coisa da vida, isso é coisa que acontece. Fica quietinho aí. Aí a mulher falou: Fica aí, não tem problemas não... Só que você pra mim acabou. Falei: “Tudo bem” eu aceitei. Aceitei, porque eu tava errado, eu to errado” (Sujeito 03).

Neste sentido podemos acompanhar diante do relato acima que a reação da família perpassa por dois momentos antagônicos: primeiramente rejeição e, depois, uma aceitação.

Como abordam Shippy & Karpiak (2005), a população idosa com HIV se encontra desconectada da família e, novamente, estigmatizada, pelas instituições formais. O retrato desconcertante dessas redes de apoio emerge quando examinado o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS que declaram que contam ou com si mesmas ou não sabem a quem recorrer para algum tipo de ajuda.

- Enfrentamento

Referente a esta subcategoria de análise podemos averiguar que a maioria dos sujeitos entrevistados prefere manter o resultado em sigilo, tendo quase que exclusivamente como único confiante a família nuclear, esposa e filhos. Contudo, observa-se um silêncio envolvendo a questão, ou seja, existe a desconfiança de que outras pessoas possam saber da condição da soropositividade, mas isso não é confirmado.

“Olha eu falei que é que nem eu disse a minha família não sabe, a maioria dos membros da minha família, que eu sou contaminado, portanto a nossa convivência é normal, como se eu não tivesse nada, mesma coisa na comunidade a mesma coisa como se ninguém soubesse nada, melhor jeito que eu achei pra sobreviver, conviver com HIV” (Sujeito 16).

“Então eu procurei não deixar ninguém saber ,não... É só eu, você aqui (referindo-se aos profissionais do CR DST/AIDS) e lá em casa... Agora, onde eu trabalho ninguém sabe, porque se souber dá o fim na gente lá,então...” (Sujeito 07).

“Olha a minha convivência não mudou nada, ninguém toca nessa assunto não...ninguém toca nesse assunto ,na comunidade eu procuro esconder o máximo, fora da minha família acho que ninguém sabe não, mas também procuro conviver menos com eles, porque foi como te falei atrapalha. Quando vou sair, vou pra outros bairros. Mas na minha família eu não escondi nem da minha mãe que era de idade, eu não escondi dele” (Sujeito 11).

“Porque bem pouca gente sabe do meu problema ... A situação minha é minha esposa, meus dois filhos, e minha nora não sabe, só se contaram para ela e eu não tô sabendo e minha irmã. Por parte da minha esposa ninguém sabe” (Sujeito 04).

“Há meus vizinhos é o seguinte, eu quase num fico assim muito entendeu? eu fico mais dentro de casa, outra hora saio, vou na rua compra um negocio e volto, num to, desde a época que descobri isso parei de... eu bebia né, tomava cerveja, fariava né, largava o serviço assim, depois eu descobri parei, só compro o que preciso volto pra casa , lá de fora na calçada batendo um papinho, mais nada demais não” (Sujeito 09)

“Convivo tranquilamente, nem todos sabem, é claro que tem sempre aquele que podemos confiar e eu também tenho essa pessoa, conviver ser que saibam foi o melhor que encontrei para não sofrer e nem vê-los em sofrimento, viver é o que importa não é..” (Sujeito 12).

Na narrativa dos participantes dessa pesquisa, a dinâmica estabelecida nas redes sociais e, mais especificamente na família, teria se caracterizado pela política do silêncio e da ocultação da condição de portador do vírus HIV. Aparentemente instaura-se o pacto do silêncio oculto como forma de se proteger do preconceito, do estigma e da discriminação, em suas formas declaradas ou sutis como a de não ser objeto de comiseração, comentários desnecessários ou fofocas.

A “política do silêncio” como forma de se proteger ou de evitar situações envolvendo estigma e discriminação associados ao HIV/AIDS tem sido apontada em outros estudos em diferentes populações, assim como em outras pesquisas com idosos convivendo com HIV/AIDS (Tunala *et al.*, 2000; Saldanha, 2003; Paiva, 2007; Prilip, 2004).

O medo da rejeição e da estigmatização em casa e na comunidade local impede que as pessoas com HIV/AIDS revelem seu status sorológico e tal rejeição pode se vincular às associações com a homossexualidade, como o uso de drogas e à promiscuidade com a qual as pessoas vivendo com AIDS carregam (Parker & Aggleton, 2001). Esta dificuldade no interior de parte das famílias pode ser pensada, como aborda Goffman (1982), a partir do medo de que o estigma comece a ser difundida e transferida para as pessoas que com elas convivem, que passariam, então, a compartilhar também do descrédito.

Na intersecção de experiências de discriminação relacionada à idade (*ageism*) e ao processo de estigmatização do paciente com HIV, a imposição do silêncio são estratégias comuns utilizadas como forma de se proteger e se defender do estigma e da discriminação em relação ao HIV/AIDS entre os idosos (Emlet, 2006; Roig & Martin, 2007).

Sendo assim, a doença torna-se um caso particular, inerente aos indivíduos com AIDS e vivido pelos familiares. Eles não se socializam, pois temem, por parte da sociedade, atitudes preconceituosas e discriminatórias, que muitas vezes se apresentam de forma velada ou declarada. Dessa forma, a necessidade de silenciar-se em relação à

sorologia positiva se faz presente, no intuito de afastar o preconceito e a discriminação.

“Então a gente vive desse jeito, sem eles (referindo-se aos familiares saberem, nem nada. Mas também.. tem hora que eu penso: Eles podem saber pra que? Eles vão ajudar em alguma coisa? São vão me prejudicar. Porque eu tenho certeza que vão prejudicar em alguma coisa.. isolar mais, vai... então” (Sujeito 04).

Burris (2006) chama a atenção para a importância de opor resistência à tática do silêncio e da ocultação como forma de proteção contra a discriminação, pois a ocultação pode trazer consequências ainda piores que as de resistências, pois “as pessoas que adotam estratégias de resistência podem na verdade se deparar com menos estigma, experimentar menos prejuízos sociais e ser mais capaz de lidar com qualquer discriminação” (p. 529).

No entanto, a realidade dos idosos convivendo com HIV/AIDS está longe de contar com recursos que os ajudem a opor resistência frente às imposições do silêncio e da ocultação que os colocam de “desacreditáveis”. Esse contexto os colocam em situação de invisibilidade social e à margem das respostas de outros grupos sociais que se articulam para lidar com o impacto de estigmatização que aprofunda a expansão da epidemia do HIV e o sofrimento pessoal das pessoas diretamente afetadas.

O julgamento social é uma das faces mais sombrias e cruéis do adoecer de AIDS, portanto, uma violência, tanto para o sujeito quanto para seus familiares, pois cria uma identidade social, fazendo dessas pessoas seres distintos e desiguais. Como aborda Sousa et al., (2004), o sigilo/silêncio/segredo assume identidade própria, singular, visto que para a grande parte da sociedade, a doença está associada ao pecado e à vergonha, sendo, portanto, fruto de comportamentos geralmente desaprovados.

Tendo em vista o caráter incurável da AIDS, o tratamento médico e o autocuidado passam a serem visto como um recurso indispensável à sobrevivência, tornando-se meios de enfrentamento da doença. Juntamente ao uso dos medicamentos, mudanças de hábitos de vida são inseridas no dia a dia desses pacientes, no sentido de alcançar uma melhor qualidade de vida.

“Sim, a gente tem que se cuidar pra combater o mal estar e continuar a viver” (Sujeito 10).

“Passei a cuidar mais da minha saúde ... não sou abitolado com isso, cuido de forma tranquila” (Sujeito 12).

“Eu creio que sim né, a gente fica mais preocupado, é com certeza mais preocupado, mais cuidadoso com coisa que vai fazer mal, até com coisa que a gente vai comer, atrapalhar no caso, não tem regime nenhum com isso daí, você sabe né? Tem com bebida alcoólica, noitada não perco, eu sempre procuro dormir bastante, hoje eu tomo remédio pra dormir porque eu preciso dormir bem, o resto normal”. (Sujeito 11).

“A sim a gente sempre passa a se cuidar né, mas não sou aquele tipo neurótico não, cuido porque tem que se cuidar mesmo, eu não consigo me ver naqueles grupos de terceira idade, acho até ridículo eu ir lá, porque não me sinto velho” (Sujeito 15).

“Certeza eu passei a me cuidar, com certeza aí eu fui vendo como é que se vivia com HIV, deixei de fazer algumas coisas, fiz outras que não tinha modo de fazer, comecei a fazer coisas diferentes dentro do esquema de um soropositivo” (Sujeito 16).

“Então a minha saúde é boa, tá tudo controlado, eu tomo os remédios tudo direitinho, sabe. Quer dizer que eu acho que... eu vou tocando a vida desse jeito aí (...) Eu achava, achava não, ela mata. Se a pessoa não se cuidar ela mata... eu me alimento bem, sabe, eu não bebo... mas se você não se cuidar ela mata mesmo... Cê não vê gente aí que toma remédio e toma droga o que que vira. Tem que ir pro buraco mesmo” (Sujeito 07).

“Que nem eu... antes disso tomava uma cerveja, uma pinga, tomava um vinho... agora já não. De quatro anos pra cá só tomo refrigerante, assim cê atura. Assim fala o médico: “Assim cê vai longe”. Como na hora certa, descanso bastante, isso aê vale muito” (Sujeito 03).

Ao analisarmos os depoimentos acima podemos nos lembrar do Modelo de Kübler-Ross que propõe uma descrição de cinco estádios discretos pelo qual as pessoas passam ao lidar com a perda, o luto e a tragédia. Segundo esse modelo, pacientes com doenças terminais passam por esses estádios.

O modelo foi proposto por Elisabeth Kübler-Ross em seu livro *On Death and Dying (Sobre a Morte e o Morrer)*, publicado em 1969. Os estádios se popularizaram e são conhecidos como *Os Cinco Estádios do Luto* (ou da Dor da Morte, ou da Perspectiva da Morte), sendo eles: Os estádios são: 1º: Negação e Isolamento: "Isso não pode estar acontecendo."; 2º: Cólera (Raiva): "Por que eu? Não é justo."; 3º: Negociação/Barganha: "Me deixe viver apenas até meus filhos crescerem."; 4º:

Depressão: "Estou tão triste. Por que se preocupar com qualquer coisa?" e 5º: Aceitação: "Tudo vai acabar bem."

Quando a autora faz referência ao terceiro estágio vivido por pacientes que tomaram conhecimento da fase terminal de suas doenças que é a barganha/negociação. Apesar da autora apontar que a maioria das barganhas são feitas com Deus, como podemos evidenciar nos discursos abaixo, o auto-cuidado também pode ser considerado como tal, pois a barganha na realidade é uma tentativa de adiamento, incluindo um prêmio oferecido “por bom comportamento”, entretanto, assim, em algum tipo de acordo que adie o desfecho inevitável.

“A gente tem que se apegar a Deus né. Primeiro é Deus, Deus é legal pra caramba. Eu nunca frequentei igreja, nada, entendeu. Mas eu rezo bastante, eu peço pra Ele. Eu até fiz uma promessa: Se o próximo exame que eu vou fazer, dia vinte e dois, não der nada, porque eu já fiz um que não deu nada, né, se o próximo que eu fizer não der nada.. eu fiz uma promessa que eu não vou cortar o cabelo nunca mais... fiz uma promessa mesmo, entendeu?” (Sujeito 05).

“Você sabe que eu nem abalei, num assustei, porque eu confio muito em Deus né, que todo, quase todos, quase toda semana eu vou pra igreja, vou buscar Deus, porque eu tenho certeza que uma né, uma hora Deus né, pode né, pode fazer. Essa semana mesmo, eu vi uma mulher dando testemunho que ela foi curada, curada, lá em São Paulo, então é isso que to fazendo, to buscando a Deus, então Deus conforta eu né, vou dia de terça, quando posso vou quinta, sexta e domingo” (Sujeito 09).

- Estigma, Discriminação e preconceito

A AIDS trouxe à tona, de maneira nova e assustadora, os fantasmas construídos no imaginário social sobre a sexualidade e a morte, sobre o desfiguramento e o enfraquecimento físico, sobre a vulnerabilidade e o risco visto na cara do outro. Mais do que qualquer doença na era moderna, a AIDS revelou a nossa relação ainda não resolvida com a diferença e os diferentes, lembrando-nos da longa história que sempre vinculou o medo da diferença com a discriminação nas vidas dos indivíduos afetados pela epidemia (Parker & Aggleton, 2001).

Goffman (1988) define estigma como um atributo que é profundamente depreciativo e que, aos olhos da sociedade, serve para desacreditar a pessoa que a possui. O indivíduo estigmatizado, conforme aborda o autor, é visto como uma pessoa que possui uma “diferença indesejável”. Observa, também, que o estigma é atribuído pela sociedade por meio de regras e sanções que resultam no que descreve como um tipo de identidade deteriorada para a pessoa em questão, originando a discriminação e o preconceito.

Partindo desse pressuposto, podemos dizer que a AIDS tem duas dores: a dor da própria enfermidade e a dor dos olhos dos outros. Assim, o medo da rejeição, principalmente no ambiente de trabalho, e o sofrimento causado pelo preconceito e pela possibilidade de discriminação afetam de forma contundente os sujeitos dessa pesquisa. Sentimentos de ansiedade, perseguição, dúvida, surgem, podendo constituir-se em fontes estressoras no cotidiano de cada um.

O preconceito existente em torno da doença faz com que os portadores se tornem carregados de medo, o que os leva a um mundo de meias verdades, evitamentos e disfarces. E, na tentativa de proteger-se e proteger aos que prezam, eles têm comportamentos que acham que irão impedir a contaminação do outro.

“Antigamente, eu morria de medo disso aí. Nossa! Isso daí era uma coisa. Hoje, vamos supor tem gente que é muito, muito discriminado. Tem pessoa que se souber que você tem isso daí, se você for tomar uma água né... porque hoje eu vejo o negócio assim... as vezes eu vou lá na casa do meu filho, eu pego a minha netinha e penso: Será que eles não ficam preocupados? Eu sei que não contamina assim, mas a

cabeça das pessoas não sei como é que é. É muito discriminado” (Sujeito 06).

“Algumas pessoas que ficou sabendo veio conversar comigo, me dá apoio, como assim, como se não fosse nada né... porque até hoje tem pessoa que sabe, ela fica sabendo e para ela não é nada demais. Agora tem alguém que se fica sabendo sai, corta fora da gente. Ainda tem...o preconceito atrapalha um pouco, porque a gente percebe que a pessoa, quando a pessoa sabe, fica meio te olhando de lado. Então é com isso aí que a gente fica magoado... por isso” (Sujeito 01).

“eu digo meu caneco é esse, eu não posso mais pegar a minha netinha, eu não posso mais jogar bola, não posso mais beijar. Isso eu digo a ela. Só que minhas filhas e meu filho não percebem nada com relação a minha inibição... eu tenho que me conscientizar porque eu tenho uma infecção e às vezes eu faço a barba e me corto” (Sujeito 02).

A AIDS, desde o começo, foi apresentada como uma doença incurável e fatal, sem esperança e sem destino a não ser a morte. Tal visão fatalista foi responsável pela disseminação de condutas discriminatórias, desumanas e terroristas em relação às vítimas da doença. Esses fatores do passado ainda estão presentes, gerando associações simbólicas com a doença que atingem profundamente os indivíduos infectados, influenciando-os na percepção de sua doença, como também no comportamento de outras pessoas frente a elas, resultando em sentimentos de ansiedade, motivados pelo medo da rejeição social (Saldanha, 2003).

“Muitas pessoas não sabem, acham que só basta pegar na mão que já é contagioso...” (Sujeito 01).

“Preconceito, é direto mesmo, é triste a coisa. Ninguém entra na minha casa. Moro sozinho” (Sujeito 06)

“... porque muita gente não aceita né, acham que pega assim fácil: num abraço, num aperto de mão, até mesmo assim...no ar” (Sujeito 02).

“...eu não falo nada porque não suportaria viver o preconceito e ser abandonado pela família e pelos amigos, então melhor fica do jeito que esta, sem saber, até hoje eu escondo é por isso que eu até vim de boné, óculos escuro, pra

evitar que eu seja reconhecido, caso encontre com alguém, algum amigo” (Sujeito 12).

“É duro, a gente fica... é o que eu te falo, a gente fica desorientado. Você não tem, não sabe, porque é uma coisa que não é tocando, coisando que vai pegar, né, mas tem gente que não acredita...” (Sujeito 04).

Podemos observar que a AIDS é mais que uma doença com impacto na saúde física e psicológica, é acompanhada por estigmas socialmente construídos, os quais estão relacionados com as crenças sociais sobre a doença (Ferreira & Figueiredo, 2006). Tais crenças equivocadas nos discursos dos participantes como um dos fatores que contribuem para a discriminação sofrida.

- Convivendo com a soropositividade

Depois do impacto sofrido pelo diagnóstico positivo para o HIV, vem a necessidade de reestruturação e manutenção da vida em seus vários papéis. Para tanto, são disponibilizados recursos de enfrentamento, característicos de cada indivíduo, tendo como respaldo as vivências e histórias de vida próprias de cada um.

Quando focalizamos nossa amostra de sujeitos e seus respectivos discursos, percebemos que a AIDS e a condição de soropositivo para o HIV foram incorporados à vida dessas pessoas de formas distintas, contudo, afetando-as profundamente.

Para alguns deles, parece não ter havido mudanças drásticas no estilo de vida. A condição de soropositivo é incorporada como mais uma condição a ser vivenciada, não interferindo no modo de vida anterior ao diagnóstico.

“Não há diferença, ser idoso é para sociedade sinônimo de estar velho e não é bem assim, como também ser portador para a sociedade é ter o decreto da morte, não é isso...” (Sujeito 12).

“Ah normal, do mesmo jeito, tem vez que nem lembro que sou” (Sujeito 13).

“Ah eu me sinto bem, nem me lembro que isso existe mais, eu só me lembro disso sabe como? só quando vou tomar o remédio que eu acho horrível porque eu tomo 3 qualidades ainda, ela não tirou ainda, mais eu sinto bem, graças a Deus eu só não trabalho mais porque eu não tenho força sabe, minhas forças parece que acabou assim, num tenho forças no braço, eu me canso muito só por isso eu não arrumo serviço pra mim, se não eu trabalhava” (Sujeito 08).

“Não, não mudou nada... Eu continuo trabalhando. E eu trabalho de um jeito que se botar um menino no meu lugar, não faz o que eu faço. Tenho certeza que não. Se for preciso eu pego peso... comigo não tem esse negócio não...” (Sujeito 07).

Contudo, nem todos os entrevistados encaram a soropositividade apenas como um fator a mais na suas vidas. A condição de portador do HIV e os sentimentos despertados em decorrência dela são vividos intensamente, acarretando grandes alterações, principalmente em nível emocional/psicológico, tornando-se um incômodo constante. Oscilação de humor e vivência de sentimentos contraditórios como tristeza, desânimo, desorientação, por um lado e, tranquilidade, por outro lado surgem como características do modo de enfrentar o dia a dia. Neste sentido, conviver com a soropositividade passa a requerer muito esforço.

“(...) eu perdi totalmente a vontade de fazer as coisas. Antes da doença eu não sentia nada, nada... Mas depois que eu descobri a doença aí eu fiquei assim, parece que eu diminui 20 anos da minha vida. É assim que eu me sinto, desmotivada em fazer as coisas. Na hora que eu vou encarar um trabalho eu pensava: - Poxa eu pegava alguma coisa para fazer e acabava, hoje em dia eu começo a fazer e deixo pela metade, guardo o resto. A minha mente não ajuda. Antigamente eu era muito diferente porque eu achava que eu superava tudo e hoje eu acho que eu não supero mais. Aquele ânimo não é o mesmo, como assim... Vai diminuindo aos pouquinhos, entende?” (Sujeito 17).

“É bem difícil, porque a gente se cansa com mais facilidade, já não tem a mesma força, mas por outro lado tem a diferença da experiência, por exemplo, se eu tivesse a mesma cabeça que tenho hoje teria feito tudo diferente, teria me prevenido às vezes me arrependo, por isso falo pros jovens se cuida” (Sujeito 10).

“Mas tem dia que eu não quero conversar, fica na cama diretamente, choro, choro... tem dia que não tem agrado comigo... eu penso em tantas coisas “Por que eu fiz isso? Por que eu fui fazer? Porque eu não presto, eu fui culpado... Como é que eu vou tirar isso da cabeça? Não tem jeito” (Sujeito 03).

“... agora que era o bom de viver ai aparece essa doença que é um tormento. Um pesadelo na vida, tem que ter o remédio certo na hora certa, não pode deixar passar da hora, qualquer coisa eu fico maluco...” (Sujeito 09).

“Difícil né. É difícil pensar. A gente sabe que a gente vai morrer, mas é difícil aceitar. E tenho medo de sair de perto da minha filha, procuro ter minhas amigas por perto... é uma bobagem, mas é duro você pensar que pode morrer sozinha... é isso, você tem medo, sabe que vai acontecer que qualquer hora vai acontecer” (Sujeito 01).

A associação entre soropositividade ao HIV e vivência do diagnóstico na terceira idade, nos discursos dos participantes, apresentou-se como um fator potencializador de incertezas frente ao futuro, à morte e em relação à própria saúde. Verificou-se que essas pessoas necessitam, constantemente, reorganizar-se com relação aos sentimentos de esperança, aos seus papéis sociais e identidades, às suas relações interpessoais e à sua Qualidade de Vida.

“... a esperança da gente vai a zero... os planos que a gente faz, qualquer coisa que a gente faz fica assim, estranho assim, para que nada vai se realizar, que o fim tá chegando... a gente pensa no futuro, a gente pensa em fazer tanto e fazer tudo, mas a vida, que é a da gente, já tá no fim. Eu queria fazer tudo, ai meu Deus como eu queria” (Sujeito 10).

“O futuro menina? Ah é muito difícil isso que eu vivo.. eu não tenho que fazer, não tenho como comprar uma casa, e o futuro que eu posso fazer é ir levando a vida assim como Deus quiser” (Sujeito 13).

Observa-se nos discursos dessas pessoas que a vivência da AIDS na velhice, mesmo considerando o aumento da sobrevida com o uso da terapia antirretroviral, influencia na avaliação que elas fazem sobre seus planos para o futuro, bem como na reavaliação dos aspectos considerados essenciais.

Apesar dos medos e dificuldades de convivência com alguns fatores estressores do dia a dia e da própria doença, como nos apresentam os depoimentos acima, o desejo de viver e de aproveitar a vida ainda são preservados, originando sentimentos de esperança. Embora tendo que lidar com muitos problemas físicos, sociais e emocionais, alguns participantes discorreram sobre a necessidade de “olhar além” de sua própria situação, falando dos *ganhos secundários* da doença, ou seja, o que melhorou após o diagnóstico, bem como a necessidade de transmitir a outras pessoas sua vivência com a doença.

“Depois da doença sabe, agora eu sou feliz. Antes eu não sabia o que era ser feliz. Sou feliz com certeza... e eu com AIDS sou feliz pra caramba porque eu tenho o meu Deus. Eu não conhecia Deus. Eu conheci depois da doença e sou uma pessoa feliz e transmito felicidade ao mundo” (Sujeito 12).

“... já não tenho a mesma força, mas pro outro lado tem a diferença da experiência... por isso que hoje eu falo para os jovens se prevenirem, porque se eu soubesse eu teria me prevenindo” (Sujeito10).

“Mas que pra mim, eu acho que existe gente em pior situação do que eu... Então é isso que eu procuro alimentar... uma esperança e viver com essa esperança” (Sujeito 07).

“Eu tô querendo aproveitar o que eu posso. O que eu posso eu tô querendo aproveitar, o máximo que eu puder” (Sujeito 04).

“Tem que lutar né... não adianta chorar pelo que passou... tem que lutar” (Sujeito 01).

Observa-se assim que a AIDS torna-se uma doença que se transforma em situação de aprendizagem, e o doente, em vez de ter um caráter meramente passivo, torna-se ativo, dedicado ao seu papel, lutando e reaprendendo a viver (Cardoso & Arruda, 2005). A soropositividade impõe perdas significativas (amigos, emprego, planos), mas ao mesmo tempo traz mudanças subjetivas, incluindo novos valores e esperança frente à vida.

C- Relações afetivo-sexuais pós-diagnóstico

Ao nos depararmos com as histórias de vida dos sujeitos entrevistados, tendo como foco o relacionamento afetivo/conjugal de cada um deles antes do conhecimento da sorologia positiva para o HIV, e compararmos com o período após o diagnóstico, constatamos que, nos 07 (sete) sujeitos casados, houve a manutenção do casamento, sendo que 04 (quatro) mantêm relações afectivo-sexuais e 03 (três) declaram inativos sexualmente após o diagnóstico soropositivo.

Dos 04 (quatro) idosos viúvos, 02 (dois) possuem um novo relacionamento, sendo sexualmente activo, e os demais estão sozinhos. Um dos idosos encontra-se divorciado, mas declara ter relações sexuais esporadicamente.

Observou-se ainda que 02 (dois) idosos, sujeitos 10 e 11, são sexualmente ativos, e declararam serem homossexuais e atualmente mantêm um relacionamento com uma pessoa do mesmo sexo. O sujeito 11, no seu primeiro relacionamento, foi casado e teve dois filhos. Atualmente se relaciona com uma pessoa do mesmo sexo, que também é HIV positivo. Acredita que foi contaminado pelo actual parceiro.

Como mostra a da Tabela 5, apresentada a seguir, podemos visualizar a situação afectiva/sexual de cada um dos sujeitos entrevistados.

Tabela 5-
Demonstrativo das relações afectivas após o diagnóstico positivo para HIV

Sujeito	Estado Civil	Situação Conjugal	Relações Afectivo-sexuais	Sorologia do(a) parceiro(a)
1	Casado	Manutenção do casamento	Ativo	Soronegativa
2	Casado	Manutenção do casamento	Inativo	Soronegativa
3	Viúvo	Novo relacionamento	Ativo	Soronegativa
4	Viúva	Novo relacionamento	Ativo	Soronegativa
5	Casado	Manutenção do casamento	Ativo	Soronegativa
6	Viúva	Sem relacionamento	Inativo	-----
7	Casado	Manutenção do casamento	Ativo	Soronegativa
8	Casada	Manutenção do casamento	Ativo	Soronegativa
9	Casado	Manutenção do casamento	Inativo	Soronegativa
10	União Estável	Relacionamento Homossexual	Ativo	Soronegativa
11	União Estável	Relacionamento Homossexual	Ativo	Soropositivo
12	Divorciado	Sem relacionamento fixo	Ativo	Soronegativa
13	Casada	Manutenção do casamento	Inativo	Soronegativa
14	Solteira	Sem relacionamento	Inativo	-----
15	Divorciado	Sem relacionamento	Inativo	-----
16	Divorciado	Sem relacionamento	Inativo	-----
17	Viúva	Sem relacionamento	Inativo	-----

* Situação sorológica do(a) parceiro(a) fornecido pelo próprio sujeito.

Segundo o discurso dos idosos soropositivos, a sexualidade após o diagnóstico soropositivo para HIV pode ser classificada em “ativa” e “inativa”, conformando assim duas subcategorias.

- Ativa

Verificou-se que os idosos participantes da pesquisa, apesar da doença, continuam tendo a vida sexual. O uso do preservativo após o diagnóstico tornou-se presente na vida deles, os quais relatam a necessidade de usá-los devido à indicação do médico, ressaltando a importância do discurso médico na construção das representações dessas pessoas.

“tenho (relação sexual), mas com camisinha... (Sujeito 10).

“uso sempre o preservativo quando faço sexo, que foi recomendado pelo médico aqui de onde eu faço o tratamento, então tenho que usar” (Sujeito 06).

“Hoje quando eu vou ter um caso com um homem, eu já me previno. Antes eu não me prevenia, né!” (Sujeito 05).

Entretanto, ainda que ativa, a atividade sexual no contexto da soropositividade, para alguns idosos, é acompanhada pela frustração de não realizar a relação sexual devido ao temor da transmissão, pois alguns parceiros negam-se a usar preservativo, ou ainda pela ausência do prazer despreocupado devido à possibilidade de reinfeção, como também a diminuição da capacidade sexual, do prazer e do desejo sexual.

“Olha o começo sim, como medo, com medo né, mas foi voltando ao normal. Hoje em dia é normal, no começo assustei, parei um pouco, tive um tempo parado, mas hoje é normal” (Sujeito 11).

“As vezes a gente se sente até mal em ter relação porque a gente pensa que vai prejudicar mais a gente, mais a saúde da gente. A gente faz, mas faz sempre nervoso” (Sujeito 12).

“eu faço, mas não tenho o mesmo prazer do que antes... hoje acabou 50% (vida sexual). Eu acho que o problema mais é na cabeça ... a gente bota na cabeça pra não passar pra ninguém, né”(Sujeito 14).

“Com a AIDS a potência nunca é como antes. Eu faço, mas me sinto mais cansada” (Sujeito 05).

“... mudou muito, hoje penso antes e quando acontece é com camisinha, não é descontrolado como fazia quando era jovem, que tudo era festa” (Sujeito 04).

Mediante os depoimentos dos idosos pesquisados, podemos constatar que, apesar dos mitos e crenças sobre a sexualidade dos idosos (mito da velhice assexuada), as pessoas da terceira idade mantêm o desejo sexual aflorado. Todavia, percebe-se que a condição de soropositivo e suas repercussões algumas vezes interferem no desejo/sexualidade.

“mudou, até porque eu mesmo adotei um novo estilo de vida sexual, mas acredito que não foi exatamente por ser portador do HIV, mas existem outras formas prazerosas de viver e cada um deve buscar o que melhor lhe agrada (Sujeito 08).

“olha, pra mim eu tô bem sexualmente, eu me sinto um garotão tá, a gente sempre usa preservativo com meu parceiro, eu me sinto bem... Eu mesmo depois da operação que o médico falou que ia cai. Com certeza mudou um pouquinho, depois da cirurgia, mas pra mim funcionamento normal” (Sujeito 11).

- Inativos

Para alguns idosos, no entanto, ao serem questionados se houve alguma mudança na sexualidade após o diagnóstico foram categóricos em dizer que a soropositividade significou o fim da atividade sexual.

“...fazer sexo com ninguém, com medo de transmitir” (Sujeito 07).

“num rola mais nada com sexo, meu negócio agora é só lazer. Eu acho que aquela máquina de sexo, sabe, uma célula de sexo que tinha dentro de mim, eu acho que ela morreu” (Sujeito 03)

“Mudou, num faço mais isso, (risos), como ele não quer usar camisinha é melhor não ter nada, na época eu fiquei mais preocupada com ele do que comigo, porque ele sempre parece mais doente que eu, mais todo ano eu mando ele fazer

o exame, pra ver se ele não tem...” (Sujeito 13).

“sim mudou muito, hoje em dia é muito diferente claro, sem dúvidas. Depois que soube que eu tinha HIV eu não fiz mais sexo” (Sujeito 16).

“Muito ,mudou muito, mudou muito, perdi namorada, não procurei mais pessoas pra fazer sexo, sei lá, pra falar a verdade eu acho que virei um beato, pra falar a verdade eu fui vendo pelos meus conhecimentos que sexo não é tudo não, tem gente que fala que é, mas pra mim não é não, é mas como vive sozinho? O que que ta escrito ? você prefere morrer ou viver? Eu escolho viver, eu escolho viver” (Sujeito 15).

“Se tá falando sexualidade de sexo? Não, não tô sentindo nada sobre isso,não não tô sentindo nada nada, pra mim isso acabou” (Sujeito 14).

Dos idosos casados, que mantiveram o casamento após o diagnóstico, verificou-se que o relacionamento conjugal passou por algumas mudanças, especialmente no contexto sexual, havendo a recusa de um contato mais íntimo por parte das esposas, ou então uma negativa por decisão própria do portador do vírus.

“...tipo, agora eu não tenho mais relação com a minha mulher... mas a gente é tudo normal. Dormimos juntos, comemos juntos, não tem preconceito não” (Sujeito 03).

“quando eu e minha esposa soubemos do problema nunca mais tivemos relação. Então o que eu posso fazer né? Não posso forçar ela a ter relação comigo... eu até falei na separação, porque a gente ficar casado numa situação dessa né. Conversamos e eu falei para ela viver a vida dela e eu a minha. Só que nois somos como dois irmãos sabe, não conseguimos ficar longe. Mas fica nessa situação, tamos juntos, mas não estamos... é difícil” (Sujeito 07).

“Desde quando soube nunca mais tive relação com a minha mulher. Isso me deixa muito triste... você tem aquele medo de passar pra ela. Graças a Deus minha mulher não tem... A decisão foi minha de não ter mais relação com ela... você já está doente, tipo no buraco, e querer que o outro fique também não dá.” (Sujeito 02).

“É sob? é... eu num to entendendo, como sexo? não, não desde o dia que descobri isso nunca mais, vai fazer 10 anos que num, num... Eu até reclamei com doutor aqui, sobre isso, ai ele ta é, dando uma dica aqui pra ver se dá certo né, mais por caso de que? a companheira desanimou né, ficou revoltada, eu também... ficou tudo, então a gente vive assim, a ela dorme lá no lugarzinho dela ,vão viver nossa vida, porque eu sei que to errado.” (Sujeito 09).

“ii, nem faço mais isso (risos)..., não existe mais pra mim, depois que parei, até porque meu marido também só vive doente, não é mais lá essas coisas, cada um pro seu canto pronto, meu marido não gosta de usa camisinha, por isso mesmo, já tem outras doenças” (Sujeito13).

Além do medo e do ressentimento, outros fatores são preponderados na decisão de não ter mais vida sexual ativa, como o uso de medicamentos, a dificuldade em usar preservativos, a religião e o próprio desgaste do relacionamento. Ainda, fatores psicológicos, como conflitos conjugais, relacionamentos desequilibrados, problemas de comunicação, perda da confiança, são fontes de queixas frequentes de insatisfações sexuais em todas as idades e, em pessoas mais velhas, esses fatores podem ser amplificados devido a raivas e ressentimentos que são construídos ao longo dos anos (Meston, 1997).

“Hoje to sozinho, não tenho vida sexual ativa, porque depois que me contaminei tive medo de passar pra outras pessoas também, mas se caso arrumar um companheiro não vou esconder que sou soropositivo, para se prevenir” (Sujeito 16).

“É uma coisa pra mim que não existe não, não foi por causa do exame não, porque eu já não tinha mais, não dá mais certo” (Sujeito 14).

“Não, eu não quero. Não é porque eu tenho AIDS, é porque eu não quero mais... Não porque quem segue um Deus de verdade não pode viver no mundo de prostituição, no mundo de infidelidade” (Sujeito 17).

“Olha eu pra falar a verdade...Em matéria de sexo eu não sou um expert (risos)... pra falar a verdade eu não me relaciono muito com as pessoas visto que, como eu já falei eu

sou separado, desquitado, divorciado e sou uma pessoa muito temente, católica, então essa coisa de sexo é uma coisa que fica meio, pouco de lado pra mim, principalmente após eu ser contaminado pelo vírus do HIV” (Sujeito 16).

Como se constata nas falas abaixo dos sujeitos 01 e 17, podemos pensar que o desejo/interesse sexual é independente da idade, mas está atrelado com a experiência vivida em cada sujeito. Vale ressaltar que ao analisar a sexualidade da pessoa, as influências culturais são marcantes e devem ser levadas em conta. Para tanto, a forma como é vista a sexualidade vai depender de como a ela foi vivenciada pela pessoa desde a infância, como foi construído a identidade sexual de cada indivíduo.

“Pelo trauma que eu tive com o meu ex eu acho que todo homem é igual. Eu olho para um cara e não consigo achar que ele vai ser legal, eu já acho que todos vão ser igual. Não é nem pela minha idade e nem por eu ser soropositiva não. Porque assim, se eu ver uma pessoa que eu achar que vai ser legal eu realmente vou virar pra ele e vou falar que eu sou assim, do jeito que eu sou, eu não vou enganar. Eu jamais vou fazer isso. Agora se eu não encontrar uma pessoa que me faça bem eu não quero, porque já basta o sofrimento que eu tive até aqui. Então pra mim não faz sentido... eu já acostumei a ficar sozinha. Eu não sinto falta porque eu sinto que a maioria dos homens, nem todos, mas a maioria só quer aproveitar da pessoa. Tipo assim, pela minha idade eu encaro, agora pelo tempo meu eu não posso também. O meu tempo também diminuiu muito por causa do tratamento, uma hora é médico, outra hora é psicólogo” (Sujeito 17).

“Sofri muito, foi o suficiente. Sofri muito com meu ex-marido, foi o suficiente pra mim. Não dá mais” (Sujeito 01).

Podemos perceber assim que a sexualidade está atrelada a vivência e o jeito de ser de cada um. As normas culturais estereótipos- que liga a velhice à decrepitude- são introjetadas e se traduzem nas condutas individuais, incluindo as sexuais (Ramos, 2002; Vasconcellos, 2004).

“É acredito que do mesmo jeito, hoje não tenho uma vida sexual, mas isso porque eu mesmo não quis, mas depende de cada pessoa, mas eu prefiro continuar do jeito que estou”

(Sujeito 15).

“Eu não tenho vontade de nada, acabou tudo.. com setenta e um anos (risos). É a idade não ajuda. Mas eu tenho uma amiga, a mulher é fogo. Nossa, ela pega rapazinho novo que você nem acredita... Eu pra casar não caso mais não. Não, eu não. Sou sossegada... pra mim acabou” (Sujeito 01).

Como podemos constatar a velhice não é assexuada, como também não são todas as pessoas idosas que mantêm interesse sexual nesta etapa da vida. Para os que vivenciam sua sexualidade, também não existe a obrigação de esta ser experimentada de forma única.

Os autores construtivistas admitem níveis diferentes de construção social (atos, identidades, comunidades, a direção do interesse erótico e até o próprio desejo), apesar de compartilharem a ideia de que as experiências sexuais têm significados diferentes, dependendo do contexto em que se inserem (Vance, 1995). Mesmo não havendo um consenso, esses estudos pensam a sexualidade como construção social. Portanto, para analisar qualquer prática vinculada à sexualidade, é fundamental perceber os sentidos que ela tenha para o sujeito que a exerce, dentro do seu momento histórico cultural.

CONCLUSÕES

A presente pesquisa teve como objetivo identificar crenças e representações de pessoas idosas a respeito do seu convívio com HIV/AIDS, visando compreender seus próprios sentidos e significados do que é ser soropositivo. Sendo esta a proposta do estudo, se fez necessário uma revisão da literatura relacionada ao tema, abordando questões referentes ao Envelhecimento e a Terceira Idade; Sexualidade na Terceira Idade; O fenômeno da AIDS no mundo e no Brasil. Essa revisão foi essencial na medida em que possibilitou visualizar o envelhecimento e o HIV/AIDS como fenômenos cada vez mais relacionados em todo o mundo, levando questões urgentes de soluções sobre a compreensão desses processos no interior das sociedades atuais.

Tal estudo partiu da concepção de que a velhice não se constitui numa experiência hegemônica, resultado de características essenciais de cada fase da vida, mas seria profundamente marcada pelos pertencimentos de classe, raça/etnia, sexo, orientação do desejo sexual, que implicam experiências e modos de vida no cotidiano bastante heterogêneas.

O processo de envelhecimento vem ganhando destaque nos debates sobre políticas públicas, na ciência e na mídia, enfatizando o sentido das mudanças que esse grupo social, crescente em número, em vigor e em organização, provoca na reorganização do poder, do trabalho, da economia e da cultura, atribuindo novo sentido ao espaço tradicionalmente percebido como o da decadência física e da inatividade. A tendência atual é de rever os estereótipos associados ao envelhecimento, substituindo a ideia de perdas pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos oportunos para novas conquistas.

A análise das entrevistas temáticas possibilitou verificar de uma forma clara que a idade cronológica não é um marcador determinante na vida desses sujeitos; outros elementos, relacionados com a história de vida, experiências e outros acontecimentos de ordem geral se sobrepõem, evidenciando-os não só como um segmento da sociedade, mas sim como seres humanos com vontade e sede de viver.

As histórias de vida mostraram-se um recurso adequado para colocar em evidência a experiência das pessoas idosas em relação à sua trajetória e com os significados atribuídos por esses idosos a uma série de aspetos que relacionam tais trajetórias, em cujo percurso sucedeu a infecção pelo HIV. Nesta construção intervém

elementos extraídos da história individual, das experiências compartilhadas e dos sistemas de crenças e valores dos grupos a que pertencem.

A infecção pelo HIV/AIDS entre os participantes dessa pesquisa deu-se por meio de relações heterossexuais e em alguns casos homossexuais. Ao longo de suas trajetórias, suas vidas cotidianas foram permeadas por inúmeras condições e situações que aumentam as chances de exposição ao HIV, em virtude de crenças e mitos sobre a sexualidade, a subestimação de risco e a falta de informação.

Depois do impacto sofrido pelo diagnóstico, vem a necessidade da reestruturação e manutenção da vida em seus vários papéis. O silêncio em relação à soropositividade, além de sentimentos destrutivos e cotidiano comprometidos pela instabilidade emocional, faz presentes no dia a dia destes idosos soropositivos. Assumir sua condição de soropositivo significa ter várias outras perdas, inclusive da identidade construída durante anos.

A construção de uma nova identidade após o adoecimento e o retorno à normalidade- que não é saúde- se constitui num processo dinâmico e complexo na vida destes sujeitos, consistindo em assimilar e produzir, de forma ativa, conhecimentos e formas de ação.

Entretanto, a interpretação da doença tem uma visão temporal, ou seja, o conhecimento e o sentido dado a AIDS estão continuamente sendo reformulados e reconstruídos em decorrência dos processos interativos. Isso faz com que o passar do tempo, para essas pessoas idosas, a doença seja levada em conta sem que ocupe o centro de sua vida. Integra-se nas esferas da vida como um aspecto a mais, sem que isso implique sua banalização. Trata-se de uma de gestão *racional* da doença, em que as angústias despertadas pelo diagnóstico é canalizada para as questões do cotidiano.

Fica evidente que a AIDS está vinculada com distintos tipos de vulnerabilidades. Além disso, pode-se observar momentos a partir dos quais os sujeitos realizaram uma reflexão da vida, da imagem de si mesmo e de seus comportamentos. Entretanto, essa reavaliação não foi suficiente para efetivar mudanças no que se refere à manutenção do estilo de vida, por considerarem que não há nada a ser mudado.

A multiplicidade de significados e estigmas associados à AIDS aparece fortemente nas entrevistas e demonstram que medos já ultrapassados em relação às

peças com HIV/AIDS ainda persistem no cotidiano das peças: medo de freqüentar a casa, tomar um café ou até estabelecer relações cordiais:

O isolamento que as peças vivendo com HIV/AIDS podem se impor, o medo que sentem do abandono, da rejeição e da discriminação pressentida e, ao mesmo tempo, as suas experiências de discriminação na família, na vida social, no emprego ou nos serviços de saúde, com impacto tanto sobre sua qualidade de vida e adoecimento, como para o controle da epidemia. (Paiva, 2007, p. 179)

Embora o isolamento e as vivências de estigma e discriminação sejam compartilhados por peças vivendo com HIV em todas as faixas etárias, uma característica que deve ser levada em consideração no caso dos idosos vivendo com HIV/AIDS é o fato de que essas peças, em função do impacto do diagnóstico, do estigma e da discriminação também associados ao envelhecimento, teriam suas redes sociais ainda mais reduzidas, pois as chances entre mulheres e homens mais jovens de contar com o companheiro/cônjuge ainda vivo são muito maiores do que entre os idosos com HIV/AIDS, o que pode favorecer situações de isolamento e abandono comuns e mais progressivos na velhice.

Pode-se constatar na presente pesquisa que a velhice não é assexuada e tampouco todas as peças mantêm interesse sexual nessa fase do desenvolvimento humano. Embora o diagnóstico de HIV/AIDS tenha comprometido as relações afetivas e sexuais dos entrevistados, o desejo sexual permaneceu em grande parte dos sujeitos. A perplexidade gerada pela questão da AIDS entre os idosos é produzida de um lado pela quebra de tais estereótipos e por outro pela concepção arraigada de que a AIDS atinge peças em idade produtiva e reprodutiva e com “comportamentos desviantes ou promíscuos”.

Além da investigação por representações e compreensões das características biopsicossociais da terceira idade que convivem com HIV/AIDS, esse trabalho, no sentido de promover recursos para fazer frente à exclusão e vulnerabilidade desse segmento da sociedade, proporcionou ascender dos idosos a um patamar de destaque e evidências, especialmente no cenário da sexualidade e da AIDS.

No geral, os idosos têm os seus direitos subtraídos no cotidiano em que são postas em funcionamento as políticas públicas de saúde, consubstanciadas nos serviços

e nas instituições de assistência destinadas aos idosos, que não os têm como parte da solução para o enfrentamento de suas questões. Tais políticas e instituições reproduzem os preconceitos e estereótipos alocados em função da idade (*ageism*) o que favorece um tratamento dado à velhice e aos velhos como “população alvo”, “objeto” de intervenções técnico-científicas.

A busca por representações sobre um processo tão amplo e abrangente como é o convívio com HIV/AIDS na terceira idade, significa acompanhá-lo nesse percurso. A finalização de um trabalho sobre AIDS é algo complexo, pois o conhecimento e as formas de intervenção deverão sempre estar em construção.

A vulnerabilidade social e a somatória de estigmas e exclusões às pessoas portadoras do HIV/AIDS fomentam a negação da existência da doença na terceira idade.

A visibilidade e abertura em relação ao HVI são requisitos prévios para a mobilização eficaz de governos, comunidades e pessoas a fim de responder a epidemia. A ocultação do problema fomenta a negação de que ele exista e atrasa uma ação urgente. Também faz com que se percebam as pessoas vivendo com HIV como um “problema”, não como uma parte da solução para conter e enfrentar a epidemia. (ONUSIDA, 2005, p. 4).

Nesse sentido, a realização de programas voltados para o atendimento as pessoas de terceira idade portadoras do HIV/AIDS, deveriam estar atento às questões de sexualidade, comprometimento conjugal, relações de gênero e estigma, além de promover a inclusão do idoso como alguém que possui desejos e planos de vida.

Assim, mais do que definições conclusivas, como acontece com a maioria dos trabalhos científicos, esse estudo proporcionou o contato com diversas ideias, mas sobretudo com pessoas fantásticas e suas ricas e emocionantes histórias. Histórias essas que demonstraram alegrias, tristezas, mas acima de tudo, superação, vontade de viver e necessidade de falar sobre si.

Esperamos que esse estudo possa dar mais visibilidade a questões dos idosos convivendo com HIV/AIDS e servir de inspiração a práticas políticas e institucionais que tenha, como horizonte ético, político e estético mitigar o estigma e a discriminação às pessoas convivendo com HIV/AIDS que ainda persistem no cenário social.

BIBLIOGRAFIA

A

Almeida, L., Luz, M., Monteiro, C. (2007). *Ser mulher no climatério: uma análise compreensiva pela enfermagem*. Revista de enfermagem da URJ, 15(3), 370-375, Jul – Setembro.

Almeida, T. de, Lourenço, M.L., (2007). *Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade?* Rev. Bras. Geratr. Gerontol. 10(1).

Alves, R.N., Kovács, M. J., Satall, R., Paiva, V (2002). *Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres*, Maringá, PR. Revista de Saúde Pública, 36, 32-39.

André, L.M, (1999). *Representações e Práticas Preventivas da AIDS em Coletores de Lixo no Município de São Paulo*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Arya M., Behforouz H.L., & Viswanath K. (March 9, 2009). "African American Women and HIV/AIDS: A National Call for Targeted Health Communication Strategies to Address a Disparity". *The AIDS Reader* 19 (2).

Ayres J.R.C.M., França Júnior I; Calazans G.J., & Saletti Filho H.C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In Barbosa R.M., & Parker R.G. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder* (pp. 49-72). IMS/UERJ- Editora 34, Rio de Janeiro- São Paulo.

B

Baltes, P. B. (1995). Prefácio. Em: Neri, A. L. (org). *Psicologia do Envelhecimento: uma área emergente*. (pp.09-12). Campinas: Papyrus.

Barnett T.,& Whiteside, A. (2002). Disease, change, consciousness and denial. In: Barnett T.,& Whiteside A., editors. *AIDS in the Twenty- First Century Disease and Globalization*. Nova Your: Palgrave Macmillan, 9-23.

Barré-Sinoussi F., Chermann J.C., Rey F, Nugeyere M.T., Chamaret S., Gruest J., Dauguet C, A,der-Blin C, Vézinet-Brun F, Rouzioux C, Rozenbaum W & Montagnier

- L. (1983). *Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS)*, 868-71.
- Barros M.M.L., (1998). *Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 113-68.
- Barros M.M.L. *Velhice na contemporaneidade. In: Peixoto CE, organizador. Família e envelhecimento.* (2004). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 13-23.
- Bassit, A.Z. (2002). História de mulheres: Reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: Minayo, M. C. S., & Coimbra J.R., C.E.A. (orgs). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 175-189.
- Beauvoir, S. (1990) *A velhice.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bee, H. L. & Mitchel, S. K. (1984). *A pessoa em desenvolvimento.* São Paulo: Harbra.
- Beloqui J.A. (2008). *Risco relativo para AIDS de homens homo/bissexuais em relação aos heterossexuais.* Rev. Saúde Pública. 42(3): 437-42.
- Biancarelli, A. (1997). *Doença em foco: As reportagens sobre a AIDS publicadas pela Folha de S. Paulo.* Revista USP, 33: 137-147.
- Bosi, E. (1994). *Memória e sociedade: lembranças de velhos.* 3a. ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- Bouhnik A.D, Préau M, Schiltz M.A., Lert F., Obadia Y, Spire, B., (2007). *Unprotected sex in regular partnerships among homosexual men living with HIV: A comparison between sero-non-concordant and seroconcordant couples (ANRS- EN 12- VESPA Study).* AIDS. 21: S43- S48.
- Bozon, M. (2004) *Sociologia da Sexualidade.* Trad. Maria de Lourdes Menezes. Rio de Janeiro. Editora FGV.
- Bozon, M. (2002). *Sociologie de la sexualité.* Paris, Nathan Université. Sociologie.

Brasil, Ministério da Saúde. (1996). *Política Nacional do Idoso: Perspectiva Governamental*. Seminário Governamental de Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século. Brasília.

Brasil, Ministério da Saúde (2009). Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. *Idosos*. Brasília, Consultado em (outubro, 2010) em: <http://www.aids.gov.br/pagina/idosos>.

Britto da Motta A. (1998). “Chegando pra idade”. In: Barros, M.M.L., organizadores. *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 223-35.

Britto da Motta A. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: Minayo, M,C,S,, Coimbra, Jr C,E,A, organizadores. (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 37-49.

Britto da Motta A. (2004). Sociabilidades possíveis: idosos e o tempo geracional. In: Peixoto, C. E., organizador. *Família e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.109-44.

Bucciardini, R., Wu A.W, Florida, M., Fragola, V., Riccaiardulli, D., Tomino, C., et A.L. (2000). *Quality of life outcomes of combination zidovudine- didanosine- nevirapine and zidovudine- didanosine for antiretroviral- naive advanced HIV- infected patients*. AIDS. (16): 2567-74.

Burris, S. (2006). *Stigma and the Law*. Lancet. 367:528-31.

Butin, N. G. (2002). *Finitude e Envelhecimento: Significados da Morte no Idoso Soropositivo*. Dissertação de Mestrado, Pontifca Universidade Católica de São Paulo- SP, Brasil.

C

Caldas, C.P. O idoso em processos de demência: O impacto da família. In: Minayo,M. C. S.; Coimbra JR., C.E.A. (orgs). (2002). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro; Ed. FIOCRUZ. 51- 72.

- Cardoso, G. P., & Arruda, A. (2005). *As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica*. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 10(1), 151-162.
- Cardoso, M.H.C.A.; Gomes, R. (2000). *Representações sociais e história: referências teórico-metodológicas para o campo da saúde coletiva*. *Cadernos de Saúde Pública*, v.16 (2).
- Carmo E.H., Barreto M.L., Silva J.R. J.B. (2003). *Changes in the patter of morbidity and mortality o the Brazilian population: Challenges for a new century*. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 16: 63-75.
- Carpenter, L.M., Nathanson, C.A., Kim, Y.J. (2006) *Sex after 40?: Gender, ageism, and sexual partnering in midlife*. *Journal of Aging Studies*. 20: 93-106.
- Carpenter, L.M., Nathanson, C.A., Kim, Y.J. (2006) *Sex after 40?: Gender, ageism, and sexual partnering in midlife*. *Journal of Aging Studies*. 20: 93-106.
- Carretero, M.; Palacios, J.; Marchesi, A. (2000). *Psicología evolutiva: adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.
- CDC. Prevention of acquired immune deficiency syndrome (AIDS), report of inter-agency recommendation, *MMWR*, 1983; 32:101-4.
- Chauí M. (1984). *Repressão Sexual: Essa nossa (des)conhecida*. 7º ed. São Paulo: Brasiliense.
- Chiao, E. Y. (1999). *AIDS and the Elderly*. *Clinical Infectious Diseases* v.28 (4): 740-745.
- Cloud, G. C., Browne, R., Salooja, N., & McLean, K.Aa. (2003). *Newly diagnosed HIV infection in an octogerian: the elderly are not “immune”*. *Age and ageing*, 32 (3), 353-354.
- Colombrini, M. R. C., Figueira, R.M., & Paiva, M. C. (2001). *Leite-Dia em AIDS: Uma experiência multiprofissional*. São Paulo: Editora Atheneu.

Costa, J.F. (1995). *A Construção cultural da diferença dos sexos. Sexualidade, Gênero e Sociedade*. 3: 3-8.

D

Darwin, C. (1985). *Origem das espécies*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP.

De Lorenzi, D. R. S., Saciloto, B (2006). *Frequencia da atividade sexual em mulheres menopausadas*. Revista Assoc. Med. Brasil, 52 (4): 256-260.

Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo: FAPESP.

Debert, G.G. (2004). *A Reinvenção da Velhice: Socialização e Processos de Reprivatização do Envelhecimento*. São Paulo: EDUSP. 14.

Diamantino E.M.V. (1993). *Aspectos básicos da sexualidade humana na parte clínica*. Parte I. Femina. 21(10):1016-29.

Dias, A., Fonseca, S., Renca, P., & Silva, E. (2005). *A infecção VIH/SIDS na população com + 50 anos: análise estatística da população com + 50 anos infectada em Portugal*. In IV Congresso Virtual HV/AIDS. Consultado em (Julho, 2011) em http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=88.

Diokno, A.C.; Brown, M.B.; Herzog, A.R. (1990). *Sexual function in the elderly*. Arch. Intern. Med. 150(1): 197-200.

E

Emler, C.A. (2006). *You're awfully old to have this disease: Experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS*. The Gerontologist, vol. 46(6), 781-790.

Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.

F

Farias, I.C. (1994). *Um troupiér na política: entrevista com o general Antonio Carlos Muricy*. In: Ferreira, M.M. (coord.). Entrevistas: abordagens e usos da história oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

Feitoza, A.R.; Souza, A. R. & Araújo, M.F.M. (2004). *A magnitude da infecção pelo HIV/AIDS em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE*. J Brasil. Doenças Sex. Transm. 16 (4):32-37.

Ferreira, A.B.H. (1975). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Ferreira, R. C. M.; Figueiredo, M. A. C. (2006). *A reinserção no mercado de trabalho: barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS*. Medicina (Ribeirão Preto), 39(4), 591-600.

Figueira, M.C.; Ribeiro, D. F. (1996). *A devolução do diagnóstico anti-HIV positivo*. In: O ponto de vista do paciente com AIDS a respeito do atendimento clínico recebido. FFCLRP-USP.

Figueiredo, M.A.C. (1993) *Profissionais de Saúde e Aids. Um estudo diferencial*. Medicina. Ribeirão Preto, 26 (3), abr/jun. 393-407.

Figueiredo, M.C.; Ribeiro, D.F. (1996). *A devolução do diagnóstico anti-HIV positivo*. In: *O ponto de vista do paciente com AIDS a respeito do atendimento clínico recebido*. FFCLRP-USP.

Foucault, M. (1976). *The History of Sexuality*, Volume 1. Victoria: Penguin Books.

G

Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

Goffman, E. (1982). *Estigma*. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar.

Goldstein, L.L. (1999). *A produção científica brasileira na área de Gerontologia (1975- 1999)*, Geron: Revista Eletrônica de Gerontologia 1(1). Consultado em (Janeiro, 2011) em <http://www.bibli.fae.unicamp.br/revgeron/llg.htm>.

Gott, M., Hinchliff, S. (2003). *How importance is sex in later life? The views of older people*. Social science & medicine. 56:1617-1628.

Gottlieb M.S., Schroff R., Schenker H.M., Weisman J.D., Fan P.T., Wolf R.A. (1981). *Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: Evidence of a new acquired cellular immunodeficiency*. N Engl J Med. 305 (24): 1425-31.

H

Heaphy, B. (2007) *Sexualities, Gender and Ageing: Resources and Social Change*. Currente Sociology. Vol. 55, Issue 2. 193-210.

Heck, R. M.; Langdon, E.J.M. (2002). Envelhecimento, Relações de Gênero e o Papel das Mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: Minayo, M. C. S.; Coimbra JR, C.E.A. (orgs). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 129-151.

Heilborn, M. L. (2006). *Entre as tramas da sexualidade brasileira*. Estudos feministas, Florianópolis, 14 (1): 43-59.

Heilborn, M.L. (1999). Construção de si, gênero e sexualidade. In: Heilborn, M. L. (org) *Sexualidade: O olhar das ciências Sociais*. Rio de Janeiro. Ed Jorge Zahar.

Hoover, S.L. & Siegel, J.A. (1986). *International demographic trends and perspectives on aging*. J.Cross-Cult. Geront. 5-30.



IBGE, *População brasileira envelhece em ritmo acelerado*. Consultado em (outubro, 2010) em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1272&id_pagina.



Jodelet, D. (2001) Representações Sociais: um domínio em expansão . In: Jodelet, D. (org). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EDUERJ.

Jordão Neto, A. A. (1998). *A Terceira Idade*. Universidade Aberta para a Terceira Idade da PUC-SP. São Paulo: SESC, Ano X (14). 39-43.



Kalache, A. & Gray, J.A.M. (1985). Health problems of older people in the developing world. In: Pathy, M.S.J., ed. *Principles and practice of geriatric medicine*. Chichester, John Wiley & Sons. 1279-87.

Kalichman, A.O. (1993). *Vigilância epidemiológica de AIDS: Recuperação histórica de conceitos e práticas*. Tese de doutorado. Instituto de Medicina, Universidade de São Paulo.

Kallings L.O. (2008). " *The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS*". J Intern Med 263 (3): 218–43.

Kingsberg, S. A. (2000) *The psychological impact of aging on sexuality and relationships*. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine. 33-38.

Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. Macmillan, New York.

L

- Laplanche, J. (1995). *Vida e morte em psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Le Gall, A.; Mullet E. & Shafighi, S. R. (2002). *Age, religious beliefs, and sexual attitudes*. Journal of Sex Research. 39(3), 207-216.
- Lemos, E. F. de (2003) *Sexualidade na Terceira Idade: Memórias de mulheres dos Anos Dourados*. Florianópolis: Editograf.
- Lieberman, R. (2000). *HIV in older Americans: an epidemiologic Perspective*. Journal of Midwifery & Women's Health, V. 45, (2): 176-182.
- Lindau, S. T.; Schumm, M. A.; Laumann, E. O.; Levinsos, W., O'Muirheartaigh, C. A.; Waite, L. J. (2007). *A study of sexuality and health among older adults in the United States*. New England Journal of Medicine, Massachusetts, v. 357, n. 8, p. 762-774.
- Linsk, N.L. (1994). *HIV in the Elderly*. Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services. V. 75 (6). 362-372.

M

- Madariaga, A.V. (2001). *Envejecimiento Y vejez en América Latina y el Caribe: Políticas públicas y las acciones de la sociedad*. Protecto Regional de Problación CELADE-FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Mandu E.N.T. (2005). *A expressão de necessidades no campo de atenção básica à saúde sexual*. Rev. Bras. Enfermagem. 58 (60):703-9.
- Mansergh G, Marks G. (1998). *Age and risk of HIV infection in men*. Who have sex whith men, AIDS. 1119- 1128.
- Marshall, B. L. (2006). *The new virility: Viagra, male aging and sexual fuction*. *Sexualities*. 9 (3): 345-362.

Martín S.L., Cano M.R., Pérez de Ayala P., Aguayo C.M., Cuesta F., Rodríguez P., Pujol de La Llave E. (2002). *Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes com infección VIH avanzada*, Na Med Interna. 19(8): 396-404.

McNeil, D.G. Jr. (2007) "*U.N. agency to say it overstated extent of H.I.V. cases by millions*", New York Times. 11-20.

Meston, C. M. (1997). *Aging and Sexuality*. Western Journal of Medicine, 167(4). 285–290.

Minayo, M. C. S.; Coimbra JR, C.E.A. (2002). Entre a liberdade e a dependência: Reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo, M. C. S.; Coimbra, JR, C.E.A. (orgs). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ. 11-24.

Minayo, M.C.S. (2000). *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.

Ministério da Saúde.(1998). *Aids no Brasil: Um esforço conjunto Governo- Sociedade*. Brasília.

Minois, G. (1987). *Historia de la vejez. De la Antiguidad al renacimiento*. Madrid: Nerea.

Molassiotis A, Callaghan P, Twinn SF, Lam SW, Chung WY, Li CK.(2002). *A pilot study of the effects of cognitive- behavioral group therapy and peer support/counseling in decreasing psychologic distress and improving quality of life in Chinese patients with symptomatic HIV disease*. AIDS Patient Care STDS. 16(2): 83- 96.

Moscovici, S., (1978). *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

_____, (1988). *Notes towards a description of social representations*. European Journal of Social Psychology, 18. 211-250.

_____, (1981). On Social Representation. In:Forgas, J.P. (org.) *Social Cognition*. London: European Association os Experimental Social Psychology/Academic Press. 181- 209.

Motta, A. B. (2002). Envelhecimento e Sentimento do Corpo. In Minayo, M.C.S.; Coimbra JR., C.E.A. (orgs). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro; Ed. FIOCRUZ. 37-50.

Mueller, M,R.(1997). *Social barriers to recognizing HIV/AIDS in older adult*. J Gerontol Nurs. 23 (11):17-21.

Mulligan, T.; Retchin, S.M.; Chinchilli, V.M.; Bettinger, C.B. (1988). *The role of aging and chronic disease: in sexual dysfunction*. J. Am. Geriatr. Soc. 36(6): 520-524.

N

Neri, A. L. (2002). Teorias psicológicas do envelhecimento. In: Freitas, E. V.; PY, L.; Neri, A. L. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 38-46.

Neri, A.L. (2001). O fruto dá sementes: processo de amadurecimento e envelhecimento. In A.L. Neri (Org.). *Maturidade e Velhice*. Campinas: Papyrus. 11-52.

Neri, A.L., (2002). Teorias psicológicas do envelhecimento. In: Freitas, E. V.; PY, L.; Neri, A. L. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 38-46.

Neri, A.L. (Orgs). (2002). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 38-46.

Neri, A.L. (2004). Envelhecer com Dignidade. *Jornal da UNICAMP*, 18 (247): 12.

Neri, A.L. (1995). *O desenvolvimento Integral do Homem*. A Terceira Idade. São Paulo: SESC, Ano VI (10): 4-15.

Nieuwkerk, P.T., Gisolf, E.H., Colebunders, R, Wu AW. Danner, S.A, Sprangers, M.A. (2000). *Quality of life in asymptomatic- and symptomatic HIV infected patients in a trial of ritonavir/ saquinavir therapy*. AIDS. 14(2): 181-7.

O

ONUSIDA, (2005). *Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con El HIV:estúdios de caso de intervenciones exitosas*. ONUSISA (Versión en Español).

Organização Mundial de Saúde- OMS (2002). *Salud y envejecimiento: un documento para el debate*. Madrid: OMS.

Organização Mundial de Saúde- OMS. (1994). *Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida na OMS*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde- OMS.(2005). *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde* (S. Gontijo, Trad). Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde.

Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS. (2002). *A Saúde no Brasil- 2002*. Consultado em (julho de 2011) em www.opas.org.br/informacao/Uploadarq/versao_fev_2003.pdf.

Ory, M.G.; Mack, K.A. Middle. (1998). *Aged and Older People With AIDS*. Research on Aging. V.20 (6): 653-664.

P

Paicheler, G. (1999). *General populations and HIV prevention strategies: From risk to action*. Cadernos de Saúde Pública, 15 (Sup.2): 93-105.

Paiva, V.S.F. (2007). *Sobre o direito ao amor: a sexualidade e a vontade de ter filhos entre pessoas vivendo com HIV*. Tese (Livre Docência)- Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, São Paulo: 227 p.

Paiva, G.J. (2007). *Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas*. Estudos de psicologia, 24(1), 99-104.

Paiva, V. M. B. (1986). *A Velhice como fase do desenvolvimento humano*. Revista de Psicologia, 4(1):15-23.

- Parker, R. & Aggleton, P. (2001). *Estigma, Discriminação e AIDS*. Cidadania e Direitos. Rio de Janeiro, Coleção ABIA.
- Parker, R.; Bastos, C.; Galvão, J. & Pedrosa, J.S. (Orgs). (1994). *A Aids no Brasil (1982- 1992)*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará: ABIA: IMS, UERJ.
- Peixoto, C. (1998). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho velhote, idoso e terceira idade. In: Barros, M. L. de (org.), *Velhice ou Terceira Idade?* Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 15-17.
- Pereira, R. S., Curioni, C.C., & Veras. (2003). *Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. Textos Envelhecimento*, 6(1),43-59.
- Periodical on Ageing 84. (United Nations). NewYork, 1(1) 1985.
- Perlongher, N. (1987). *O que é AIDS?* São Paulo. Brasiliense. (Primeiros Passos, v. 197).
- Peruga, A. & Celentano, D. D.,(1993). *Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population*. Social Science and Medicine, 36, 509-524.
- Peruga, A. & Celentano, D. D., (1993). *Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population*. Social Science and Medicine, 36,509-524.
- Pompudou, A. (1988). National AIDS information programme in France. In: *WHO.AIDS: prevention and control. United States Pergamon Press*. 28-31.
- Portal da saúde, Ministério da Saúde do Estado de São Paulo. (homepage na internet). São Paulo. Consultado em (setembro, 2010) em <http://www.aids.gov.br/>.
- Prilip, N.B.A. (2004). *Aids na terceira idade*. A terceira idade: São Paulo, v.15,31, 16-37.

R

- Ramos- Cerqueira, A,T,A. & Crepaldi A.L. (2000). *Qualidade de Vida em Doenças Pulmonares crônicas: Aspectos conceituais e metodológicos*. J Pneumol. 26(4) : 207-13.
- Ramos, R.B.A. (2002). *O desejo não tem idade: a sexualidade da mulher idosa*. Recife: Fasa.
- Ribeiro, A. (1996). Sexualidade na terceira idade. In: Papaléo, N. M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.124-35.
- Ribeiro, P.M. (1997). *Telenovelas and the sexuality transition among teenagers in Brazil*. Tese de Doutorado, The University of Texas, Texas, Austin.
- Risman, A. (1999). Corpo-psique-sexualidade: uma expressão eterna. In: Veras, R,P. *Terceira idade – alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará. 161-72.
- Roazan, P. (1976). *Sigmund Freud und sein Kreis: Eine biographische Geschichte der Psychoanalyse*. Bergisch Gladbach: Gustav Lübbe. 48-49.
- Roig R.A., Martins, D.B. (2007). *Discriminación y VIH/SIDA. Uma aproximación a La realidad del estigma y La discriminación por HIV em España*. Sociologia del diritto.
- Rosim, I.R. (2001). *Perfil Clínico- epidemiológico de indivíduos idosos com AIDS atendidos em um Hospital Universitário de Ribeirão Preto*. Jornal brasileiro de AIDS. V.2 (3): 13-18.
- Rubin, G. (1984). Thinking sex: notes for a radical theory of the politics of sexuality. In: Vance CS, organizador. *Pleasure and danger: exploring female sexuality*. Londres: Routledge and Kegan Paul. 267-319.

S

Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

Saldanha, A.A.W. (2003). *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamentos instáveis*. Tese (Doutorado em Psicologia)- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Departamento Psicologia e Educação. São Paulo.

Salvador-Carulla, L. (2004). *Longevidad: tratado integral sobre salud en la segunda mitad de La vida*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Santos, S.S. (2003). *Sexualidade e Amor na Velhice*. Porto Alegre: Sulina.

Shaie, K. W. (1996). *Intellectual Development in Adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. Cambridge: Cambridge University.

Schulze, C.M.N. (1994). *O Núcleo Figurativo das Representações de Saúde e Doença*. Temas em Psicologia.

Sheon, N., Crosby, G.M. (2004). *Ambivalent tales of HIV disclosure in San Francisco*. Soc Sci Med. 58: 2105- 2118.

Shippy, R. A., Karpiak, S.E. (2005). *The aging HIV/AIDS population: Fragile social networks*. Aging & Mental Health, 9(3):246-254.

Silveira, E. A.A., & Carvalho, A. M. P. (2003). *Vínculos afetivos na vida adulta: o visitante do paciente com AIDS*. DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 15(4), 33-39.

Siqueira, R.L., Botelho, M. I. V., & Coelho, F.M.G.(2002). *A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais*. Ciênc. Saúde coletiva, 7(4), 899-906.

Sousa, A.S.; Kantorski, L.P.; Bielemann, V. de L.M. (2004). *A Aids no interior da família-percepção, silencia e segredo na convivência social*. Acta Scientiarum. Health Sciences. V.26 (1): 1-9.

Sousa, L.; Galante, H.; Figueiredo, D. (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, V. 37, 3.

Souza, Z., & Leite, J.L. (2002). A AIDS e Envelhecimento: reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos. In: *Anais das III e IV Jornadas Científicas do CMS Waldyr Franco*. Rio de Janeiro: UFRJ.

Steinke, E.E. (1997). *Sexuality in Aging: Implications for Nursing Facility Staff*. The Journal of Continuing Education in Nursing, V. 28,2, 59-63.

Strombeck, R.; Levy, J. A. (1998). *Educational Strategies and Interventions targeting adults age 50 and older for HIV/Aids prevention*. Research on Aging. V. 20(6), p. 912-963.

Stucchi, D.O. (2003). Curso da Vida no Contexto da Lógica Empresarial: Juventude, maturidade e produtividade na definição da pré-aposentadoria. In: Barros, M. M. L. (org). *Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas. 35-46.

T

Telford, C.W. & Sawrey, J.M. (1972). *The Exceptional Individual*. (3rd Edition). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hill, Inc.

Thompson, S.C, Nanni C, Levine A. (1996). *The stressors and stress of being HIV-positive*. Aids Care, (8):5-14.

Tunala, L. (2000). Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV e aos cuidados de saúde. In: Teixeira, P.R., Shimma, E., Paiva, V. (Org). *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo*: NepAids.

U

Uchôa, E. (2003). *Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso*. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, V. 19, 3, 849-853.

Umidi, S., Pini, M., Ferretti, M., Vergani, C., Annoni, G. (2007). *Affectivity and sexuality in the elderly: often neglected aspects*. Arch. Gerontol. Geriatr. 1,413-417.

UNAID- United Nations Programme on HIV/AIDS. (2004). Report on the Global AIDS Epidemic.

Unaid- Global Report. *Aids Epidemic Update 2009*. Consultado em (Março, 2011) em [//data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf)

UNAIDS, WHO (December 2007). (2007). *AIDS epidemic update* (PDF).

UNAIDS, WHO (December 2010). (2010). *AIDS epidemic update* (PDF).

UNAIDS. AIDS epidemic update: December 2006. Consultado em (janeiro, 2011) em http://data.unaids.org/pub/epireport/2006/2006_epiupdate_en.pdf

UNGASS- Brazilian Response 2005-2007 Country Progress Report, (homepage na internet). Consultado em (Dezembro, 2010) em http://data.unaids.org/pub/Report/2008/brasil_2008_country_progress_report_en.pdf.

V

Vance, C.S. (1995). *A Antropologia redescobre a sexualidade*. Physis. 1: 7-31.

Vasconcellos, D., Novo, R.F., Castro, O.P., Vion-Dury, K., Ruschel, A., Couto, M.C. (2004). *A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural*. Estudos de Psicologia. 3: 413-9.

Vieira, E.B. (2004). *Manual de Gerontologia – um manual teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

W

Wagner, W. (1998) Sócio-gênese e características das representações sociais. In: Moreira, A.S.P., Oliveira, D.C. de (orgs). *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB.

Weizman, R., & HART, J. (1987). *Sexual behavior in healthy married elderly men*. Arch. Sex. Behav. 16(1): 39-44.

WHO (200). Weltgesundheitsorganisation, WHO, Abteilung für Vorbeugung von nichtübertragbaren Krankheiten und Förderung der Geistigen Gesundheit. Aktiv Altern: Rahmbedingungen und Vorschläge für Politisches Handeln, Kobe. Consultado em (Janeiro, 2011) em <http://www.who.int/hpr/ageing>.

Wooten- Bielski, K. (1999). *HIV & AIDS in Older Adults*. Geriatric Nursing. V. 20 (5), p. 268-272.

World Health Statistics Annual. (World Health Organization). Geneva, 1979.

World Health Statistics Annual. (World Health Organization). Geneva, 1982.

World Health Statistics Annual (World Health Organization). (1999). *A Life Course Perspective of Maintaining Independence in Older Age*. Geneva: WHO. Consultado em (Fevereiro, 2011) em <http://www.who.int/en/>.

Z

Zamlutti, M.E.M. (1996). *O Mito da Velhice Assexuada: Um ponto de reflexão*. São Paulo: Ed. Maturidade.

Zimmerman, G.I. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas do Sul.

ANEXOS

ANEXO I

FOTO DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM DST/AIDS



LOCAL DA REALIZAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO

ANEXO II
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM
SERES HUMANOS (CEP) DA EMESCAM



EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa “**As Representações Sociais da AIDS para Pessoas Idosas Infectadas pelo HIV e o Impacto do HIV/AIDS no seu Cotidiano**”, cadastrado com o No **006/2011**, do pesquisador responsável “**Leonara Gonçalves Ribeiro**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 26/04/2011.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **26/04/2012**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 27 de abril de 2011

Dr. Elisardo C. Vasquez
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa
EMESCAM

ANEXO III

CARTA DE APRESENTAÇÃO DA SEMUS/DST/AIDS



Origem	Destino	Data	Emitida por
SEMUS/ETSUS	SEMUS/ DST AIDS	13/05/2011	JÚLIA

Resumo do Assunto

ENCAMINHAMENTO DE PESQUISADOR

Senhor(a) Diretor(a),

O projeto de pesquisa da Universidade de Coimbra do Programa de pós-graduação em Psicologia do desenvolvimento **“As representações sociais da AIDS para pessoas idosas infectadas pelo HIV e o impacto do HIV/AIDS no seu cotidiano”**, de autoria de Leonara Gonçalves Ribeiro e com orientação da professora Dr^a Margarida Pedroso de Lima foi aprovado para sua realização.

Esclarecemos que o presente estudo será desenvolvido com o objetivo de:

Identificar crenças e representações de pessoas idosas, sobre o seu convívio com HIV/AIDS, visando compreender seus próprios sentidos e significados, promovendo recursos interventivos frente à exclusão e vulnerabilidade deste seguimento da sociedade.

A metodologia a ser utilizada será através de roteiros elaborado para a entrevista, onde serão coletados amostras de 10 pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, soropositivos para o HIV, que atualmente realizam tratamento no DST/AIDS.

Ressaltamos que a pesquisadora foi orientada que a liberação está condicionada à devolução dos resultados em forma de CD e/ou apresentação oral para a Secretaria.

Solicitamos que a pesquisadora seja recepcionada e que a pesquisa seja viabilizada por esta Unidade.

Atenciosamente,


Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

Eu _____
número de prontuário _____, paciente do CR DST/AIDS do Município de Vitória/ES, abaixo assino, tendo sido devidamente esclarecido referente às condições que constam do documento “Esclarecimentos ao sujeito da pesquisa” de que trata o projeto de pesquisa intitulado “*As Representações Sociais da AIDS para Pessoas Idosas Infectadas pelo HIV e o Impacto do HIV/AIDS no Seu Cotidiano*” que tem como pesquisador responsável a Srta. Leonara Gonçalves Ribeiro, - tel. (xx) xxxx-xxxx, na qual poderei entrar em contato para tirar eventuais dúvidas, assim como poderei entrar o contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da EMESCAM- tel. (xx) xxxx-xxxx, para eventuais dúvidas sobre aspectos éticos da pesquisa. Fui devidamente esclarecido também no que se diz respeito ao objetivo da pesquisa, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e das condições que me foram asseguradas, a seguir relacionadas:

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida relacionadas com a pesquisa e ao tratamento a que serei submetido.
2. A liberdade de tirar o meu consentimento e deixar de participar de participar do estudo, a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu tratamento.
3. A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionado à minha privacidade.
4. Compromisso de que me será prestado informação atualizada durante o estudo, ainda que este possa afetar a minha vontade de continuar dele participando.
5. O compromisso de que serei devidamente acompanhado e assistido durante todo o período de minha participação na pesquisa, bem como de que será garantida a continuidade do meu tratamento, após a conclusão dos trabalhos de pesquisa.

Declaro ainda, que concordo inteiramente com as condições que me foram apresentadas e que, livremente, manifesto a minha vontade de participar do referido projeto.

Vitória, _____, de _____ de _____.

Assinatura do participante

Esclarecimentos ao sujeito da pesquisa

Nome do projeto de pesquisa:

“As Representações Sociais da AIDS para Pessoas Idosas Infectadas pelo HIV e o Impacto do HIV/AIDS no Seu Cotidiano”

Pesquisador responsável:

Leonara Gonçalves Ribeiro

Assistente Social – CRESS 2498 17º Região

Descrição das informações prestadas aos sujeitos da pesquisa:

Meu nome é Leonara, sou Assistente Social, e atualmente estou cursando pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, pela Universidade de Coimbra-PT, tendo como orientadora a professora Margarida Pedroso de Lima, da Universidade de Coimbra, e a co-orientadora a professora Evanira Pereira Santos, da EMESCAM, que atua como enfermeira neste CR DST/AIDS. Estou desenvolvendo um estudo aqui no CR DST/AIDS relacionado à AIDS e pessoas idosas. O objetivo da pesquisa é conhecer como a pessoa idosa convive com o HIV/AIDS.

Gostaria de poder contar com a sua participação. Para participar o (a) senhor (a) e eu conversaremos sobre a história da sua vida e como está sendo conviver com o HIV/Aids na terceira idade.

A previsão é que a entrevista ocorra em média 30 min. Com a sua devida autorização, gostaria que a conversa fosse gravada para que tudo fique mais bem registrado. Posso assegurar que o seu nome ficará mantido em total sigilo.

A escolha em participar ou não da entrevista, em nada influenciará o andamento de suas consultas aqui neste local. O tratamento continuará a ser realizado normalmente.

Este estudo poderá contribuir para que programa de atendimento a pessoas idosas, principalmente aquelas que lidam com HIV/Aids, possam ser melhor estruturadas, buscando atender às necessidades especiais dos idosos.

Vitória, _____, de _____ de _____.

Leonara Gonçalves Ribeiro

Assinatura do participante

Pesquisador responsável

ANEXO V

Roteiro de entrevista Anamnese

Roteiro de entrevista Anamnese

Sujeito: _____

Data da entrevista: _____

Nome: _____

Data de nascimento: _____

Sexo: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Profissão: _____

Atividade profissional atual: _____

Tempo de soropositividade: _____

Modo de contágio: _____

Anotações:

ANEXO VI

Resumo da História de Vida

Resumo da História de Vida

Sujeito 01

Dados pessoais

Idade: 63 anos

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Escolaridade: Ensino médio completo

Profissão/situação ocupacional atual: Polícia militar/aposentado

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 53 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Desespero, culpa, desorientação

Forma de contágio: Sexual

Evento marcante em sua história:

O conhecimento da soropositividade se apresenta como um fator norteador de seu depoimento. O recebimento do diagnóstico positivo para o HIV foi impactante e desestruturante para este sujeito entrevistado.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. O entrevistado se mostrou interessado em participar da pesquisa. Não teve dificuldade em apresentar seus relatos. Seu depoimento foi marcado de muitas emoções.

Resumo da História de Vida

Sujeito 02

Dados pessoais

Idade: 65 anos

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Escolaridade: Fundamental incompleto

Profissão/situação ocupacional atual: Pedreiro/ aposentado

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 60 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Vergonha, dificuldade de aceitação

Forma de contágio: Alega não saber. Apresenta duas hipóteses: cirurgia que realizou e socorro prestado a pessoas que sofreram acidente.

Evento marcante em sua história:

O diagnóstico do HIV positivo foi tão marcante na vida do sujeito que o mesmo teve dificuldades em formular e lembrar-se de fatos consideráveis relevantes na sua história de vida, na qual limitou o seu depoimento ao período após do recebimento do exame constatando ser soropositivo. Quando iniciava algum relato, algum evento que poderia ter sido importante na sua vida, logo era interrompido por questões ligadas ao HIV/AIDS, comprometendo sua recordação e fala.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. O participante demonstrou-se interessado em participar mas, ao mesmo tempo estava desconfortável em relatar questões ligadas ao diagnóstico do HIV.

Resumo da História de Vida

Sujeito 03

Dados pessoais

Idade: 62 anos

Sexo: Masculino

Estado civil: Viúvo. Atualmente tem um relacionamento com uma pessoa de 29 anos.

Escolaridade: fundamental incompleto

Profissão/situação ocupacional atual: Metalúrgico/ Aposentado

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 60 anos- em função da morte da esposa que faleceu devido a AIDS.

Principais reações ao receber o diagnóstico: Tristeza, desespero, sofrimento.

Forma de contágio: Sexual

Evento marcante em sua história:

A morte de sua esposa marcou fortemente sua vida, apresentando como um ponto divisor de sua história.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi marcada em sala reservada para atendimento médico, após o retorno para a consulta médica no CR DST/AIDS. O participante se apresentou interessado, cooperativo e entusiasmado em conversar sobre o tema.

Resumo da História de Vida

Sujeito 04

Dados pessoais

Idade: 66 anos

Sexo: Feminino

Estado civil: Viúva

Escolaridade: Fundamental incompleto

Profissão/situação ocupacional atual: Trabalhadora rural/aposentada

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 63 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Desespero, tristeza.

Forma de contágio: Sexual, apesar de apresentar outra versão (cirurgia) sobre a possibilidade de contaminação, mas acredita que foi sexual.

Evento marcante em sua história:

A vida de trabalho na roça e a mudança com a família para a cidade parecem pontuar sua história de vida.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi marcada em sala reservada para atendimento médico, após o retorno para a consulta médica no CR DST/AIDS. A entrevistada não se sentiu muito a vontade em relatar sua vida, mostrando-se bastante envergonhada. Sua voz era baixa e de difícil entendimento. Em muitos momentos parecia não entender muito as perguntas, sendo necessária repeti-las várias vezes. Suspiros e pausas foram constantes.

Resumo da História de Vida

Sujeito 05

Dados pessoais

Idade: 68 anos

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Escolaridade: Nunca estudou

Profissão/situação ocupacional atual: Trabalhou desde a infância, em atividades rurais, e atualmente está aposentado.

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 64 anos.

Principais reações ao receber o diagnóstico: Ressentimento, culpa, choro.

Forma de contágio: sexual

Acontecimento marcante em sua história de vida:

História marcada por várias etapas e situações devida. Através de um rico e detalhado relato conseguimos informações de sua família de origem (pais e avós) e também da sua, percorrendo e descrevendo fatos e eventos desde sua infância, juventude, fase adulta até a atualidade. História contada com muita satisfação e entusiasmo.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. Participou da entrevista de forma muito acolhedora e não teve dificuldades em relatar os fatos. Mostrou-se bem disposto em participar e a resgatar sua história de vida. A entrevista foi marcada por sentimentos e emoções, tornando-se extremamente rica e interessante.

Resumo da História de Vida

Sujeito 06

Dados pessoais

Idade: 71 anos

Sexo: Feminino

Estado civil: Viúva

Escolaridade: Nunca estudou

Profissão/situação ocupacional atual: Sempre trabalhou em casa como doméstica e encontra-se aposentada.

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 67 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Susto, desespero, desorientação

Forma de contágio: Sexual

Evento marcante em sua história:

O surgimento dos sintomas da AIDS apresentou como um ponto modificador do estilo de vida.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. No início da entrevista a participante apresentou um pouco receosa, mas no desenvolver da conversa foi ficando mais a vontade. Em vários momentos da entrevista se mostrou preocupada em achar se estava respondendo corretamente as questões.

Resumo da História de Vida

Sujeito 07

Dados pessoais

Idade: 61 anos

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Escolaridade: Fundamental incompleto

Profissão/situação ocupacional atual: Caminhoneiro/ mesmo estando aposentado continua trabalhando

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 54 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Negação, desorientação

Forma de contágio: Sexual

Evento marcante em sua história:

O trabalho é algo marcante na história de vida deste sujeito, na qual aparece desde sua infância até a atualidade como definição do seu ser.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi marcada em sala reservada para atendimento médico, após o retorno para a consulta médica no CR DST/AIDS. Em todo tempo da entrevista se mostrou disposto em participar da pesquisa. Apresentou-se um pouco receoso ao falar em questões ligadas ao seu trabalho, preocupado em relatar algo que possa identificá-lo.

Resumo da História de Vida

Sujeito 08

Dados pessoais

Idade: 62 anos

Sexo: Feminino

Estado civil: Casada

Escolaridade: Fundamental completo

Profissão/situação ocupacional atual: Auxiliar de Serviços Gerais/Aposentada

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 56 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Desespero, desorientação

Forma de contágio: Não sabe.

Evento marcante em sua história:

O recebimento do diagnóstico foi o divisor de águas em sua vida, marcado por um momento de muito pânico por parte da entrevistada e de toda sua família. Até o momento tem dificuldades em conviver com a doença.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi marcada em sala reservada para atendimento médico, após o retorno para a consulta médica no CR DST/AIDS. A entrevistada apresentava uma saúde bem debilitada, com muitas dificuldades em desenvolver as questões apresentadas na entrevista. Semblante bastante deprimido, não estando muito aberta para relatar sua história de vida. Apresenta uma grande dificuldade em aceitar a sua situação de soropositiva, remetendo sempre sentimentos de indignação e tristeza.

Resumo da História de Vida

Sujeito 09

Dados pessoais

Idade: 68 anos

Sexo: Masculino

Estado civil: Casado

Escolaridade: Fundamental Completo

Profissão/situação ocupacional atual: Operador de máquina/aposentado

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 58 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Culpa, revolta

Forma de contágio: Sexual

Evento marcante em sua história:

O recebimento do diagnóstico foi um fator marcante na mudança de estilo vida do sujeito. Após o diagnóstico sua esposa ficou revoltada, obstando-se até de ter um relacionamento afetivo/sexual com o sujeito entrevistado. Depois do recebimento do diagnóstico nunca mais teve relações sexuais, pois se sente culpado e com receio de contaminar sua esposa. Após o diagnóstico mudou também o relacionamento com seus amigos, passando agora a ficar mais em casa, parou de ingerir bebidas alcoólicas e fazer um lazer com amigos.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. Mostrou-se muito disponível em participar da pesquisa, respondendo as questões de forma muito satisfatória.

Resumo da História de Vida

Sujeito 10

Dados pessoais

Idade: 66 anos

Sexo: Masculino

Estado civil: Solteiro

Escolaridade: Superior incompleto

Profissão/situação ocupacional atual: Técnico metalurgia/Aposentado

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 58 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Desespero

Forma de contágio: Sexual

Evento marcante em sua história:

O fato de ter se contaminar pelo vírus do HIV foi um momento marcante na vida deste sujeito, por ser homossexual não acreditava na possibilidade de se contaminar. Após o diagnóstico passou a estudar melhor sobre a doença e passou a dar palestras em escolas para os jovens não cometerem o mesmo erro que ele: não se prevenir.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. Participou da pesquisa de forma muito tranquila, com bastante conhecimento da doença, relatando de forma muito segura às formas de prevenção.

Resumo da História de Vida

Sujeito 11

Dados pessoais

Idade: 65

Sexo: Masculino

Estado civil: União Estável

Escolaridade: Sem escolaridade

Profissão/situação ocupacional atual: Porteiro/aposentado

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 61 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Desespero

Forma de contágio: Não sabe ao certo, acredita que foi pelo atual parceiro.

Evento marcante em sua história:

Poder ter a oportunidade de relacionar-se com uma pessoa do mesmo sexo. Já foi casado e tem filhos, mas hoje sem sente ótimo convivendo com um homem.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. Demonstrou-se bem tranquilo e a vontade em participar da entrevista.

Resumo da História de Vida

Sujeito 12

Dados pessoais

Idade: 73

Sexo: Masculino

Estado civil: Divorciado

Escolaridade: Superior completo

Profissão/situação ocupacional atual: Administrador/Aposentado

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 66 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Surpresa, conformidade

Forma de contágio: Sexual

Evento marcante em sua história:

O fato de ter se aposentado é algo marcante na história de vida deste sujeito, podendo gozar dos benéficos de uma aposentadoria, tendo agora uma vida mais tranqüila.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. Possui uma fala culta, com idéias bem coesas. Apresentou-se bem interessado em participar da pesquisa, apesar de ter pedidos desculpas em participar da entrevista de boné e óculos escuros, pois alega ser esta a melhor forma de suportar o preconceito e evitar que alguém sabia da sua situação de soropositivo. Sempre vai para as consultas trajado desta forma, evitando assim que seja reconhecido, caso encontre alguém entrando no CR DST/AIDS.

Resumo da História de Vida

Sujeito 13

Dados pessoais

Idade: 62 anos

Sexo: Feminino

Estado civil: Casada

Escolaridade: Sem escolaridade

Profissão/situação ocupacional atual: Doméstica/Aposentada

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 51 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Desespero

Forma de contágio: Não sabe, suspeita ser no período em que passou por uma transfusão sanguínea em uma cirurgia.

Evento marcante em sua história:

Ter chegado à terceira idade foi um fator marcante na vida deste sujeito, apresentando ser agora um período de muitas perdas e limitações.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. Apresentou-se bem interessada em participar da entrevista, sentindo-se bem a vontade de relatar as questões apresentadas.

Resumo da História de Vida

Sujeito 14

Dados pessoais

Idade: 70

Sexo: Feminino

Estado civil: Solteira

Escolaridade: Sem escolaridade

Profissão/situação ocupacional atual: Auxiliar de Serviços Gerais/Aposentado

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 54 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Desespero/tristeza

Forma de contágio: Sexual

Evento marcante em sua história:

Um fato que marcou a história de vida deste sujeito foi à prisão da sua filha, tendo agora que assumir a guarda do seu neto. A grande preocupação da entrevistada é o neto tomar conhecimento de sua soropositividade, passando até a esconder os remédios dele.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. Participou de forma bem tranqüila, interessada em responder as questões.

Resumo da História de Vida

Sujeito 15

Dados pessoais

Idade: 62 anos

Sexo: Masculino

Estado civil: Divorciado

Escolaridade: Fundamental completo

Profissão/situação ocupacional atual: Tecelão/Aposentado

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 48 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Desespero/conformidade

Forma de contágio: Não sabe

Evento marcante em sua história:

Um dos momentos marcantes na história de vida deste sujeito foi a morte da sua mãe e de seus dois irmãos em um acidente de carro, bem como a separação da sua esposa. Ter se aposentado e ter tido a oportunidade de retornar para a cidade de origem, possibilitando ficar mais perto dos filhos e demais parentes, foi para este sujeito uma grande realização pessoal.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. O entrevistado se mostrou interessado e prestativo em participar da pesquisa. Não teve dificuldade em relatar as questões apresentadas. Seu depoimento veio acompanhado de minha emoção, ao lembrar fatos que marcaram sua história de vida.

Resumo da História de Vida

Sujeito 16

Dados pessoais

Idade: 65 anos

Sexo: Masculino

Estado civil: Divorciado

Escolaridade: Superior Completo

Profissão/situação ocupacional atual: Funcionário Público Federal/Aposentado

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 61 anos

Principais reações ao receber o diagnóstico: Desespero

Forma de contágio: Sexual

Evento marcante em sua história:

O fato de ter mudado para o Estado do Espírito Santo fez com o entrevistado diminuísse seu ciclo de amizades sentindo falta da convivência que tinha, pois consideradas os capixabas mais restritos em fazerem novas amizades.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. O sujeito se mostrou prestativo e interessado em participar. Não teve dificuldades em iniciar os relatos, com um linguajar culto e uma fala coesa.

Resumo da História de Vida

Sujeito 17

Dados pessoais

Idade: 62 anos

Sexo: Feminino

Estado civil: Viúva

Escolaridade: Fundamental incompleto

Profissão/situação ocupacional atual: Doméstica/aposentada

Diagnóstico de HIV:

Idade aproximada do recebimento do diagnóstico positivo: 62 anos (6 meses de diagnóstico).

Principais reações ao receber o diagnóstico: Desespero/tristeza

Forma de contágio: Não sabe, acredita que foi contaminado pelo falecido marido.

Evento marcante em sua história:

O conhecimento do diagnóstico positivo para o HIV se apresenta como um fato norteador de seu depoimento. Diante disso percebeu-se o quanto foi impactante e destruturador para o sujeito descobrir-se com HIV. Acredita que foi contaminada pelo ex marido, falecido há 10 anos, pois relata que quando se separaram ele estava com outra mulher. Tal hipótese de contaminação trouxe muita revolta, pois a entrevistada relata que sempre foi fiel no seu relacionamento.

Situação da Entrevista:

A entrevista foi realizada em uma sala de atendimento médico, em um dia agendado pelo próprio sujeito. Percebeu-se que a entrevistada encontra-se em um profundo estado de depressão. O depoimento veio acompanhado de muita emoção e várias vezes as falas eram interrompidas por choros profundos. Seus silêncios e pausas foram constantes.