

**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa
Curso de Mestrado em Enfermagem
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar**

Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem

**Rio de Janeiro
Dezembro / 2011**

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem
Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial ao processo de obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

Rio de Janeiro
Dezembro / 2011

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem

Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

Fernandes, Luana Lima Riba Andrieto.

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem. / Luana Lima Riba Andrieto Fernandes.-- Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.

164 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD.

Dissertação (mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ /Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

Referências Bibliográficas: f. 136 – 144.

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. Idoso. 3. Enfermagem. 4. Educação em saúde. I. Da Silva, Jacqueline. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título

CDD 610.73

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem
Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

LUANA LIMA RIBA ANDRIETO FERNANDES

OS SABERES DE IDOSOS SOBRE A AIDS – UM ESTUDO DE ENFERMAGEM

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre.

APROVADO POR

Presidente: Prof^a. Jaqueline Da Silva, PhD – Orientadora. EEAN / UFRJ.

1^a Examinadora: Prof^a. Dr^a. Fátima Helena do Espírito Santo. EEAAC / UFF.

2^a Examinadora: Prof^a. Dr^a. Carla Luzia França Araújo. EEAN / UFRJ.

3^a Examinadora: Prof^a. Dr^a. Teresa Tonini. EEAP / UNIRIO.

4^a Examinadora: Prof^a. Dr^a. Deyse Conceição Santoro Batista. EEAN / UFRJ.

Rio de Janeiro
Dezembro de 2011

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem
Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

Dedico este trabalho
a Edite Lima Riba (*in memoriam*)

AGRADECIMENTOS

A Deus, nas Suas Três Pessoas – Pai, Filho e Espírito Santo. Simplesmente por Ser, glórias e louvores a Ti, Senhor. A Maria, mãe de Deus e minha mãe, pela sua intercessão tão necessária. Por me fazer sentir a sua presença em todos os momentos de angústia e dificuldade.

A minha querida orientadora, professora e amiga, Jaqueline Da Silva, por ser minha mãe acadêmica, meu exemplo de enfermeira. Pela paciência, dedicação e entusiasmo que dispensou a mim, profissional e pessoalmente.

Aos meus avós, Edite, Olívia e Geraldo, que me ensinaram a respeitar, admirar e aprender com as pessoas idosas e suas experiências. Ninguém sabe a falta que vocês me fazem e o amor que vocês me deixaram.

Ao meu pai, Gerson (in memoriam), por me ensinar a caridade. A minha mãe Heloísa e ao meu irmão Thiago, vocês são meu aconchego e minha fortaleza. Pelo amor de vocês, que me impulsiona e me protege.

Ao meu marido, Dhiego, pelo amor, carinho, dedicação, incentivo, paciência, paciência e paciência. Por ter me dado o Francisco Mário, o Chico, que me acalmou e me manteve mentalmente sã com suas brincadeiras e lambidas.

Aos meus tios e primos por compreenderem a minha ausência em inúmeros momentos e pelo apoio e incentivo. As minhas cunhadas Luana e Karina e aos meus sogros Alfredo e Rosângela, por me adotarem com tanto carinho.

As amigas Aline, Ana Karina, Kátia, Érica e Mariana, companheiras desde o ensino fundamental e para sempre. As amigas Adriana, Tatiane e Marizete, anjos em minha vida.

Aos amigos de graduação Antonio, Átilla, Carolina, Hellen, Karine, Juliane, Lázaro e Sheila e as amigas do curso de mestrado Damariz, Janaína, Mariane, Raquel, Thays e Vanessa. Foi muito gratificante poder dividir os momentos de angústia, de estudos, de crescimento e de alegrias com vocês.

A amiga Aline Marins Miranda da Fonseca, irmã acadêmica, companheira de orientações e exemplo de aluna, de profissional e de ser humano.

Aos meus professores, da graduação e do curso de mestrado da EEAN / UFRJ, principalmente as professoras Leila Grivet e Vilma de Carvalho, pela disponibilidade e pela vontade de continuar educando e pelas lições de vida que tive em vossas aulas. Em especial, as professoras que participaram da banca deste trabalho, Carla Luzia França Araújo, Deyse da Conceição Santoro, Fátima Helena do Espírito Santo e Teresa Tonini, pelas contribuições precisas e fundamentais para a construção deste estudo.

Ao museu de ciências Espaço Ciência Viva, principalmente Robson Coutinho-Silva e Sonia Simões Camanho, pelos ensinamentos metodológicos e práticos, respectivamente, sobre sexualidade. A toda diretoria e aos mediadores, pela oportunidade ímpar de estagiar e trabalhar num espaço não formal de educação, exercendo uma das atividades que mais gosto – ações educativas em saúde. A equipe de professores da Praça da Ciência Itinerante, pela troca de experiências, pelas parcerias em diversas oficinas e pelo companheirismo durante as viagens aos diversos municípios do estado do Rio de Janeiro.

A Escola de Enfermagem Anna Nery, minha casa acadêmica, na qual me foram transmitidas a ética e a estética essenciais para a formação de uma boa enfermeira. A Coordenação Geral de Pós Graduação e ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar, pelo empenho em proporcionar ensino e pesquisas de qualidade. Aos funcionários Felipe, Jorge Anselmo, Sonia e Seu Telles, pela colaboração em tantos momentos.

Ao Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), a diretora do HESFA, Maria Catarina Salvador da Motta, a coordenadora da Unidade de Cuidados Básicos (UCB), Andréia Oliveira Vicente e a amiga e coordenadora do Programa de Assistência Integral a Pessoa Idosa, Nely Vieira, pelo acolhimento e por permitirem a realização deste estudo. Aos funcionários do HESFA, da UCB e do PAIPI, pela colaboração durante a coleta de dados.

Aos idosos participantes do estudo, pela troca de experiências que vocês me proporcionaram. Este trabalho é de vocês!

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem

Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

***“Se não houver frutos, valeu a beleza das flores;
se não houver flores, valeu a sombra das folhas;
se não houver folhas, valeu a intenção da semente.”***

Henfil

RESUMO

FERNANDES, L.L.R.A. **Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de enfermagem.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

Pesquisa de abordagem quali-quantitativa teve como objetivo descrever os saberes de idosos sobre a AIDS, utilizando elementos da *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada em Dados (TFD) para fundamentar coleta, análise e discussão dos dados. Na coleta de dados da seção quantitativa foram entrevistados 60 usuários de duas unidades do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e, desses, 34 participaram também da seção qualitativa do estudo. Dentre os dados quantitativos, foram coletadas informações no banco de dados oficial do Ministério da Saúde – DATASUS referentes ao perfil demográfico e epidemiológico, caracterizando o envelhecimento da população brasileira e à AIDS entre idosos. Destaques nos resultados da seção quantitativa apontaram que apenas 36,67% sabiam que o coito interrompido não impede a transmissão do vírus HIV, 56,67% afirmaram que a AIDS pode ser transmitida pelo mosquito, 60% responderam que é fácil identificar a pessoa portadora do vírus da AIDS pela aparência e 63,33% acreditam que pessoas com idade igual ou superior a 60 anos correm menos risco de pegar AIDS. Destaques nos resultados da seção qualitativa apontaram, que os saberes dos idosos sobre a AIDS geram significados que baseiam as ações de cada pessoa idosa e são capazes de aumentar ou diminuir a vulnerabilidade e o preconceito relacionados à AIDS. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa EEAN / HESFA / UFRJ. A partir dos resultados, concluímos que as ações educativas em saúde e HIV / AIDS devem ser desenvolvidas por profissionais em saúde, entretanto, a partir das vozes e demandas das pessoas idosas - de forma a proporcionar motivação e empoderamento do cliente para sustentar o autocuidado - e assim atender efetivamente a demandas sociais e de saúde no prevenir a transmissão da AIDS. Dentre as recomendações derivadas dos resultados da pesquisa está

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem

Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

utilização de ferramentas inovadoras de ordem lúdica e interativa, com potencial para transformação da realidade e prevenção de possíveis práticas de risco e que estimulem a participação, elevados níveis de conscientização e a motivação das pessoas idosas.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, idoso, enfermagem.

ABSTRACT

FERNANDES, L.L.R.A. **Older adults knowledge on AIDS - a nursing study.** Masters' Thesis (Masters in Nursing). Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brazil, 2011.

Study of qualitative and quantitative approaches has as objective the description of older adults knowledge on AIDS, applying elements of Grounded Theory (GT) or Teoria Fundamentada em Dados (TFD) in the data collection, analysis and discussion. In the quantitative section data collection 60 older adults, clients of outpatient units of the Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) at the Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) were interviewed, and 34 also participated in the qualitative section of the study. Among the quantitative data, information on the demographic and epidemiologic profiles referring to the Brazilian population aging and to AIDS diagnosis in older adults were collected in the Ministry of Health database - the DATASUS. Highlights on the quantitative section pointed out that only 36.67% knew that interrupted sex intercourse does not prevent HIV transmission, 56.67% stated that AIDS can be transmitted through mosquito bite, 60% answered that it is easy to identify a HIV positive person by physical appearance and 63.33% believe that people aged 60 and over are at a reduced risk of acquiring or developing AIDS. Highlights on the qualitative section pointed out that older adults' knowledge on AIDS generated meanings that work as basis for each older individual actions and can increase or reduce vulnerability and prejudice in relation to AIDS. Study was approved by the Ethics on Research Institutional Review Board of the EEAN / HESFA / UFRJ. Based on the results, we conclude that educative actions on health and HIV / AIDS must be developed by health care providers, however, deriving these from older adults' voices and demands - in such a way that they provide client motivation and empowerment for sustaining self-care - and therefore effectively meet social and health demands in preventing AIDS transmission. Among the recommendations derived from the study results is the use of innovative tools, in the line of gaming and interactive actions, with potential for reality

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem

Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

transformation and prevention of possible risk practices and that stimulate participation, higher levels of consciousness and motivation of older adults.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome, aged, nursing.

RESUMEN

FERNANDES, L.L.R.A. **Los saberes de ancianos sobre el SIDA – un estudio de enfermería.** Disertación (Maestría en Enfermería). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil, 2011.

Investigación de abordaje cuali-cuantitativo tuvo como objetivo describir los saberes de ancianos sobre el SIDA, utilizando elementos de la *Grounded Theory* para fundamentar la colecta, análisis y discusión de los datos. En la colecta de datos de la sección cuantitativa se entrevistó a 60 usuarios de dos unidades del Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), y de esos, 34 también participó en la sección cualitativa del estudio. Entre los datos cuantitativos, la información fue colectada en la base de datos oficial del Ministério da Saude – DATASUS en el perfil demográfico y epidemiológico concerniente al envejecimiento de la población brasileña y al SIDA entre ancianos. Los resultados de la sección cuantitativa mostraron que sólo el 36,67% sabían que el coito interrumpido no impide la transmisión del virus VIH, el 56,67% afirmaron que el SIDA puede ser transmitido por el mosquito, el 60% dijeron que es fácil identificar la persona portadora del SIDA por la apariencia y el 63,33% creen que personas con edad igual o superior a 60 años corren menos riesgo de contraer el SIDA. La sección cualitativa apuntó que los saberes de los ancianos sobre el SIDA generan significados que basan las acciones de cada persona de edad avanzada y son capaces de aumentar o disminuir la vulnerabilidad y el prejuicio relacionados al SIDA. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación EEAN / HESFA, de la UFRJ. A partir de los resultados, concluimos que las acciones educativas en salud y VIH deben ser desarrolladas por profesionales de la salud a partir de las voces y demandas de las personas mayores - pautadas en el empoderamiento del cliente para sostener el autocuidado - y para responder eficazmente a las demandas sociales y de salud en la prevención de la transmisión del SIDA. Entre las recomendaciones derivadas de los resultados de esta investigación es que, enfermeras y los demás profesionales de salud deben utilizarse

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem

Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

de herramientas innovadoras, lúdicas e interactivas que estimulen la participación, la concienciación y la motivación de las personas mayores y la transformación de su realidad y de las posibles prácticas de riesgo.

Descriptores: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, anciano, enfermería.

ÍNDICE DE QUADROS E TABELAS

Figura	Título / Identificação	Pág.
Quadro 01	Artigos encontrados na BIREME	34
Quadro 02	Distribuição dos artigos selecionados na BIREME de acordo com a área de formação dos autores e com os domínios	36
Quadro 03	Teses e Dissertações encontradas no Banco de Teses da CAPES	37
Quadro 04	Distribuição dos artigos selecionados no Banco de Teses da CAPES de acordo com a área de formação dos autores e com os domínios	38
Quadro 05	Relação entre a população geral e a população idosa por ano no Brasil	73
Quadro 06	Relação entre a população geral e a população idosa por ano na região Sudeste	74
Quadro 07	Relação entre a população geral e a população idosa por ano no estado do Rio de Janeiro	74
Quadro 08	Relação entre a população geral e a população idosa por ano no município do Rio de Janeiro	75
Quadro 09	Taxa de incidência de AIDS por ano no Brasil	80
Quadro 10	Taxa de incidência de AIDS por ano na região Sudeste	80
Quadro 11	Taxa de incidência de AIDS por ano no estado do Rio de Janeiro	81
Quadro 12	Taxa de incidência de AIDS por ano no município do Rio de Janeiro	81
Tabela 01	Perfil dos idosos entrevistados	83
Tabela 02	Saberes quantificados dos idosos entrevistados	86
Tabela 03	Casos de AIDS diagnosticados, por ano, no Brasil	156
Tabela 04	Casos de AIDS diagnosticados, por ano, no na região Sudeste	157
Tabela 05	Casos de AIDS diagnosticados, por ano, no estado do Rio de Janeiro	158
Tabela 06	Casos de AIDS diagnosticados, por ano, no município do Rio de Janeiro	159

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura	Título / Identificação	Pág.
Figura 01	Síntese das principais causas do prolongamento da atividade sexual entre os idosos	25
Figura 02	Síntese da justificativa da pesquisa	31
Gráfico 01	Distribuição temporal dos artigos selecionados na BIREME	35
Gráfico 02	Distribuição temporal das Teses e Dissertações selecionadas no Banco de Teses da CAPES	38
Figura 03	Ferramentas analíticas da <i>Grounded Theory</i>	62
Figura 04	Elementos gerados a dos dados pela <i>Grounded Theory</i>	62
Gráfico 03	Percentual dos casos de AIDS diagnosticados, por ano, no Brasil	76
Gráfico 04	Percentual dos casos de AIDS diagnosticados, por ano, na região Sudeste	77
Gráfico 05	Percentual dos casos de AIDS diagnosticados, por ano, no estado do Rio de Janeiro	78
Gráfico 06	Percentual dos casos de AIDS diagnosticados, por ano, no município do Rio de Janeiro	79
Figura 05	Representação gráfica de códigos, subcategorias e categorias	91
Figura 06	Saberes sobre AIDS versus preconceito e vulnerabilidade	121
Figura 07	Relação entre saberes, hábitos e práticas	124

SUMÁRIO

CAPÍTULO I: CONSIDERAÇÕES INICIAIS	21
1.1 Trajetória profissional	21
1.2 Contextualização	24
1.3 Questões norteadoras	28
1.4 Problema	28
1.5 Objeto	28
1.6 Objetivos	28
1.7 Justificativa	29
1.8 Contribuições do estudo	31
CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA	34
2.1 Estado da arte	34
2.2 A AIDS	39
2.3 A epidemia de AIDS	40
2.4 Preconceito, estigma e tabu	44
2.5 AIDS como doença crônica	46
2.6 A epidemia de AIDS entre os idosos	47
2.7 Ser idoso e viver com AIDS	49
2.8 Prevenção da AIDS entre os idosos	52
2.8.1 Ações educativas	55
CAPÍTULO III: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS	58
3.1 Referencial teórico	58
3.2 Referencial metodológico	60
3.3 Desenho da pesquisa	63
3.3.1 Abordagem quantitativa	64
3.3.2 Abordagem qualitativa	65
3.4 Cenário do estudo	67
3.5 Participantes	68
3.5.1 Critérios de inclusão e exclusão	68
3.5.2 Tamanho da amostra	68

3.6 Coleta de dados: entrevista	69
3.7 Aspectos éticos	70
3.8 Cronograma	71
3.9 Financiamento da pesquisa	71
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	73
4.1 Seção quantitativa: consulta documental	73
4.2 Seção quantitativa: entrevista estruturada	83
4.3 Seção qualitativa: entrevista semiestruturada	89
4.3.1 Códigos, subcategorias e categorias	89
4.3.2 Categoria I: A AIDS	92
4.3.3 Categoria II: Aquisição do saber	101
4.3.4 Categoria III: Preconceito	107
4.3.5 Categoria IV: Vulnerabilidade	112
CAPÍTULO V: ANÁLISE E DISCUSSÃO	119
CAPÍTULO VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
6.1 Conclusão	131
6.2 Limitações do estudo	133
6.3 Recomendações com base nos resultados	133
6.4 Contrapartida do estudo	134
REFERÊNCIAS	136
APÊNDICES	145
APÊNDICE A: CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	146
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	147
APÊNDICE C: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	149
APÊNDICE D: PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA	150
APÊNDICE E: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	151
APÊNDICE F: CRONOGRAMA DA PESQUISA	155
APÊNDICE G: TABELA 03 - CASOS DE AIDS DIAGNOSTICADOS, POR ANO, NO BRASIL	156
APÊNDICE H: TABELA 04 - CASOS DE AIDS DIAGNOSTICADOS,	

POR ANO, NA REGIÃO SUDESTE	157
APÊNDICE I: TABELA 05 - CASOS DE AIDS DIAGNOSTICADOS, POR ANO, NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO	158
APÊNDICE J: TABELA 06 - CASOS DE AIDS DIAGNOSTICADOS, POR ANO, NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	159
APÊNDICE K: PLANO DE DISSEMINAÇÃO EM ANDAMENTO	160
APÊNDICE L: CARTA CONVITE AO PAIPI PARA VISITA AO ECV	162
ANEXOS	
ANEXO 01: ARTIGO SOBRE VISITA DOS IDOSOS DO PAIPI AO ECV	164

Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem
Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

“É preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã porque se você parar pra pensar na verdade não há.”

Renato Russo / Legião Urbana

CAPÍTULO I: CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 Trajetória Profissional

Uma trajetória profissional necessariamente contextualizada desde o meu nascimento, em 1987, quando minha avó materna veio morar na casa de meus pais para cuidar de mim e do meu irmão. Anos mais tarde, em 2004, por ocasião de seu adoecimento, tive a oportunidade de retribuir o carinho e dela cuidar até 2009, ano de seu falecimento. Esse período coincidiu com o término do Ensino Médio, e, conseqüentemente, com a necessidade de escolher uma profissão. Dentre as muitas opções, a Enfermagem foi sugerida pela fisioterapeuta da minha avó, que percebia em mim uma “maneira especial de cuidar”. Assim, ingressei na universidade já com a pretensão de seguir na área de enfermagem gerontológica.

Durante o primeiro ano da graduação participei como voluntária de uma pesquisa vinculada a uma universidade pública do Rio de Janeiro que buscava a vacina contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Assim, apesar dos protestos de familiares que tinham medo de eu adquirir o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) através da administração da vacina, eu frequentava periodicamente a sede do projeto para a aplicação da vacina e para a realização de consultas multidisciplinares e exames laboratoriais.

Através desse projeto tive o primeiro contato com pessoas soropositivas, inclusive idosas. Na sala de espera, inúmeras vezes pude conversar sobre a infecção, os sintomas da doença, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldades familiares e o estigma que elas enfrentavam. Surgiu, desde então, a vontade de tentar, de alguma maneira, contribuir para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e prevenir que outras se expusessem ao vírus.

Assim, desde o início da graduação busquei, em disciplinas como bioquímica, virologia e psicologia, elucidar minhas dúvidas sobre a doença e aspectos correlatos. Em diversas ocasiões, mesmo após o término da pesquisa sobre a vacina, levava aos profissionais do projeto questionamentos referentes à AIDS. Passei a pesquisar publicações a fim de esclarecer melhor minhas dúvidas. Percebi então a escassez de

artigos publicados sobre a AIDS e os idosos, principalmente de trabalhos que abordassem as questões culturais e filosóficas sobre o assunto.

Durante o estágio no setor de Doenças Infecto-Parasitárias, no sexto período do curso de graduação, tive a oportunidade de cuidar de pacientes idosos internados em decorrência da AIDS e perceber suas particularidades. A partir de então, comecei a desenvolver o meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no qual descrevi o perfil da epidemia de AIDS entre os idosos no Brasil, na região Sudeste, no estado e no município do Rio de Janeiro, de 1992 a 2007 a partir dos dados coletados na base de dados oficiais do Ministério da Saúde - DATASUS.

Ainda no sexto período tornei-me bolsista do projeto de extensão intitulado “Sexualidade, Arte e Ciência na Sociedade”, coordenado pelo professor Robson Coutinho-Silva, PhD, do Instituto de Biofísica da UFRJ, desenvolvido no museu de ciências Espaço Ciência Viva (ECV) através de parceria com a UFRJ. O ECV é uma Associação Civil sem fins lucrativos e foi fundado em 1982 por cientistas, pesquisadores e educadores interessados na divulgação científica ao público em geral, sendo o primeiro museu participativo de ciências do Brasil. Além do módulo da sexualidade, o ECV desenvolve diversas oficinas interativas em módulos da matemática, da física, da biologia, da nutrição, da astronomia, entre outros, através de atendimentos a alunos de escolas públicas e privadas e ao público em geral nos Sábados da Ciência.

Em 2009, o módulo da sexualidade do ECV era coordenado pela psicóloga, pedagoga e sexóloga Sonia Simões Camanho, coordenadora pedagógica do ECV à época da realização de pesquisa apresentada no presente documento. A equipe transdisciplinar contava com dois psicólogos, dois biólogos, três bolsistas de enfermagem e uma bolsista de biologia. As oficinas eram realizadas com crianças, adolescentes e adultos, contudo, a oficina que mais despertou o meu interesse foi a destinada aos idosos, que ainda estava em processo de implementação.

A oficina, intitulada “Mapa Semântico” propunha que os idosos construíssem com auxílio do mediador um mapa de palavras, semelhante ao mapa conceitual, sobre os aspectos positivos e negativos da sexualidade na velhice. Entretanto, devido a não aceitação por parte dos coordenadores de alguns grupos de

convivência, a atividade não foi realizada. Assim, com auxílio da equipe da sexualidade, da minha já orientadora de TCC, professora Jaqueline Da Silva e da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na qual fiz o internato – estágio obrigatório do último período da graduação – adaptei a oficina para que fosse realizada no grupo de convivência de idosos vinculado à referida ESF. Dessa forma, em novembro de 2009 realizamos a primeira oficina.

Assim, com a participação da enfermeira preceptora da ESF, realizei a oficina com quatro idosas. A participação dessas mulheres foi espontânea e ativa, de maneira que, logo no início, uma delas, ao observar a peça emborrachada da genitália feminina iniciou a oficina dizendo: “ouvi dizer que agora tem camisinha pras mulheres e eu quero saber como se usa”. Assim, tivemos a oportunidade de conhecer as informações que essas idosas tinham e as informações que lhes faltavam sobre sexualidade, o corpo e as doenças sexualmente transmissíveis.

A principal dificuldade encontrada na elaboração dessa oficina foi a resistência dos idosos dessa comunidade em discutir o tema sexualidade, observada pelo pequeno número de pessoas que se dispuseram a participar da atividade. Ademais, percebemos que a oficina deve ser baseada na demanda de conhecimento cada grupo, a fim de que sejam valorizados os aspectos culturais dos idosos em questão.

Esse desafio fez surgir novas inquietações que me propulsionaram a ingressar no curso de mestrado a fim de realizar inicialmente um “diagnóstico situacional sobre os idosos e a AIDS” para servir de subsídio no planejar de uma nova estratégia de intervenção - baseada em evidências - a ser utilizada na oficina supracitada ou em espaços, frequentados por pessoas idosas, com potencial para serem informativo-educativos.

No fim do primeiro ano do curso de mestrado, em dezembro de 2010, fui convidada a retomar as atividades no ECV através de uma parceria com a Praça da Ciência Itinerante (PCI), projeto vinculado ao Centro de Ciências do Estado do Rio de Janeiro (CECIERJ), consórcio com o Centro de Educação Superior à Distância do Estado do Rio de Janeiro (CEDERJ). Prontamente aceitei o convite e desde fevereiro de 2011 venho exercendo a função de enfermeira mediadora científica do ECV, supervisora da equipe da sexualidade e, ocasionalmente, coordenadora dos eventos

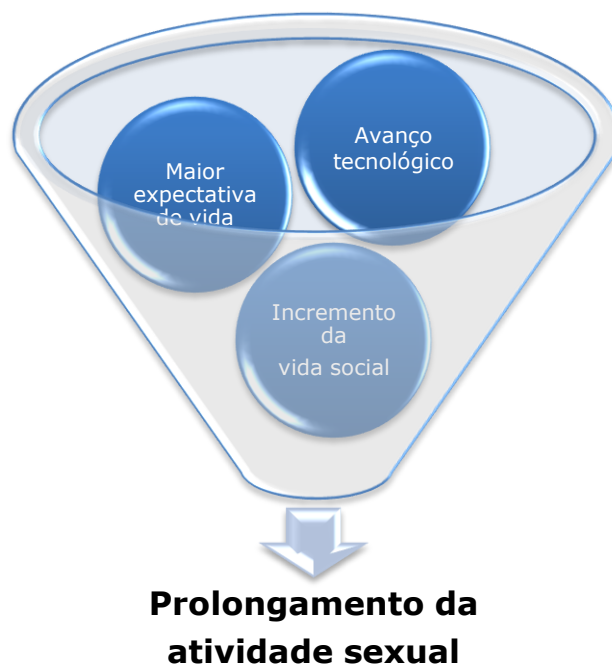
científicos realizados pela instituição. Além disso, realizo na PCI oficinas de educação permanente para professores da rede pública de ensino do estado do Rio de Janeiro e exposição interativa para a comunidade dos municípios visitados, ambas na área de saúde, cuidado e sexualidade.

1.2 Contextualização

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), são considerados idosos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos nos países desenvolvidos e a 60 anos nos países em desenvolvimento (WHO, 2005, p. 8-12), como é o caso do Brasil. O Ministério da Saúde (2006b, p. 07) aponta que essa diferença de parâmetro ocorre devido a não associação de melhores condições de vida ao envelhecimento e a rapidez desse processo nos países em desenvolvimento, não permitindo planejamento ou reorganização por parte da sociedade e da área de saúde.

O crescimento da população idosa indica uma maior expectativa de vida, sendo um dos fatores que estimulam o prolongamento da atividade sexual a essa faixa etária. Além disso, há outros motivos que levam o idoso da atualidade a manter sua vida sexual ativa, como o incremento da vida social e o avanço tecnológico que, a cada ano, disponibiliza novas drogas para a disfunção erétil, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, como os lubrificantes vaginais, entre outros (BRASIL, 2006b, p. 117). O Ministério da Saúde estima que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos de idade (BRASIL, 2006b, p. 34). A figura 01, apresentada a seguir, sintetiza as principais causas do prolongamento da atividade sexual entre os idosos.

Figura 01 – Síntese das principais causas do prolongamento da atividade sexual entre os idosos



Fonte dos dados informados na figura: BRASIL, 2006b, p. 117.

Contudo, o prolongamento das práticas sexuais entre as pessoas idosas não está associado a iniciativas de prevenção, de diagnóstico e de assistência relacionados às doenças de transmissão sexual (BRASIL, 2006b, p. 116). Tal fato pode ser uma das causas do aumento significativo da taxa de incidência por 100.000 habitantes e do número de diagnósticos de AIDS na terceira idade observados nos últimos anos.

Os dados demográficos e epidemiológicos, referentes ao Brasil, coletados no DATASUS em 2010 e apresentados neste trabalho no capítulo de resultados indicam um crescimento de 51,26% na população idosa entre os anos 1999 e 2009, quando os diagnósticos de AIDS entre os idosos passaram de 6,07% em 1998 para 12,80% em 2008. Uma duplicação de casos que nos remete (i) à inquietação do porquê os números de diagnósticos soropositivos para o HIV estarem em franco crescimento nesse grupamento populacional; e (ii) aos desafios a serem enfrentados por profissionais de saúde - com destaque para a Enfermagem - de forma planejada em

atendimento às demandas sociais, conforme preconizado na legislação através da Lei 8.080/90 que dispõe sobre os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além de documentos estatísticos, do tipo fonte primária, onde existe uma padronização na utilização dos acrônimos “HIV”¹ e “AIDS”² e apesar de sabermos a diferença entre eles e o que resumem, neste trabalho não faremos distinção entre os dois termos. Isso porque, no texto das referências publicadas e disponíveis em bases de dados científicas consultadas e utilizadas na construção do presente estudo, nem sempre foi possível observar tal distinção. Entretanto, a partir do trabalho e da convivência com pessoas idosas de diferentes grupos e classes socioeconômicas, a equipe de pesquisa optou por investigar se os participantes da pesquisa sabem dessa diferença, primeiramente para divulgação e disseminação do conhecimento, mas também porque, pensamos ser importante saber que todas as pessoas que têm AIDS são soropositivas, mas nem todos os soropositivos têm AIDS. Isso porque, no mesmo grupo de pessoas, foi observado que a prevenção também pode sofrer interferência desse saber, já que algumas pessoas associam a soropositividade com uma aparência estereotipada ou com a necessidade de se tomar os “coquetéis”.

A partir dos dados estatísticos, entendemos que as ações para prevenção da transmissão do HIV entre idosos ainda são escassas, dificultando o acesso do idoso às informações pertinentes para evitar práticas de risco. Assim, devemos planejar ações educativas que possibilitem ao idoso maneiras de exercer o autocuidado e transformar essa realidade.

De acordo com Freire (1987, p.36), entretanto, há dois tipos de educador. O primeiro é o “educador-bancário”, que, através de um processo antidialógico planeja o “seu” programa com o conteúdo a ser transmitido. O segundo é o “educador-educando”, que, através de um processo dialógico, constrói uma revolução

¹ HIV = Human Immunodeficiency Virus = Vírus da Imunodeficiência Humana = retrovírus que infecta e destrói células do sistema imunológico, prejudicando sua função. Infecções associadas à imunodeficiência são chamadas de infecções oportunistas (WHO, 2010b).

² AIDS = Acquired Immunodeficiency Syndrome = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida = termo definido pelo United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e pela European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) e compreende a fase mais avançada da infecção pelo HIV definida pela ocorrência de infecção oportunista (WHO, 2010b).

organizada, sistematizada e acrescentada ao povo, daqueles elementos que este lhe entregou de forma desestruturada.

Dessa forma, para planejarmos ações educativas sobre AIDS para os idosos, em uma perspectiva dialógica, é necessário conhecer e receber os elementos ainda desestruturados que compõem os saberes dos idosos em questão acerca do assunto. A partir disso, poderemos fornecer subsídios aos profissionais de saúde, principalmente aos enfermeiros, para que possam melhor planejar ações preventivas e assistenciais a essa clientela.

Entretanto, cabe aqui pontuar a existência de distinção entre formas do saber. De acordo com Japiassu (1992, p. 15-16), o termo saber significa “um conjunto de conhecimentos metodicamente adquiridos, mais ou menos sistematicamente organizados e suscetíveis de serem transmitidos por um processo pedagógico de ensino”. O autor afirma ainda que antes do saber, há o pré-saber, que é uma “aquisição não científica de estados mentais já formados de modo mais ou menos natural e espontâneo”. O pré-saber depende da cultura e pode ser caracterizado como “um conjunto falsamente sistematizado de juízos, constituindo representações esquemáticas e sumárias, formadas pela prática e para a prática, obtendo sua evidência e sua “autoridade” das funções sociais que desempenham”, podendo ser chamado de opinião, conhecimento comum, experiência (JAPIASSU, 1992, p. 17-18).

Destarte, este estudo não pretende trabalhar em distinções de formas do saber, mas em conteúdo verbalizado pelos idosos como sendo de seu saber ou domínio. Assim, este estudo visa conhecer os saberes de idosos sobre a AIDS, considerando suas experiências e seus significados, tendo em vista suas trajetórias pessoais, suas culturas e o contexto social do qual são membros participantes.

Nessa contextualização pautamos as questões norteadoras, o problema, o objeto e os objetivos do estudo em tela.

1.3 Questões norteadoras

- Quais os saberes de idosos acerca da AIDS, suas formas de transmissão, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento e as possíveis práticas de risco?
- Quais as implicações desses saberes para o cuidado de enfermagem?

1.4 Problema

Baseada no estudo de evidências demográficas e epidemiológicas, surgiu a questão-desafio sobre quais são os saberes de idosos frequentadores de unidade hospitalar de saúde acerca da AIDS, (i) suas formas de transmissão, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento e (ii) as possíveis práticas de risco - considerando importância desses saberes para o planejamento das ações educativas em saúde, cuidado de enfermagem e autocuidado à luz de demandas sociais?

1.5 Objeto

Os saberes de idosos frequentadores de unidade hospitalar de saúde acerca da AIDS, (i) suas formas de transmissão, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento e (ii) as possíveis práticas de risco.

1.6 Objetivos

- Descrever o perfil demográfico cultural e epidemiológico da AIDS entre os idosos no Brasil, na região Sudeste, no estado e no município do Rio de Janeiro;
- Investigar os saberes de idosos acerca da AIDS, suas formas de transmissão, de prevenção, de diagnóstico e de tratamento e as possíveis práticas de risco;
- Discutir a importância dos saberes de idosos para o planejamento de ações educativas em saúde, cuidado de enfermagem e autocuidado.

1.7 Justificativa

Como apresentado em seções anteriores, o envelhecimento populacional, comprovado nos dados demográficos consultados em base de dados do IBGE e de epidemiológicos consultados em base de dados do DATASUS, apresentados neste estudo, contextualizados e acrescidos do aumento do número de soropositivos na coorte de idosos nos apontam: (i) a necessidade da realização de estudos e (ii) produção de subsídios para melhor preparar os enfermeiros em formação na academia e em exercício profissional na ponta - através de conhecimentos teórico-práticos fundamentais para atender essa clientela de modo competente.

Através do estado da arte sobre a AIDS na terceira idade realizado na construção desta pesquisa, evidenciamos que resultados de pesquisas publicados nos idiomas português, inglês e espanhol ainda são escassos. Além disso, dentre os trabalhos disponíveis, são predominantes descrições das questões epidemiológicas e uma pequena parte de aspectos biopsicossociais da doença, denotando, portanto, a importância de serem realizados estudos com maior aprofundamento na temática, abordando também aspectos culturais e filosóficos.

Isso porque, acreditamos ser necessário que estudantes e profissionais de Enfermagem capacitem-se para acolher o idoso de forma competente nos diferentes níveis e cenários de atenção - básica e hospitalar - a fim de prevenir, buscar o diagnóstico precoce e tratar a infecção pelo HIV, em pessoas com singularidades e fragilidades biopsicossociais.

Para isso, o enfermeiro deve operacionalizar sua capacidade de transformação, realizando avaliação criteriosa a respeito das informações que os idosos detêm sobre as maneiras de se prevenirem da infecção pelo HIV e, a partir desses dados, planejar uma intervenção mais efetiva que venha ter como consequência a diminuição dos índices de transmissão entre os idosos.

Do ponto de vista social, esta pesquisa também se justifica pelo estigma que ainda existe em torno da AIDS, principalmente entre idosos, já que o conhecimento sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) é enfatizado pela literatura apenas em indivíduos jovens e profissionais da saúde, não abrangendo, na maioria

das vezes, a terceira idade (LAZZAROTTO et al., 2008, p. 1834). Dessa maneira, percebemos a necessidade de desenvolver pesquisas nesta área.

Além dos prejuízos sociais, a AIDS traz um enorme custo financeiro. Estima-se que, em 2008, 230.000 pessoas necessitavam fazer uso de antirretrovirais no Brasil, contudo, desse total, apenas 181.000 pessoas tiveram acesso aos medicamentos (WHO, 2008, p. 117). O Ministério da Saúde teve um gasto, em 2007, de aproximadamente 969.185 milhões de reais com os programas de prevenção e tratamento da AIDS (BRASIL, 2009).

Do ponto de vista financeiro ou de otimização do uso de recursos públicos, esse estudo, que trata prioritariamente da prevenção primária da AIDS entre os idosos, também se justifica pela necessidade de otimização da utilização de recursos públicos, já que, indubitavelmente, a prevenção da AIDS entre os idosos em potencial para reduzir significativamente os gastos da Saúde com internações e medicamentos; e a sensibilização dos profissionais sobre essa questão pode favorecer um diagnóstico precoce da doença, de maneira a reduzir os danos de ordem física, social e orçamentária.

Do ponto de vista demográfico / epidemiológico / de qualidade de vida com redução de extensão, intensidade e número de agravos à saúde das pessoas idosas, usuários dos serviços onde a enfermagem atua, estudo em tela também se justifica pela longevidade com a melhor qualidade de vida possível e pela redefinição da AIDS como doença crônica transmissível, configurando novos desafios em particular para a Enfermagem Gerontológica.

Isso porque, o cuidado deve ser direcionado às demandas emergentes de grupos específicos da população que envelhece, neste caso específico, de (i) pessoas soropositivas que estão envelhecendo e (ii) pessoas que se descobriram soropositivas já em fases mais avançadas da vida. Em ambos os casos, é grande a chance de haver, além da AIDS, outras doenças crônicas interferindo na saúde e na qualidade de vida desse indivíduo, tanto pela doença em si, como pelas interações medicamentosas. Para isso, as demandas sociais são de atenção às necessidades específicas, de assistência e de informações, capacitando profissionais de saúde, em especial as enfermeiras e técnicas de enfermagem para dispensar um cuidado de

qualidade, nos diferentes níveis de atenção. A figura 02 apresenta uma síntese da justificativa do estudo.

Figura 02 – Síntese da justificativa do estudo



Fonte dos dados informados na figura: LAZZAROTTO et al., 2008, p. 1834.

1.8 Contribuições do Estudo

Para a Enfermagem e para a Gerontologia, este estudo pretende contribuir ao aumentar o conhecimento a respeito das práticas de educação em saúde considerando os saberes de idosos sobre a AIDS. Isso porque essas duas áreas devem estar atentas às demandas e especificidades da população idosa, visando prevenir a infecção pelo vírus HIV e promover a saúde sexual dos idosos.

Quanto à assistência e ao ensino, este estudo pretende elaborar recomendações para programas de informação e educação em saúde baseadas nas necessidades da atual geração idosa. Devido ao aumento de idosos soropositivos faz-se necessário que enfermeiros da assistência e os em formação estejam

capacitados para atender essa clientela, respeitando suas peculiaridades e valorizando os aspectos culturais da atual geração idosa.

Para a pesquisa, pretendemos (i) ampliar o conhecimento produzido pelo Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NUPENH) do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC) da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), (ii) subsidiar novos questionamentos e (iii) elaborar recomendações para futuros estudos de intervenção sobre o tema. A população idosa, com suas peculiaridades, torna-se ainda mais específica ao ser afetada por uma doença de tamanha relevância clínica e epidemiológica como AIDS, o que torna as pesquisas na área cada vez mais necessárias.

Para a instituição onde foram coletados os dados, espera-se que este estudo estimule a reflexão dos profissionais acerca das atividades educativas que visam à vivência saudável da sexualidade pelos idosos, o que inclui diálogos sobre a prevenção da AIDS e de outras DST nessa faixa etária. Aos idosos entrevistados, pretendemos contribuir com sua saúde devido à oportunidade de discutir os temas sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis, fornecendo, assim, subsídios que funcionem como facilitadores para sustentar o autocuidado. Esperamos ainda que, a partir desse estudo, os idosos e os profissionais de saúde que os atendem possam manter essas discussões rotineiramente - porém de forma criativa e motivadora.

“A morte é a curva da estrada. Morrer é só não ser visto.”

Chico Mário

CAPÍTULO II: REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Estado da Arte

Para este estudo, foi realizada pesquisa bibliográfica nas Bibliotecas Virtuais BIREME E SCIELO e no Portal de Periódicos da CAPES. Na BIREME foram acessadas as bases de dados BDNF, LILACS, MEDLINE, MEDCARIB e WHOLIS.

Os descritores utilizados, de acordo com o dicionário de descritores da BIREME – DECS, foram: [IDOSO] or [IDOSO DE 80 ANOS OU MAIS] or [IDOSOS] or [ENVELHECIMENTO] or [AGED] or [ELDERLY] or [AGED, 80 AND OVER] or [AGING] or [ANCIANO] or [ANCIANO DE 80 O MAS ANOS] or [ANCIANOS] or [ENVEJECIMENTO] AND [SINDROME DA IMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA] or [HIV] or [HIV-1] or [ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME] or [VIH] or [VIH-1].

Para limitar a busca, foi selecionada a opção “descriptor de assunto”. Os artigos selecionados foram publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol; tinham, pelo menos, o resumo disponível para acesso nas bases de dados citadas; foram publicados nos últimos 10 anos (2001 a 2011); enfocavam especificamente a AIDS entre os idosos ou destacavam esse tema e; tratavam de temas de influência para a Enfermagem.

Quadro 01: Artigos encontrados na BIREME

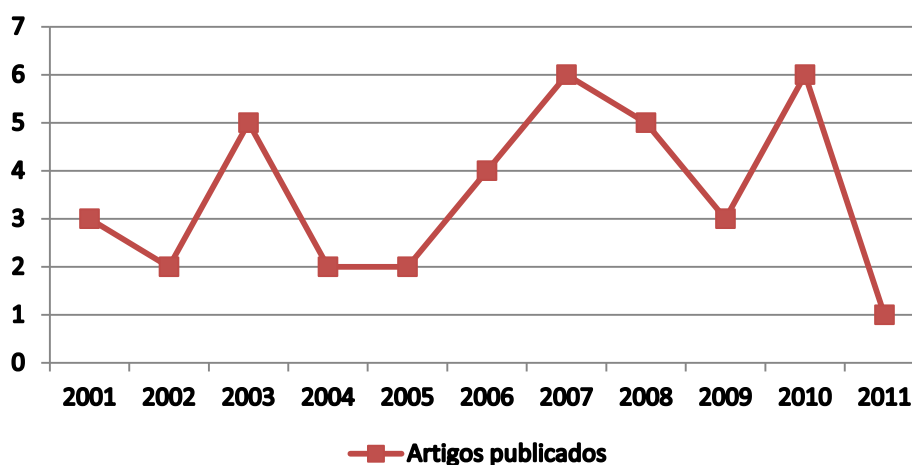
Base de Dados	Artigos encontrados (todos os índices)	Artigos encontrados (assunto)	Artigos Selecionados
MEDLINE	41465	43	08
LILACS	1543	262	22
SCIELO	109	11	10
MEDCARIB	77	15	0
BDNF	35	15	06
WHOLIS	13	07	01

Fonte: www.bvs.br

Assim, ao selecionarmos a opção “todos os índices”, encontramos 41.465 na MEDLINE, 1.543 artigos na LILACS, 109 na SCIELO, 77 na MEDCARIB, 35 na

BEDNF, 13 na WHOLIS. Ao selecionarmos a opção “descriptor de assunto” encontramos 43 na MEDLINE, 262 artigos na LILACS, 11 no SCIELO, 15 na MEDCARIB, 15 na BDEF, sete na WHOLIS, como demonstrado no quadro 01. A partir disso, foi realizada uma busca manual através da leitura crítica dos resumos, na qual foram selecionados 22 artigos na LILACS, dez na SCIELO, oito na MEDLINE, seis na BDEF e um na WHOLIS. Devido à repetição de alguns artigos, no total, foram selecionados 38 artigos.

Gráfico 01: Distribuição temporal dos artigos selecionados



Fonte: www.bvs.br

De acordo com o gráfico 01 observamos o aumento progressivo das publicações sobre a temática nos últimos anos, demonstrando a crescente preocupação de pesquisadores e acompanhando os alarmantes dados sobre a epidemia de AIDS entre os idosos.

Quadro 02: Distribuição dos artigos selecionados na BIREME de acordo com a área de formação dos autores e com os domínios

Área de Formação dos Autores	Domínios	Artigos
Medicina	Epidemia	08
	Terapêutica	03
	Prevenção	02
	Práticas de risco	01
	Total	14
Enfermagem	Epidemia	06
	Efeitos físicos e psicológicos da AIDS	03
	Prevenção	02
	Prática de risco	01
	Total	12
Psicologia	Prevenção	01
	Total	01
Biologia	Prática de risco	01
	Total	01
Farmácia	Prática de risco	01
	Total	01
WHO	Epidemia	01
	Total	01

Fonte: www.bvs.br

Não foi possível conhecer a área de formação dos autores de todos os artigos, pois conseguimos acessar apenas 30 artigos na íntegra e esse dado não foi disponibilizado nos resumos. Assim, de acordo com o quadro 02, desses 30 artigos, 14 foram publicados por profissionais médicos, sendo que oito abordavam características da epidemia; três tratavam de efeitos terapêuticos; dois abordavam a prevenção e; um (01) tratava de práticas de risco.

Dos 12 artigos publicados por enfermeiros, seis traziam a caracterização da epidemia de AIDS entre os idosos, três os aspectos físicos e psicológicos de idosos quem vivem com a doença; dois abordavam a prevenção e um (01) tratava dos práticas de risco. O artigo publicado por psicólogo tratava da percepção dos profissionais de saúde sobre a temática, sendo classificado como prevenção. Os

artigos publicados por farmacêuticos e por biólogos abordavam os práticas de risco relacionados à transmissão do HIV.

No Portal de Periódicos da CAPES foi acessado o Banco de Teses da CAPES, que disponibiliza os resumos de dissertações de mestrado e teses de doutorado. Por não haver índice para definir os descritores, nem forma de busca avançada, foram utilizadas diversas combinações de descritores e/ou termos, a saber: “idoso” e “AIDS” (41 trabalhos); “velhice” e “AIDS” (08 trabalhos); “envelhecimento” e “AIDS” (27 trabalhos); “idoso” e “HIV” (50 trabalhos); “envelhecimento” e “HIV” (25 trabalhos); “velhice” e “HIV” (08 trabalhos), “idoso” e “síndrome da imunodeficiência adquirida” (03 trabalhos); “envelhecimento” e “síndrome da imunodeficiência adquirida” (06 trabalhos); “velhice” e “síndrome da imunodeficiência adquirida” (01 trabalho); “idoso de 80 anos ou mais” e “HIV” (03 trabalhos); “idoso de 80 anos ou mais” e “AIDS”; “idoso de 80 anos ou mais” e “síndrome da imunodeficiência adquirida” (01 trabalho).

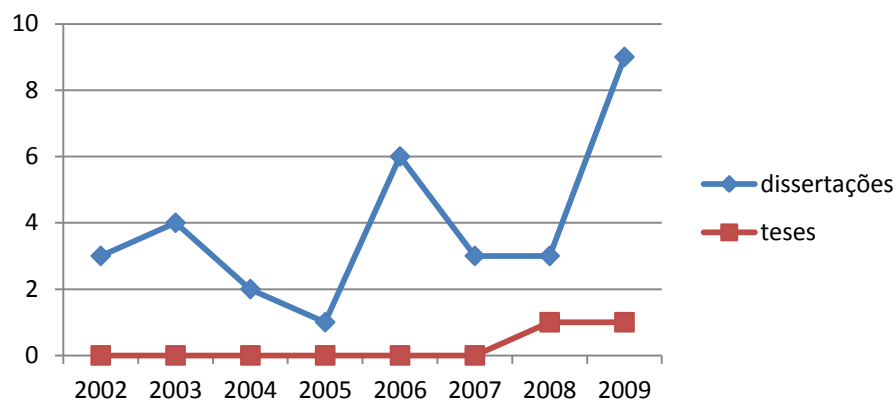
Todas as buscas foram realizadas com a opção “todas as palavras” selecionada. Após leitura criteriosa dos resumos, foram selecionados 33 trabalhos, dos quais apenas dois (02) foram produzidos no curso *Stricto Sensu* de doutorado.

Quadro 03: Teses e Dissertações encontradas no Banco de Teses da CAPES

Trabalhos Encontrados	Trabalhos Selecionados	
50	Mestrado	31
	Doutorado	02
	Total	33

Fonte: www.periodicos.capes.gov.br

Gráfico 02: Distribuição temporal das Teses e Dissertações selecionadas no Banco de Teses da CAPES



Fonte: www.periodicos.capes.gov.br

Quadro 04: Distribuição dos artigos selecionados no Banco de Teses da CAPES de acordo com a área de formação dos autores e com os domínios

Área de Formação dos Autores	Domínios	Trabalhos
Enfermagem	Epidemia	03
	Prevenção	03
	Práticas de risco	03
	Aspectos físicos e psicológicos da AIDS	02
	Total	11
Medicina	Aspectos físicos e psicológicos da AIDS	04
	Epidemia	03
	Tratamento	03
	Total	10
Gerontologia	Aspectos físicos e psicológicos da AIDS	02
	Práticas de risco	01
	Epidemia	01
	Total	04
Psicologia	Aspectos físicos e psicológicos da AIDS	03
	Epidemia	01
	Total	04
Saúde Coletiva	Epidemia	02
	Total	02
Educação em Saúde	Aspectos físicos e psicológicos da AIDS	01
	Total	01
Odontologia	Aspectos físicos e psicológicos da AIDS	01
	Total	01

Fonte: www.periodicos.capes.gov.br

Dos 33 trabalhos selecionados, 10 dissertações e uma (01) tese foram produzidas por enfermeiros, dos quais três (03) tratavam principalmente de aspectos epidemiológicos, três (03) sobre prevenção, três (03) sobre práticas de risco e dois (02) sobre os aspectos físicos e psicológicos da AIDS. Dos dez trabalhos da medicina, quatro (04) abordavam estes aspectos, três (03) eram sobre a epidemia e três (03) sobre o tratamento da AIDS. Dos quatro (04) trabalhos produzidos no curso multidisciplinar em gerontologia, dois (02) tratavam dos aspectos físicos e psicológicos da AIDS, um (01) das práticas de risco e um (01) da epidemia. Dos quatro trabalhos da psicologia, um era do curso de doutorado e incluindo este, três (03) abordavam os efeitos físicos e psicológicos da doença e um (01) a epidemia. Os dois do curso multidisciplinar em saúde coletiva eram sobre aspectos clínicos e epidemiológicos da AIDS. O trabalho do curso multidisciplinar em educação em saúde tratava dos efeitos físicos e psicológicos da doença.

Além dessa pesquisa, outras buscas foram realizadas de maneira não sistemática ao longo do curso de graduação. Dessa forma, através da leitura das publicações sobre a temática, foi elaborado este capítulo de revisão de literatura, a fim de agrupar e construir alguns dos principais saberes sobre a temática.

2.2 A AIDS

A AIDS é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), cujo ciclo de multiplicação resulta na destruição de células de defesa do organismo. Essas células são chamadas de linfócitos T CD4. Assim, o acompanhamento da infecção ocorre principalmente através da contagem de linfócitos T CD4 e da carga viral no sangue do indivíduo portador do HIV. Isso porque, a infecção pelo HIV evolui de “infecção pelo HIV aguda” para “infecção pelo HIV assintomática” e posteriormente para a AIDS.

Na primeira fase, a pessoa contaminada pode não apresentar quaisquer sintomas ou apenas os relacionados a uma infecção viral, como febre, faringite, mialgia (dor muscular), artralgia (dor nas articulações), cefaléia, entre outros. O tempo entre a exposição e a aparição dos sintomas varia de cinco a 30 dias. Esta

fase caracteriza-se por viremia elevada e intensa resposta imune. Durante o pico da viremia ocorre rápida diminuição dos linfócitos T CD4, que tornam a aumentar posteriormente, e coincide com o início dos sintomas (BRASIL, 1999, p. 113).

Na segunda fase, apesar de não apresentar sintomas, há a possibilidade de transmitir a doença. Na terceira fase, “a maioria absoluta dos pacientes desenvolve a AIDS”, o que ocorre, em média, de sete a 10 anos após o contágio inicial. Geralmente, inicia-se com sinais e sintomas inespecíficos, como sudorese noturna, emagrecimento e/ou trombocitopenia. Posteriormente podem surgir outros sintomas, como candidíase oral, vaginal e/ou uretral, gengivite, diarreia, herpes simples recorrente e herpes zoster. A AIDS é caracterizada por sintomas relacionados à imunodeficiência e por manifestações das infecções oportunistas, como tuberculose, pneumonias, histoplasmose, toxoplasmose, entre outros (BRASIL, 1999, p. 113-116; MACEDO-SOARES, MATIOLI & VEIGA, 2006, p. 871).

As formas de transmissão do HIV são por via sexual; através de transfusão sanguínea ou hemoderivados não testados; pelo compartilhamento de seringas e agulhas; durante a gestação, parto ou aleitamento materno (via perinatal ou vertical) e pelo uso/acidente de materiais perfuro-cortantes contaminados.

O diagnóstico da infecção pelo HIV ocorre através de exame laboratorial. No Brasil, preconiza-se que sejam coletadas duas amostras diferentes de sangue para os testes de triagem (ELISA ou Imunofluorescência Indireta) e, em caso positivo, seja realizado o teste confirmatório (Western blot) (GROSS, 2005, p. 35).

2.3 A epidemia de AIDS

Pinto e outros (2007, p. 46-47) admitem que a doença tenha surgido na África Central, a partir do contato humano com primatas e que os primeiros casos surgiram a partir de 1960, contudo ainda há lacunas nessas informações. Estudos retrospectivos de notificação apontaram que os primeiros casos de AIDS surgiram em 1977 e 1978 nos Estados Unidos, Haiti e África Central (GALVÃO, 2002, p.09). Em maio de 1981, foram detectados os primeiro casos clínicos, em Los Angeles e São Francisco, EUA, em homossexuais do sexo masculino, que apresentavam

quadros exóticos de pneumonite por *P. carinii* e sarcoma de Kaposi. No Brasil, os primeiros casos surgiram em 1980 e foram identificados em 1982 (GALVÃO, 2002, p.09; BRASIL, 1999, p. 110).

Assim, o ano 1981 é considerado o ano de início da epidemia, quando a AIDS atingia majoritariamente homens homossexuais e hemofílicos dos grandes centros urbanos (BRITO, CASTILHO & SZWARCOWALD, 2000, p. 208). Por conta disso, o conceito que se tinha sobre a AIDS era relacionado a grupos de risco, que incluía, além dos já citados, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.

Em meados da década de 1990, esse termo foi então substituído pelo de comportamento de risco. Contudo, essa denominação ainda não justificava as tendências epidemiológicas da infecção e trazia consigo um forte caráter discriminatório, pois ainda servia para classificar os grupos que mantinham práticas de risco. Sabe-se, entretanto, que toda a população está sujeita a manter práticas de risco, caracterizados por hábitos que aumentam o risco à exposição ao HIV, tais como: ter relação sexual sem o uso de preservativo, compartilhar seringas e/ou agulhas, compartilhar “canudinhos” utilizados para o consumo de cocaína e receber transfusão sanguínea e hemoderivados sem testagem sorológica prévia. Soma-se a essas práticas, outras situações que trazem risco de contaminação, a saber: manuseio de objetos perfuro-cortantes por profissionais de saúde, o que pode ocasionar acidentes ocupacionais e a contaminação do bebê pela mãe durante a gestação, o parto e/ou o aleitamento materno, através da transmissão vertical.

Destarte, passou a ser utilizado, principalmente no meio acadêmico, o termo vulnerabilidade. Essa expressão inclui nos fatores condicionantes ao avanço da epidemia “questões relacionadas aos direitos humanos, gênero, sexualidade, raça / cor e cidadania” (SOUSA, ESPÍRITO SANTO & MOTA, 2008, p. 59).

A vulnerabilidade é, segundo Sánchez e Bertolozzi (2006, p. 323), um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que determinam a suscetibilidade a doenças ou agravos. Através desse conceito, também são avaliados os recursos que o indivíduo ou o grupo pode utilizar para se proteger das doenças, considerando se tais recursos estão disponíveis ou não.

Mann, Tarantola e Netter (1993, p. 276-287) descreveram duas dimensões de vulnerabilidade: individual e coletiva. A vulnerabilidade individual inclui a susceptibilidade biológica e formas de transmissão do HIV limitados e baseados nas ações específicas, identificáveis e visíveis envolvendo dois ou mais participantes. Assim, por serem ações concretas, é possível evitá-las e, dessa forma, evitar a transmissão. A vulnerabilidade coletiva inclui aspectos sociais, como acesso à educação e à saúde, e aspectos programáticos, que dizem respeito às maneiras como os governos vêm enfrentando e combatendo a epidemia.

Na prática, esse processo será mediado através de dois conjuntos de fatores: acesso à informação / educação e a serviços de saúde e sociais que dependam da qualidade e natureza da comunidade ou programas nacionais de combate à AIDS; e as influências sociais amplas que aumentam, sustentam ou reduzem a responsabilidade pessoal. (MANN, TARANTOLA & NETTER, 1993, p. 279).

Isso porque a epidemia tornou-se um “fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo” (BRITO, CASTILHO & SZWARCOWALD, 2000, p. 207). A forma de ocorrência desse fenômeno, nas diferentes partes do mundo, configura-se como epidemias regionais com características e determinantes próprios (PINTO et al., 2007, p. 45).

Dessa forma, há alguns anos já se discute a feminização da epidemia, representada por um crescimento substancial dos casos de AIDS em mulheres (BRITO, CASTILHO & SZWARCOWALD, 2000, p. 208; POTTES et al., 2007, p. 346). Segundo dados disponibilizados em 2007 pelo Ministério da Saúde e destacados por Pereira e outros (2008, p. 422), para cada caso de AIDS em mulheres havia 15,1 casos masculinos em 1986, passando para 2,6 em 1996 e 1,5 em 2004. Os mesmos autores afirmam que a mortalidade de mulheres de 80 anos ou mais com AIDS é de 100%. Pinto e outros (2007, p. 46) relatam que esse processo “decorre do fato de as mulheres serem biológica, epidemiológica e socialmente mais vulneráveis” e que 94,5% dos casos de AIDS em mulheres são transmitidos por via sexual.

Dantas (2007, p. 14) ressalta que, apesar da TARV, a mortalidade feminina por AIDS ainda é alta, principalmente por causa do atraso no diagnóstico e consequente retardo no tratamento. Em sua pesquisa com mulheres idosas soropositivas, a autora constatou que os exames para a realização do diagnóstico de todas as mulheres entrevistadas só foram solicitados após o adoecimento e a confirmação de soropositividade de seus parceiros.

Percebem-se, ainda processos de heterossexualização, interiorização e pauperização da epidemia (SANTOS et al., 2002, p. 301; BRITO, CASTILHO & SZWARCOWALD, 2000, p. 208). Heterossexualização é a denominação dada ao processo de transmissão, que antes era majoritariamente homossexual e que atualmente ocorre entre pessoas de sexos diferentes. Interiorização representa o aumento do número de casos em municípios de médio e pequeno porte no interior do Brasil, onde a epidemia está em fase de expansão, em contraste com maior concentração nos grandes centros urbanos, onde se percebe a desaceleração do crescimento do número de casos. Pauperização é a “tendência de expansão do número de casos entre as populações com baixo nível de renda e escolaridade” (PINTO et al., 2007, p. 46).

Algumas ações do governo têm reduzido a transmissão vertical do HIV, além da mortalidade e da morbidade por AIDS, entretanto, ainda estamos muito distantes de um desfecho favorável quando abordamos as ações preventivas. Isso porque, as mesmas ainda são, geralmente, destinadas ao público adolescente escolarizado (PAIVA, PUPO & BARBOSA, 2006, p 111). Como uma das consequências, tem-se observado um incremento nas taxas de incidência de AIDS entre pessoas com mais de 50 anos (POTTES et al., 2007, p. 338), o que nos remete ao fenômeno de envelhecimento da epidemia, tema central deste estudo.

Além disso, caso não sejam tomadas medidas mais efetivas e eficientes no combate à epidemia, confirmar-se-ão as estimativas de que até o ano 2027, 70 milhões de pessoas serão afetadas pela AIDS. Contudo, já podemos nos alarmar com os dados atuais, referentes a 2007, quando 14 mil pessoas foram infectadas por dia em todo o mundo, 600 mil brasileiros eram portadores do HIV e, 20 milhões de

pessoas já morreram por causa da doença desde o início da epidemia (PINTO et al., 2007, p. 45).

Durante a XVIII International AIDS Conference, realizada entre os dias 18 e 23 de julho de 2010 em Vienna, na Áustria, a Organização Mundial de Saúde apresentou estimativas ainda mais recentes, mas não menos preocupantes: 1.200 crianças com menos de 15 anos são infectadas diariamente, 3.000 pessoas fazem uso de TARV e, 5.000 pessoas morrem diariamente vítimas da AIDS. Além disso, afirmou que o acesso universal à prevenção e ao tratamento só será alcançado através do acesso universal aos Direitos Humanos (WHO, 2010a, p. 5).

Percebemos, portanto, que ao longo de três décadas a epidemia vem sofrendo mutações marcantes no Brasil, como feminização, pauperização, heterossexualização, interiorização e envelhecimento, entretanto, algumas antigas questões devem ser mantidas em pauta, entre elas o preconceito e o estigma que os soropositivos enfrentam no seu cotidiano e o tabu acerca do assunto, o que contribui para a vulnerabilidade individual e coletiva.

2.4 Preconceito, Estigma e Tabu

Estigma e preconceito estão relacionados com o estranhamento ao que é diferente do padrão estabelecido por determinada cultura, restringindo o indivíduo ao traço desviante, de maneira que todos os outros atributos são esquecidos (GOFFMAN, 2008, p. 11-17; CROCHIK, 2006, p.13-20). O termo estigma foi criado pelos gregos para denominar os sinais físicos, feitos com cortes ou fogo, que denunciavam um escravo, um criminoso ou um traidor. No início do cristianismo a palavra passou a ser utilizada para designar sinais corporais de graça divina. Atualmente o termo refere-se mais à própria desgraça do que à marca física, causando a exclusão e a diminuição social da pessoa “marcada”, considerada como inferior aos demais (GOFFMAN, 2008, p. 11-12).

Goffman (2008, p. 14) aponta três tipos diferentes de estigma: as abominações do corpo ou deformidades físicas, as culpas de caráter individual (distúrbio mental, vício, alcoolismo, homossexualidade, desemprego, entre outros) e

as que são herdadas, referente à raça, nação e religião. O autor aponta termos sinônimos de estigma, como “aleijado”, “bastardo” e “retardado”. Acrescentamos a essa lista o termo “aidético”, que carrega consigo o estigma das abominações do corpo - devido à imagem de pessoa doente e emagrecida - e o estigma das culpas de caráter individual, por conta da associação ao vício, à homossexualidade e à promiscuidade.

Crochik (2006, p. 13) afirma que o preconceito é individual apesar de surgir a partir de um processo de socialização em função da adaptação à luta pela sobrevivência. Assim, o preconceito está mais relacionado “às necessidades do preconceituoso do que às características de seus objetos” e é demonstrado através da reação ao estranhamento, podendo ser disfarçado em complacência benevolente ou rejeição. Essas reações apontam, na verdade, para a falta de experiência e de reflexão, o que impede a aceitação do outro.

Já o tabu, de acordo com Freud (1974, p. 38), é um termo polinésio que tem dois significados distintos: sagrado e impuro. Ambos os significados indicam algo inabordável, que não deve ser discutido, que é proibido. A punição pela violação do tabu, originalmente, era automática, “o próprio tabu violado se vingava”. Quando surgiram as idéias dos deuses e espíritos, a penalidade deveria vir do poder divino. Posteriormente, a sociedade passou a ser a encarregada pela punição dos transgressores. Assim, “a violação do tabu transforma o próprio transgressor em tabu” (FREUD, 1974, p. 38-40).

Dessa forma, entendemos que, mesmo com todo o avanço científico, o soropositivo e, principalmente, o idoso soropositivo ainda é um tabu em nossa sociedade, já que, o próprio sexo é pouco discutido nessa faixa etária. Isso nos remete à importância de criarmos oportunidades para abordar essa temática em diferentes cenários, até que o assunto se torne comum - ou noa, que de acordo com Freud (1974, p. 38), é o oposto de tabu.

2.5 AIDS como doença crônica

A primeira droga antirretroviral (ARV) contra a AIDS surgiu em 1986, e passou a ser distribuída gratuitamente no Brasil em 1992. Já a terapia antirretroviral tripla de alta potência (TARV) se tornou universal em 1996, o que reduziu “em 50% a mortalidade” e “aumentou em 80% o tratamento para as doenças oportunistas, refletindo na melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS”. Os TARV aumentaram a sobrevida, após o diagnóstico, dos pacientes com AIDS de 18 meses em 1995 para 56 meses em 2007. Também a frequência e a duração das internações diminuíram, proporcionando melhor qualidade de vida das pessoas portadoras do HIV (PINTO et al., 2007, p. 48; ALENCAR, NEMES & VELLOSO, 2008, p. 1842). Entre os idosos também se observou queda na letalidade da AIDS, que era de 100% no início da epidemia, a partir de 1996, segundo estudo realizado por Araújo e outros (2007, p. 550).

Essas mudanças permitiram que a OMS reclassificasse a AIDS, que antes era vista como uma doença aguda, com rápida manifestação, sem tratamento e alta taxa de mortalidade, e, hoje está incluída na lista das doenças crônicas, definidas como “problemas de saúde que requerem uma administração e acompanhamento permanente durante longo período de tempo”. Além dos TARV, os avanços científicos que permitiram conhecer a história natural da infecção pelo HIV e acompanhar a progressão da doença através dos exames de CD4 e de carga viral também contribuíram para a cronificação da AIDS (ALENCAR, NEMES & VELLOSO, 2008, p. 1842).

Outro aspecto importante dos avanços no tratamento com repercussões na cronificação da AIDS é a descaracterização da pessoa “aidética”, termo em progressivo desuso que simboliza uma aparência doente e emagrecida. Feitosa (2008, p. 58-59) afirma que historicamente esse termo é associado à “dimensão da doença – que no início da epidemia, retratava a personificação da morte – ou às pessoas pertencentes a grupos estigmatizados”. Na década de oitenta, o “aidético” era a pessoa uma pessoa condenada à morte, sem chances de sobrevivência, julgado e marginalizado pela moral da sociedade. Já na primeira década do século

XXI, mesmo sem ter cura, pessoas soropositivas têm a chance de sobreviver à doença, de conviver e de viver com a AIDS, continuar a fazer e realizar planos, mesmo sabendo que um dia vão morrer, como qualquer outra pessoa (SOUZA, 1994, p. 36).

Em relação aos idosos, estudo realizado por Feitosa (2008, p. 59) apontou que os entrevistados não faziam distinção entre ser soropositivo e ter sintomas da AIDS, sem associação entre a doença e uma fisionomia saudável - o que os tornaria ainda mais vulneráveis à contaminação.

2.6 A epidemia de AIDS entre os idosos

O crescimento do número de idosos com AIDS deve-se, em parte, pela possibilidade de envelhecimento que os pacientes soropositivos tiveram a partir do controle da doença pelos medicamentos antirretrovirais (ARV) mais eficazes. A outra parcela de idosos com HIV descobriu-se infectada recentemente (ZORNITTA, 2008, p. 2), podendo ser influência do preconceito social em relação ao sexo na terceira idade, que tem colocado esse público às margens das campanhas de conscientização sobre DST (POTTES et al., 2007, p. 339).

De acordo com a pesquisa realizada por Sousa, Silva e Montarroyos (2007) ao banco de dados nacional de AIDS, no período de 1980 a junho de 2006 foram notificados 10.031 casos de AIDS entre crianças, 5.034 entre adolescentes e 26.014 em pessoas com 50 anos ou mais. Mesmo assim, segundo esses autores, os idosos ainda não são alvo de políticas públicas de prevenção.

Segundo Pottes e outros (2007, p. 340), entre 1991 e 2001 houve um aumento de 98% e 567% do número de casos confirmados de AIDS, respectivamente, entre homens e mulheres com mais de 50 anos de idade. Os mesmos autores sugerem que o incremento das práticas sexuais na terceira idade, o aumento da expectativa de vida ao nascer e a baixa noção de risco são alguns dos fatores que aumentam a exposição dos idosos à infecção pelo HIV (POTTES et al., 2007, p. 350).

Somado a isso, Zornitta (2008, p. 42) associa o crescimento da epidemia entre os idosos à evolução de tecnologias que melhoram a vida sexual, que possibilita o

idoso a ultrapassar algumas barreiras que, antes, impediam-no de ser sexualmente ativo. Apesar do prolongamento da vida sexual das pessoas com mais de 60 anos ser extremamente benéfico para sua saúde física e psíquica, “o sexo sem limitações não veio acompanhado de educação para o uso de preservativos” (CALDAS & GESSOLO p. 07), trazendo como prejuízo o aumento da transmissão de DST entre os idosos.

A principal justificativa para o não uso do preservativo entre os homens com mais de 65 anos é o “medo de comprometer a ereção peniana”. Contudo, em mulheres que já passaram pela menopausa, o não uso de preservativos acentua a infecção pelo HIV, “uma vez que as paredes vaginais ficam mais finas e ressecadas, favorecendo o aparecimento de feridas”. É válido lembrar que o preservativo deve ser usado mesmo em situações em que ambos os parceiros são soropositivos, já que a relação sexual desprotegida possibilita a infecção por outras DST e por vírus resistentes aos ARV, além de dificultar o controle da carga viral (BERTONCINI, MORAES & KULKAMP, p. 78, 2008).

Mesmo com a evolução de tecnologias que permitem o prolongamento da atividade sexual voltada para a terceira idade descrita anteriormente, Zornitta (2008, p. 3-15) afirma que “os novos idosos com AIDS” sofrem com um preconceito aumentado, “por ser idoso, por ter AIDS e por ser idoso com AIDS (ou seja, sexualmente ativo)”, tendo, muitas vezes, que esconder a doença da família. Ressalta, ainda, que a AIDS trouxe à tona as questões relacionadas à sexualidade na terceira idade, “constituindo um novo desafio moral a ser enfrentado, na medida em que eles não contam com instrumentos legais de proteção”, já que nem o Estatuto do Idoso nem a Política Nacional do Idoso (PNI) abrangem a sexualidade dos idosos.

A não menção da sexualidade pela PNI contraria suas próprias diretrizes, principalmente às relacionadas à promoção do envelhecimento saudável e à assistência às necessidades de saúde do idoso (ZORNITTA, 2008, p.22). Essa exclusão também é encontrada no universo acadêmico. Isso porque, dentre os ensaios clínicos relacionados ao tratamento de DST, publicados em jornais de língua

Inglesa que constam na MEDLINE, 73 e 89% não incluem, respectivamente, os indivíduos com mais de 50 e 65 anos (BECCA et al., apud ZORNITTA, 2008, p. 33).

Provavelmente isso ocorre porque, além do estereótipo de assexuados, outros equívocos envolvem o envelhecimento, uma vez que a sociedade espera que os idosos não tenham relações sexuais e, caso tenham vida sexualmente ativa, sejam “obviamente, heterossexuais e certamente monogâmicos” e exclui-se a possibilidade de serem usuários de drogas. Esse preconceito culmina na escassez de medidas preventivas, o que acarreta agravos desnecessários para a saúde dos mais velhos e até mesmo a morte evitável dos mesmos (EMLET apud ZORNITTA, 2008, p. 35).

Contrariando esse tabu, estudos mostram que aproximadamente 39% dos idosos brasileiros mantêm vida sexual ativa, sendo as relações sexuais heterossexuais a prática de risco predominante para transmissão do HIV (ZORNITTA, 2008, p. 39). Assim, corrobora para o incremento do número de casos a falta de informação, já que há “lacunas no conhecimento sobre HIV/AIDS em indivíduos da terceira idade, especialmente nos domínios ”conceito”, “transmissão” e “vulnerabilidade”” (LAZAROTTO et al., 2008, p.34, 39).

2.7 Ser idoso e viver / conviver com AIDS

Para entender melhor os efeitos da AIDS nos idosos, é necessário, primeiramente, conceituarmos os termos fragilidade e imunossenescência.

A fragilidade é definida como uma síndrome biológica caracterizada pela presença de múltiplas doenças crônicas, anorexia, perda de massa muscular, queda da taxa metabólica, entre outros. “A diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo” causa “desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica”, tornando “o idoso frágil vulnerável a vários tipos de estressores” (HEKMAN, 2006, p. 926). De acordo com o Ministério da Saúde (2006b, p. 50), a fragilidade é uma síndrome multidimensional, incluindo aspectos biológicos, psicológicos e sociais, culminando na maior vulnerabilidade a desfechos clínicos adversos.

A imunossenescência é um declínio fisiológico da função imune em decorrência do envelhecimento. Sua principal alteração é a diminuição progressiva dos linfócitos T, mas inclui, ainda, o decréscimo na “produção de hormônios tímicos”, “na citotoxicidade mediada por células”, “na resposta a anticorpos específicos”, entre outros. Uma das consequências da imunossenescência é a maior susceptibilidade a doenças infecciosas e neoplasias (MACEDO-SOARES; MATIOLI & VEIGA, 2006, p. 873).

Apesar de avanços tecnológicos que propiciam melhor qualidade de vida tanto para as pessoas que vivem com AIDS como para as pessoas idosas, os indivíduos mais velhos tendem a sofrer mais pela AIDS do que os mais jovens. Isso porque os efeitos da imunossupressão se manifestam mais rapidamente, além dessas pessoas já serem, geralmente, acometidas por outras doenças crônicas. Outro agravante é a dificuldade no diagnóstico, já que os profissionais de saúde costumam protelar em investigar possíveis casos de AIDS entre idosos, mesmo que os sintomas sejam indicativos, culminando no agravamento do caso (BRASILEIRO & FREITAS, 2006, p. 790-792).

Como citado anteriormente, a TARV possibilitou que as pessoas soropositivas vivessem mais e melhor, atingindo idades avançadas. É válido salientar, contudo, que a TARV está associada a diversos efeitos adversos. Kramer e outros (2009, p. 56-562) relacionam a TARV à dislipidemia, à resistência a insulina, ao diabetes e às doenças cardiovasculares, sendo os idosos mais suscetíveis a essas complicações pela combinação envelhecimento, infecção pelo HIV e TARV.

De acordo com Sousa (2008, p. 63), a taxa de mortalidade entre idosos soropositivos é maior que entre os mais jovens e a sobrevida e o tempo entre o início da infecção e o aparecimento de sintomas são menores nas pessoas mais velhas. E Sousa (2006, p. 11) afirma que os efeitos do envelhecimento na composição corporal como desempenho funcional e sistema imune são acentuados pela infecção pelo HIV.

Ao diminuir a capacidade funcional, a doença também afeta a autonomia e a independência dos idosos, dificultando a possibilidade do autocuidado e, conseqüentemente, interferindo na qualidade de vida dos mesmos. De acordo com

Lima (2010, p. 22), qualidade de vida pressupõe satisfação no espaço familiar, afetivo, social e ambiental e a estética existencial do próprio indivíduo.

A AIDS interfere na saúde das pessoas, idosas ou não, também pelo fato de que, por causa do preconceito, as mesmas tendem a ser isoladas socialmente, principalmente pelos familiares e amigos. Assim, as pessoas soropositivas tornam-se temerosas em passar por novos constrangimentos, acentuando ainda mais a exclusão, o que as impede, por exemplo, de trabalhar. Essas situações agregam mais dificuldades à vida das pessoas portadoras do HIV, já que o trabalho poderia contribuir para o aumento da autoestima a partir da sensação de ser útil e produtivo. Ademais, a situação financeira desses indivíduos torna-se mais problemática.

Silva (2009, p. 76-89) afirma que o estigma em ser soropositivo obriga os idosos a não revelar seu diagnóstico nem para a família e nem para profissionais de saúde, quando possível. Isso impossibilita a criação de espaços nos quais os idosos pudessem discutir suas dificuldades e seus receios, fazendo com que se isolem cada vez mais. Soma-se a isso a idéia de dupla sentença de morte: pela velhice e pela AIDS, exigindo do idoso um enorme esforço para manter-se perseverante e buscar sempre a qualidade de vida (BRASILEIRO & FREITAS, 2006, p. 794).

Provinciali (2006, p. 63-68) destaca que, para os idosos entrevistados em seu estudo, ser infectado pelo HIV é algo semelhante a um crime, cuja punição é o remorso. A mesma autora acrescenta que os principais meios de enfrentamento da doença são o tratamento e o autocuidado, já que, por causa do medo da rejeição, muitas vezes essas pessoas não se sentem confiantes para revelar seu diagnóstico. Todavia, segundo Castro (2007, p. 77-78), dividir a vivência da doença com um ente próximo poderia contribuir para o enfrentamento dessa situação.

Para tentar reverter esse quadro, a sociedade deve combater os estigmas e os estereótipos associados tanto à velhice como à AIDS, colocando o idoso num patamar de importância e favorecendo-os nas políticas públicas sociais (SALDANHA, FELIX & ARAÚJO, 2008, p. 97). Além disso, de acordo com Lima (2009, p. 94), o profissional de saúde que presta cuidados ao idoso soropositivo deve atentar-se para ouvir seus anseios, seus relatos sobre sua condição de saúde e seus problemas, a

fim de estabelecer parceira efetiva no compartilhar do cuidado a ser prestado, de maneira que o cliente se torne cada vez mais apto a cuidar de si.

2.8 Prevenção da AIDS entre os idosos

Até a década de 80, o principal meio de transmissão do HIV em indivíduos com mais de 60 anos era através de transfusão sanguínea. Atualmente a disseminação da doença nessa faixa etária é atribuída ao contato sexual ou ao uso de drogas injetáveis (PRILIP apud POTTES, 2007, p. 348). Essa constatação demonstra a importância da conscientização individual e coletiva acerca das maneiras de transmissão e prevenção a fim de evitar as práticas de risco, entretanto, tal atitude não depende apenas do nível de conhecimento acerca da doença.

A história da epidemia da AIDS mostra que, para uma prevenção efetiva, não basta fornecer informações sobre o assunto à população, principalmente entre os indivíduos idosos. Isso porque além da cognição, outros fatores interferem na vulnerabilidade, como as condições sócio-comportamentais, por exemplo. Segundo Ayres apud Ferreira & GEPSAIDS (2008, p. 66), esses três aspectos traduzem-se em: “informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo” (cognitivos); “acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores” (sociais) e; “interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos” (comportamentais).

Assim, para intervir de fato no curso da epidemia, são necessárias, primeiramente, a elaboração de estratégias que minimizem o estigma em relação ao sexo na terceira idade e a implementação de ações educativas sobre DST específicas para essa faixa etária (DA ROS & DONEDA apud ZORNITTA, 2008, p. 40). Somados a essas ações, Lima (2006, p. 32) afirma a importância de pesquisas que favoreçam a criação e a implementação de programas de educação em saúde e intervencionistas, considerando a AIDS no contexto em que se desenvolve. Para isso, é importante melhorar a compreensão em relação às influências culturais como valores, crenças e comportamentos, fatores que também influenciam o curso da epidemia.

De acordo com Pottes (2007, p. 339, 350), entretanto, as políticas públicas concentram suas atenções na população jovem, provavelmente pelo preconceito de que os idosos, necessariamente, não mantêm relações sexuais e não praticam quaisquer práticas de risco que os tornem passíveis de se infectar pelo HIV ou contrair outra doença sexualmente transmissível (DST), o que pode ser a causa do aumento significativo de casos de AIDS entre essa faixa etária. A mesma autora aponta, ainda, uma negligência em relação à prevenção e ao tratamento dos idosos, tornando-os vulneráveis à infecção por falta da “percepção do risco”.

Assim, é notória a necessidade de capacitar os profissionais de saúde a incentivar a prevenção das DST, principalmente do HIV (ZORNITTA, 2008, p. 38). Isso porque, além de muitas vezes ignorar a demanda de conhecimento sobre AIDS entre os idosos, quando essas informações são passadas, o aspecto afetivo do processo de aprendizagem raramente é contemplado.

Pupo (2007, p. 2) aponta o aconselhamento em HIV/AIDS como uma das principais estratégias de prevenção. Esta atividade visa o diagnóstico e o tratamento precoce da AIDS e a diminuição do estigma relacionado à doença através de um atendimento que, além de orientar, tem como pressuposto a escuta e o acolhimento do cliente. O aconselhamento, geralmente, é oferecido antes e após a realização do teste para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV.

A prática de aconselhamento é um processo dinâmico, de interação entre profissional e cliente, onde se privilegia a escuta atenta, identificando e debatendo os pontos que levam o cliente a expor-se a situações de risco, estimulando-o a buscar soluções viáveis para a mudança de atitude, com vistas à construção de um plano de redução de risco. (Araújo e Camargo Jr. 2004, p. 62).

O Ministério da Saúde (2008b, p. 56-57) preconiza que o aconselhamento seja executado por profissionais de nível superior, contudo, afirma que os profissionais de nível médio e fundamental também podem realizar essa ação de maneira efetiva. Godoy e outros (2008, p. 10) destacam a importância das equipes multidisciplinares no planejamento, na atuação e no direcionamento das ações de promoção, prevenção e reabilitação dos idosos soropositivos. Entretanto, para o sucesso dessa

estratégia, faz-se necessária a capacitação dos profissionais nos diferentes cenários de atenção, principalmente quando a clientela for idosa.

Isso se justifica pela necessidade de atendimento as demandas dessa clientela, oferecendo apoio emocional e educativo a uma geração de idosos que não está acostumada a discutir e/ou viver livremente sua sexualidade, não está familiarizada com o uso de preservativos ou não tem acesso aos mesmos e não se sente vulnerável de se infectar pelo HIV. Essas dificuldades são acentuadas por falta de preparo dos profissionais que lidam com os idosos.

A pesquisa realizada por Oliveira, Araújo e Saldanha (2006, p. 145-146) mostra que alguns profissionais de saúde ainda acreditam que a principal forma de transmissão da AIDS entre os idosos é a transfusão sanguínea, que o idoso não está exposto a drogas e que não vive sua sexualidade. Esse trabalho confirmou a falta de discussão e o preconceito sobre o tema, inclusive entre profissionais especialistas em geriatria/gerontologia, o que, para as autoras, indicou uma similaridade entre o conhecimento científico e o senso-comum.

Além de profissionais de saúde, outros componentes sociais devem ser considerados agentes capazes de intervir na epidemia de AIDS. Entre eles, os grupos de convivência representam, para alguns autores, uma ferramenta fundamental para incrementar a participação social dos idosos, desenvolvendo a sensação de inclusão e estimulando demais aspectos, como lazer, cultura, cidadania e saúde. Somados a isso, tais espaços devem ser utilizados para o desenvolvimento e para a implementação de ações preventivas contra infecção pela AIDS e também do incremento da discussão do tema (SALDANHA, FELIX & ARAÚJO, p. 97, 2008).

Devem ser incluídos tanto nas campanhas como nas discussões entre os próprios idosos “aspectos como comunicação com o parceiro, sexualidade saudável em casais sorodiscordantes³, luta contra o preconceito e encorajamento à aceitação do soropositivo pela família e sociedade” (BERTONCINI, MORAES & KULKAMP, p. 78, 2008). O estudo realizado por Lima e outros (2008, p. 1887) mostra a importância das informações divulgadas pela mídia, principalmente entre os idosos. Os autores

³ Casais sorodiscordantes são assim chamados quando apenas um dos dois é portador do HIV.

observaram “um número significativamente maior de respostas incorretas para os maiores de 55 anos justamente nas questões pouco abordadas pela mídia nas campanhas”.

Os mesmos autores notaram a falta de esclarecimento sobre situações do cotidiano que não oferecem risco de contaminação, enfatizando o preconceito. Apontam ainda a necessidade de saber se os meios de divulgação são eficientes para montar uma estratégia de ação com vistas à saúde da população (LIMA et al., 2008, p. 1886). Assim, acrescentamos que, para que quaisquer ações sejam efetivas e eficientes, é preciso um planejamento rigoroso. Para isso faz-se necessário ter ciência de quais informações, corretas ou não, os idosos detêm acerca do conceito, da transmissão, da prevenção, das práticas de risco, da vulnerabilidade e das consequências relacionados ao HIV e à AIDS a fim de melhor direcionar as ações de prevenção, podendo, enfim, tentar reduzir a transmissão do HIV na terceira idade.

2.8.1 Ações educativas em saúde

Sabendo da importância da educação e baseando-se na pedagogia freireana, Miranda e outros (2008, p. 900) sugerem que a sensibilização necessária para a tomada de decisão se dê através de uma “metodologia educativa que estimule o educando a uma reflexão crítica sobre a sua realidade e a construção de seu discurso para a autonomia”. Assim, entendemos ser extremamente importante que os idosos sejam instrumentalizados com informações sobre a AIDS, mas essas informações devem ser contextualizadas, confrontadas e articuladas, de maneira que faça sentido e estimule a reflexão e a problematização de sua realidade, auxiliando-os na tomada de decisão (LEITE, PRADO & PERES, 2010, p. 22; LEONELLO & OLIVEIRA, 2007, p. 851).

Isso porque, de acordo com Leonello e Oliveira (2007, p. 848), as ações de educação em saúde geralmente enfatizam a transmissão de informações e o conhecimento técnico científico especializado, desvalorizando o senso comum e os saberes dos clientes. Segundo Freire (1996, p.15), entretanto, o educador deve estabelecer uma necessária “intimidade” entre os saberes científicos a serem

ensinados e a experiência social na qual o educando convive. Para Leite, Prado e Peres (2010, p. 21) não há hierarquia entre os saberes científicos dos profissionais e os saberes do senso comum, sendo ambos incompletos e inacabados.

É válido ressaltar, entretanto, que as ações educativas são eficazes somente se forem capazes de despertar no indivíduo ou na sociedade a motivação para sustentar o autocuidado. Segundo Da Silva (2003, p. 102-103), a sustentação da motivação depende de fatores físicos, sociais e emocionais através de constantes processos de negociação e renegociação, que, por sua vez, sofrem interferências de valores, significados, emoções e prioridades.

Dilly e Jesus apud Torres e Enders (1999, p. 72) reconhecem que as ações educativas constituem um processo contínuo, sendo parte da educação integral de uma sociedade em mudança. Assim, a participação do enfermeiro no processo ensino aprendizagem é importante, por tratar-se de um “processo dinâmico e contínuo, que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos da comunidade para refletirem criticamente sobre as causas e problemas de saúde” (TORRES & ENDERS, 1999, p. 71).

A educação popular, também chamada de pedagogia freireana, visa um diálogo entre educando e educador no qual ambos tenham voz e vez.

Então, eu falo ‘contigo’ quando eu sou capaz de escutar e, se não sou capaz, eu falo ‘a ti’. O falar ‘a’ é um falar ‘sobre’, falar ‘a’ significa falar ao ‘entorno’. (...) É assim para um trabalho de alfabetização de adultos, de educação em saúde, de saúde (...). Se eu me convenci desse falar ‘com’, desse escutar, meu trabalho parte sempre das condições concretas em que o povo está. O meu trabalho parte sempre dos níveis e das maneiras como o outro a entende. (FREIRE *apud* CECCIM, 2007, p. 36-37).

***“Senhoras e senhores
Trago boas novas
Eu vi a cara da morte
E ela estava viva
Eu vi a cara da morte
E ela estava viva - viva!”***

Cazuza

CAPÍTULO III: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

3.1 Referencial teórico

Neste estudo utilizamos como referencial teórico o Interacionismo Simbólico, corrente filosófica que fundamenta a *Grounded Theory* ou Teoria Fundamentada em Dados.

Segundo Lopes e Jorge (2005, p. 104-105), o Interacionismo Simbólico originou-se no fim do século XIX e teve como destaques George Herbert Mead e Herbert Blumer. Mead foi influenciado pelo pragmatismo filosófico e behaviorismo e valorizava o comportamento humano, “cujo dado principal é o ato social, concebido como comportamento “externo” observável e também como atividade “encoberta” no ato”. Blumer foi o responsável por atribuir à abordagem teórico-metodológica de Mead a expressão Interacionismo Simbólico.

As três premissas básicas dessa corrente filosófica são (i) o homem age baseado nos significados que as coisas têm para ele, (ii) os significados das coisas derivam das interações sociais e, (iii) esses significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo sobre as coisas que a pessoa encontra. (BLUMER, 1969, p. 2). Essas premissas são baseadas nos conceitos de coisas, mente, símbolos, linguagem e sociedade, apresentados a seguir:

- Coisas – tudo o que o ser humano pode notar em seu mundo, sejam objetos físicos, como árvores e cadeiras; outras pessoas, como uma mãe ou um lojista; categorias de pessoas, como amigos ou inimigos; instituições, como uma escola ou um governo; ideais, como independência individual ou honestidade; atividades dos outros, como comandos e pedidos e; situações, como encontros individuais em sua vida diária (BLUMER, 1969, p. 2).
- Self – é essencialmente um processo social formado pelo “Eu” e pelo “Mim”. O “Eu” é a tendência individual e impulsiva, sendo um aspecto espontâneo e desorganizado da experiência. O “Mim” representa a

incorporação do outro com o individual, sendo um conjunto organizado de atitudes, definições, compreensões e expectativas – ou simplesmente significados – comuns ao grupo. Todos os atos começam em forma de “Eu” e geralmente terminam em forma de “Mim”, já que o “Eu” dá propulsão, criatividade e inovação enquanto o “Mim” dá definição e controle social aos atos (MELTZER, 1994, p. 44).

- **Mente** – é um pressuposto e um produto do processo social. Seu desenvolvimento é correlacionado ao self, constituindo a ação do self. Manifesta-se na autointeração do indivíduo consigo mesmo através de símbolos e significados (MELTZER, 1994, p. 45).
- **Símbolos** – é o conceito central da interação, pois baseia a comunicação simbólica ao denotar significado, representação ou intencionalidade dos objetos sociais. A ação com base nos símbolos – interpretação – ocorre de acordo com a atribuição de significados aos objetos (DUPAS, OLIVEIRA & COSTA, 1997, p. 221-222). A natureza dos objetos é constituída pelo significado dado pela pessoa, de maneira que este significado não é intrínseco ao objeto, já que todos os objetos são produções sociais, formados e transformados pela interação social. Assim, as pessoas agem de acordo com os significados que os objetos têm para elas (BLUMER, 1969, p. 68-69).
- **Linguagem** – tipo especial de símbolo, dá significado às coisas através do uso de palavras. É responsável por integrar o ser humano à sociedade por meio da interação, criando uma interdependência entre homem e sociedade, já que há uma interferência mútua entre ambos (DUPAS, OLIVEIRA & COSTA, 1997, p. 222).
- **Sociedade** – processo dinâmico no qual a interação entre os indivíduos define e altera “a direção dos atos uns dos outros”. Podem ser entendidos como sociedade grupos e organizações nas quais os indivíduos agem cooperativamente. A partir disso, cria-se a cultura,

dando continuidade à interação simbólica ao longo do tempo ao guiar a ação dos atores sociais (DUPAS, OLIVEIRA & COSTA, 1997, p. 224).

Através do Interacionismo Simbólico, a sociedade é “constituída de indivíduos que interagem uns com os outros”. É essa interação que faz surgir o significado de determinada coisa ou de determinado ato ou ainda, como denominado pelos interacionistas, de determinado símbolo. Da interação humana emerge a autointeração que, por sua vez, resulta na ação humana. Assim, o conceito central do Interacionismo Simbólico é o significado das ações individuais e coletivas, sendo utilizada com sucesso pela Enfermagem (LOPES & JORGE, 2005, p. 104; CARVALHO et al., 2007, p.119).

Assim, segundo Carvalho e outros (2007, p. 120), a pessoa é o agente da ação, o que é resultado de um processo interpretativo, de maneira que o centro regulador da vida social é a identificação da atividade humana. A partir disso, o Interacionismo Simbólico possibilita a “observação do comportamento humano”, a fim de “desvelar a ação e apreender o significado do cotidiano no qual os indivíduos interagem” (MATTOS, 2001 apud CARVALHO et al, 2007, p. 120). Dupas, Oliveira e Costa (1997, p. 219-220) relatam que o Interacionismo Simbólico interfere na atuação da Enfermagem por enxergar o homem como um “organismo atuante”, que possui sua própria visão de mundo, modificando-a através das interações sociais, não sendo, portanto, um receptor passivo.

Essa possibilidade fundamenta diversas concepções teórico-metodológicas, dentre elas a *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), da qual serão utilizados elementos para guiar a coleta, tratamento e análise dos dados qualitativos, conforme apresentado a seguir.

3.2 Referencial metodológico

Esta pesquisa utilizou elementos da *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), método desenvolvido pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss (GLASER & STRAUSS, 1967; GLASER, 1978, 1992; STRAUSS, 1987 apud STRAUSS & CORBIN, 2008, p. 22). Tem como principal

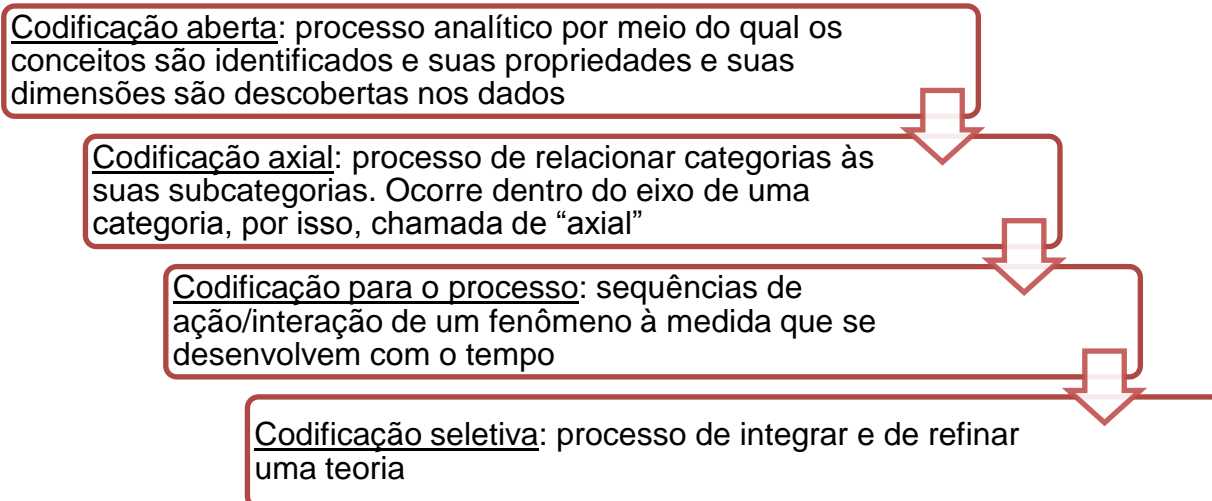
característica fundamental conceitos em dados, através de um processo de pesquisa na qual “coleta de dados, análise e eventual teoria mantêm uma relação próxima entre si” (STRAUSS & CORBIN, 2008, p. 25).

Segundo Charmaz (2005, p. 507), o termo “*Grounded Theory*” é referente tanto ao método de pesquisa quanto ao produto da mesma, sendo utilizado, ainda, para designar um método específico de análise de dados, como no caso deste trabalho. Isso porque, a *Grounded Theory* fornece ferramentas para o processo de análise, encorajando os pesquisadores a se aproximar do objeto de estudo para mostrar suas relações processuais e não apenas sintetizar e interpretar os dados, podendo, assim, construir conceitos teóricos (CHARMAZ, 2005, p. 507-508).

A Teoria Fundamentada nos Dados permite ao pesquisador conhecer a percepção ou o significado que determinada situação ou objeto tem para o outro. A partir de processos que ocorrem na cena social torna-se possível explicar o fenômeno através de uma série de hipóteses e de abordagens indutivas e dedutivas (CASSIANI, CALIRI & PELÁ, 1996, p. 76-78). Para isso, Strauss e Corbin (2008, p. 53) afirmam que o pesquisador precisa manter um equilíbrio entre a objetividade e a sensibilidade, pois a objetividade possibilita uma interpretação imparcial e acurada dos fatos, enquanto “a sensibilidade é exigida para perceber as nuances sutis e os significados dos dados e para reconhecer as conexões entre conceitos”. Portanto, devido a esse equilíbrio mister entre objetividade - predominante na seção quantitativa - e sensibilidade - predominante na seção qualitativa - a “*Grounded Theory*” ou Teoria Fundamentada nos Dados é o método que contém orientação teórica e elementos fundamentais ao desenvolvimento operacional e analítico para o estudo em tela.

Para melhor compreensão, destacamos os principais elementos da *Grounded Theory* utilizados nesta pesquisa, segundo Strauss e Corbin (2008, p.103-121):

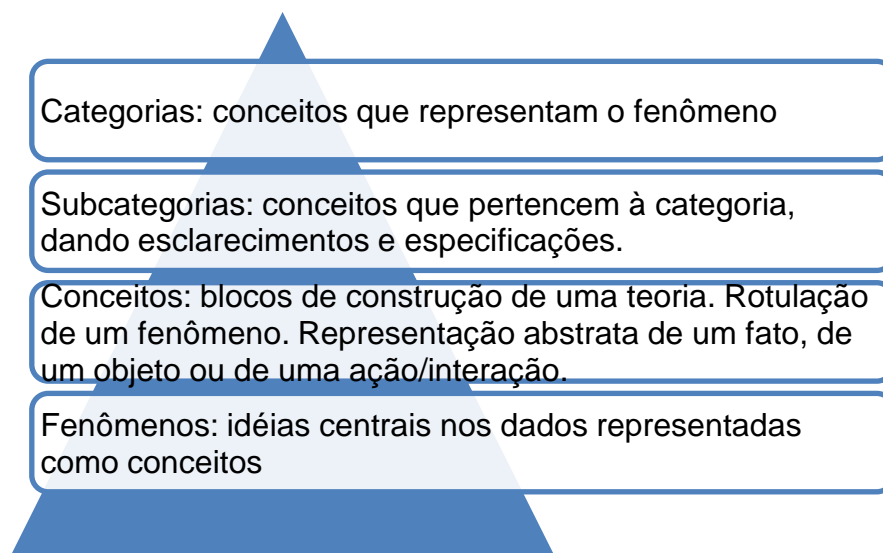
Figura 03: Ferramentas analíticas da *Grounded Theory*



Fonte das informações apresentadas na figura: STRAUSS & CORBIN, 2008, p.103-121.

Essas ferramentas analíticas ajudam os pesquisadores a apurarem os dados através de movimentos de aproximação e afastamento dos mesmos. Através dessas técnicas, os analistas podem melhor reconhecer as propriedades que emergem dos dados, gerando:

Figura 04: Elementos gerados a partir dos dados pela *Grounded Theory*



Fonte das informações apresentadas na figura: STRAUSS & CORBIN, 2008, p.103-121.

Outras ferramentas analíticas utilizadas nessa pesquisa foram os memorandos (registros do pesquisador sobre análises, pensamentos, interpretações, questões e direções para coleta adicional) e o diário de campo.

3.3 Desenho da pesquisa

Trata-se de um estudo com abordagem mista (quantitativa e qualitativa). Para isso, após autorização institucional (APÊNDICE 01), aprovação da pesquisa em tela e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 02) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis (Protocolo nº 108/2010) foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: (i) consulta documental aos prontuários e (ii) entrevista (APÊNDICE 04) com duas seções – a primeira com perguntas estruturadas e a segunda com perguntas semiestruturadas. Assim, a abordagem quantitativa inclui a coleta e a análise dos dados demográficos e epidemiológicos, cujo desenho é corte temporal, e também uma seção estruturada da entrevista aos sujeitos. A abordagem qualitativa é realizada através da seção semiestruturada da mesma entrevista.

Como apoio as duas técnicas e à luz do método “*Grounded Theory*” ou Teoria Fundamentada nos Dados - do qual aplicamos seus elementos - também foram utilizados como fonte de dados o diário de campo e os memorandos (memos) da equipe de pesquisa, instrumentos que permitem ao pesquisador registrar decisões metodológicas e insights, respectivamente.

A consulta documental foi realizada em base de dados oficiais do Ministério da Saúde, o DATASUS, documentos institucionais do hospital / unidade-cenário e prontuários dos clientes que concordarem em participar do estudo. A consulta ao DATASUS foi realizada no início, no momento anterior ao exame de qualificação e será realizada novamente no final da pesquisa, a fim de manter os dados atualizados. A consulta aos documentos institucionais está sendo realizada entre os meses dezembro de 2010 a novembro de 2011.

Após aprovação pelo CEP, realizamos duas entrevistas que serviram de teste piloto em janeiro de 2011, no qual detectamos que algumas perguntas deveriam ser parafraseadas para o melhor entendimento das mesmas pelos entrevistados. Feitos esses ajustes, as entrevistas tiveram início em janeiro de 2011 com clientes idosos que aguardavam a consulta no ambulatório da Unidade de Cuidados Básicos (UCB) e no Programa de Assistência Integral a Pessoa Idosa (PAIPI), ambos do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e concordaram em participar do estudo. As entrevistas-piloto não fazem parte do banco de dados em análise no presente relatório parcial e a previsão de realização das entrevistas para compor o banco total de dados, com 60 entrevistas, estava prevista para novembro de 2011, mas foi realizada até agosto de 2011, através do roteiro com perguntas semiestruturadas e estruturadas, que abrange aspectos qualitativos e quantitativos, respectivamente, caracterizando uma entrevista híbrida.

Essa ordem entre as duas sessões está sendo adotada para evitar a maturação das respostas dos sujeitos, já que a sessão semiestruturada tem o objetivo de captar as informações e as crenças mais gerais sobre o tema e a sessão estruturada o de complementar essas respostas, a fim de assegurarmos que alguns tópicos não deixem de ser abordados pelos entrevistados por esquecimento. As duas sessões contemplam os domínios “A AIDS”, “transmissão da AIDS”, “práticas de risco para a AIDS”, “prevenção da AIDS”, “diagnóstico / tratamento da AIDS” e “importância dos saberes sobre a AIDS”.

Todo o material coletado será guardado por cinco anos após o término do Mestrado e destruído após esse período. Para melhor compreensão, a seguir apresentaremos de maneira mais detalhada como se dará a coleta, o tratamento e a análise dos dados.

3.3.1 Abordagem quantitativa

Como descrito anteriormente, utilizamos duas técnicas de coleta de dados de abordagem quantitativa, sendo a primeira a consulta documental a base de dados

oficial do Ministério da Saúde – DATASUS. Os dados obtidos através da mesma foram organizados em quadros e tabelas e tratados através de testes estatísticos de ordem descritiva ou simples. Também consultamos documentos institucionais, como prontuários, a fim de verificarmos o estado cognitivo e a idade dos entrevistados.

A segunda técnica utilizada foi a entrevista estruturada, também denominada estandardizada ou padronizada, que tem como premissa que "todas as respostas devem ser comparáveis com o mesmo conjunto de perguntas" (CASSIANI, CALIRI & PELÁ, 1996, p. 79). As perguntas dessa sessão foram divididas de acordo com os domínios citados anteriormente e serviram para confirmar e/ou complementar as respostas dos sujeitos obtidas na sessão qualitativa. Os dados obtidos foram organizados em tabelas e quadros e tratados através de testes estatísticos simples para facilitar a análise e a triangulação com os dados da sessão semiestruturada ou qualitativa.

3.3.2 Abordagem qualitativa

As perguntas dessa sessão - em conformidade com as recomendações de Cassiani, Caliri e Pelá (1996, p. 79) - têm o objetivo de elucidar detalhes através das informações e descrições das situações com as palavras dos próprios sujeitos da pesquisa.

A coleta de dados dessa sessão foi gravada em arquivo de áudio no formato MP3 por gravador digital, e seu conteúdo processado seguindo as recomendações de Alberti (1990, p.101-152), através das seguintes etapas: transcrição, conferência de fidelidade, copidesque e leitura final, como descritas a seguir:

Também em observação às orientações de Alberti (1990, p.101-152), a transcrição foi a primeira versão escrita dos depoimentos e foi fiel ao depoimento gravado, e serviu de base para as demais etapas. Para isso, o transcritor ouviu um trecho da gravação para se acostumar com o ritmo da entrevista e o falar característico do entrevistado, podendo, dessa forma, identificar melhor as vozes do entrevistado e do entrevistador. Tudo o que foi dito foi reproduzido, sem cortes ou acréscimos. Marcações como interrupção da gravação, ênfases, silêncio, risos e

sinais de emoção foram indicados na transcrição. Foi seguida a recomendação de identificar as entrevistas por um cabeçalho com o número da entrevista e sua data.

A conferência de fidelidade consistiu em assegurar que foi reproduzido aquilo que realmente foi dito durante as entrevistas e constituiu o primeiro momento da avaliação de fidedignidade do documento. Dessa forma a gravação foi ouvida simultaneamente à leitura da transcrição, corrigindo possíveis erros, omissões e acréscimos indevidos. A conferência de fidelidade foi facilitada ao ser utilizado o mecanismo de anotações durante a entrevista. Neste trabalho foram utilizados, como descrito anteriormente, diário de campo e os memos.

O copidesque teve como objetivo adequar o documento para a atividade de leitura, corrigindo possíveis erros gramaticais e adequando a linguagem escrita ao discurso oral através da pontuação correta. Foi importante que se preservasse as características da linguagem falada, permitindo repetição de palavras, frases inconclusas, expressões informais e mantendo a ordem das falas. Em conformidade com Alberti (1990, p.101-152), assim como na conferência de fidelidade, a pessoa encarregada de realizar o copidesque ouviu a entrevista enquanto fazia as devidas correções, guiando a pontuação do texto pela entonação do discurso, além de fazer supressões de repetições que tornassem o texto inteligível à primeira leitura, supressões de titubeações e de cacoetes, entre outros e pequenos acréscimos. Assim, o copidesque também foi um mecanismo que confere fidedignidade ao texto transcrito.

A leitura final foi a última avaliação de fidedignidade, permitindo que possíveis dúvidas entre a conferência de fidelidade e o copidesque fossem esclarecidas. Após essa etapa, o documento foi formatado e suas linhas numeradas conforme preconizado pela *Grounded Theory*. Em seguida, teve início à análise, através de técnicas e procedimentos, tais como microanálise ou análise “linha por linha”, e as codificações aberta, axial e seletiva, de forma a formular e responder perguntas adequadamente e fazer comparações (STRAUSS & CORBIN, 2008, p. 66-161). Os dados quanti e qualitativos das entrevistas, registros em diário de campo e em memos serão triangulados, como indicado anteriormente.

3.4 Cenário do estudo

Após autorização institucional (APÊNDICE 01) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEAN/HESFA (APÊNDICE 04 - Protocolo nº 108/2010), o cenário onde a pesquisa foi realizada são unidades ambulatoriais do HESFA.

O HESFA foi fundado em 1876 para servir de hospedaria para mendigos, sendo então chamado de Asilo da Mendicidade. Em 1896 passou a se chamar Asilo São Francisco de Assis e em 1922 finalmente recebeu o nome de Hospital Escola São Francisco de Assis através do mesmo decreto que criou a EEAN. Em 1937 o HESFA foi incorporado ao patrimônio da União e então transferido à UFRJ. Devido ao estilo neoclássico de seu conjunto arquitetônico, em 1983 foi tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico Artístico Nacional (IPHAN) (HESFA, 2011).

Como a inauguração do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), em 1978, na Ilha do Fundão, o HESFA foi fechado, sendo reaberto em 1988 pela EEAN, com apoio da reitoria da UFRJ, a fim de atender os idosos que residiam na Clínica Santa Genoveva de Santa Tereza, que foi destruída pelas fortes chuvas que castigaram o Rio de Janeiro naquele ano (DA SILVA, 1995, p. 39-41). Nos primeiros dez anos o HESFA prestou atendimento em nível de internação a pacientes crônicos, até que, em 1998 as atividades hospitalares foram concentradas nas ações de atenção primária e secundária de saúde (HESFA, 2011).

Assim, as principais atividades do HESFA ficaram distribuídas em atividades assistenciais e projetos acadêmicos especiais através dos serviços listados a seguir: Ambulatório de Atenção Básica de Saúde / Unidade de Cuidados Básicos (UCB); Unidade de Reabilitação (UR); Centro de Testagem Anônima (CTA); Serviço de Ambulatório Especializado de pacientes HIV/AIDS (SAE); Programa de Assistência Integrado ao Paciente Idoso (PAIPI); CEPRAL – Atenção aos pacientes com Problemas Relacionados ao Álcool e outras Drogas; Projeto Praça Onze – pesquisa terapêutica com pacientes com HIV/AIDS (HESFA, 2011).

Atualmente, além das atividades citadas, o HESFA conta com curso de pós-graduação modalidade residência multiprofissional em saúde da família e comunidade e passa por obra de restauração.

O HESFA foi escolhido como cenário desta pesquisa por valorizar as novas políticas de Educação em Saúde, com maior ênfase na Prevenção e na Promoção de Saúde, através de ações e estratégias de cuidados primários e secundários. E, além disso, por sua herança histórica no atendimento aos idosos.

3.5 Participantes

Pessoas idosas com idade igual ou superior a sessenta anos completos, usuários das unidades e serviços ambulatoriais do HESFA, da UFRJ.

Foram entrevistados 30 clientes que aguardavam na sala de espera da Unidade de Cuidados Básicos (UCB) as consultas nas especialidades clínica médica e cardiologia e 30 usuários do Programa de Atenção Integral à Pessoa Idosa (PAIPI).

3.5.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos clientes do HESFA de idade igual ou superior a 60 anos que aceitaram participar do estudo, que se autoidentificaram como cognitivamente preservados e sem registro em seus prontuários de diagnóstico clínico de algum tipo de demência ou depressão severa.

3.5.2 Tamanho da Amostra

O tamanho previsto para a amostra poderia variar de vinte (vinte) a 100 (cem) pessoas idosas de acordo com as características da população ambulatorial do hospital-cenário, o HESFA / UFRJ, sendo que a meta mínima era de 60 (sessenta) pessoas, independente da saturação, para atender aos aspectos quantitativos dos seis domínios do protocolo da pesquisa. O cálculo realizado para definir a amostra foi de 10 vezes o número de domínios, isto é $10 \times 6 = 60$. (HAIR, 1998, p. 745; CRESWELL, 2003, p. 156-162). Com base neste cálculo, atingimos a meta, entrevistando 60 idosos, 30 da UCB e 30 do PAIPI.

3.6 Coleta de Dados - Entrevista

Como indicado anteriormente, as entrevistas foram realizadas na UCB e no PAIPI, duas unidades do HESFA, que concentram o maior número de idosos atendidos naquela unidade de saúde.

As coordenadoras de ambos os setores, gentilmente disponibilizaram uma sala / consultório com porta localizada no hall da sala de espera e no salão, respectivamente. Dessa forma, os entrevistados sentiram-se mais seguros para dispensar seu tempo, confiantes de que não perderiam suas consultas e/ou atividades.

Para selecionar os idosos que foram convidados para a entrevista, foi realizada leitura dos prontuários dos clientes atendidos naquele turno, a fim de verificar quais atenderam aos critérios de inclusão. Em seguida, cada cliente recebeu convite verbal individual para participar da pesquisa.

Durante a realização do teste piloto a pesquisadora percebeu que, como não teria a oportunidade de conversar com o idoso entrevistado em outro momento, era sua obrigação ética discutir com cada participante - ao término de seu depoimento - as respostas fornecidas por ele. Isso porque, a primeira idosa a responder as perguntas pediu à pesquisadora que dissesse quais respostas estavam certas e explicasse os pontos nos quais ela tinha dúvida.

Assim, essa discussão passou a ser feita com todos os entrevistados, a fim de que os mesmos pudessem refletir sobre seus saberes sobre a AIDS. Para tanto, logo ao término de cada entrevista, foi perguntado a cada participante sobre seu desejo de conceder mais alguns minutos para que conversássemos sobre suas respostas. Após o aceite, foi realizada uma breve explicação sobre a AIDS e respondidas as dúvidas que surgiram. Ao final, solicitei que o participante não comentasse as questões abordadas na entrevista e/ou na discussão com os outros usuários do hospital a fim de não comprometer a fidelidade das próximas entrevistas.

Embora cada entrevista tenha durado aproximadamente uma (01) hora, incluindo a explicação de suas etapas, a entrevista em si e a subsequente discussão sobre as respostas, todos os idosos agradeceram o convite para participar do estudo

e a oportunidade de discutir o assunto, o que foi elogiado por ter sido a primeira vez que alguém conversara sobre AIDS com eles. As discussões não foram incluídas nos dados, mas alguns comentários foram registrados no diário de campo, como preconiza a metodologia utilizada neste estudo.

3.7 Aspectos Éticos

Após autorização institucional pela Divisão de Desenvolvimento Acadêmico-Científico e pela direção do HESFA, submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) EEAN/HESFA, da UFRJ, convidamos pessoas idosas para participação no estudo. A inclusão dos sujeitos foi condicionada à assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantido o anonimato dos sujeitos em todas as etapas da pesquisa de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) / Ministério da Saúde (MS) (APÊNDICE 02), sobre Pesquisa com Seres Humanos. No caso de pessoas idosas analfabetas e/ou analfabetas funcionais, gravamos em dispositivo MP3: (i) a leitura e explicação do TCLE em voz alta (ALMEIDA, 2008, p. 13-14) e (ii) o aceite em participar do estudo. Uma cópia impressa também foi fornecida aos participantes analfabetos e/ou analfabetos funcionais que concordaram em colaborar com o estudo. Esse material será guardado pelo período de cinco anos e depois destruído, assim como as entrevistas.

O TCLE foi impresso em duas folhas, com fonte maior, número 14, a fim de que a letra esteja em tamanho legível para os sujeitos da pesquisa, tendo em vista uma possível diminuição da acuidade visual dos idosos a serem entrevistados. Ambas as folhas foram rubricadas pela autora principal e contendo o telefone do CEP. Em atenção ao compromisso de saúde dos clientes, as entrevistas foram realizadas no consultório com porta para o hall da sala de espera, na UCB e do salão principal, no PAIPI, a fim de que nenhum idoso perdesse sua consulta ou atividade agendada.

3.8 Cronograma

A pesquisa foi realizada nos anos de 2010 e 2011, com detalhamento de fases e atividades conforme previsto no cronograma (APÊNDICE 05).

3.9 Financiamento da Pesquisa

A pesquisa foi financiada pela própria aluna pesquisadora e pela bolsa de pesquisa fornecida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por intermédio da Coordenação Geral de Pós Graduação e Pesquisa da EEAN/CCS/UFRJ. A instituição e os clientes não tiveram ônus e não receberam benefícios financeiros durante / por sua participação no estudo.

*“Quando tudo está perdido sempre existe um caminho
Quando tudo está perdido sempre existe uma luz
Mas não me diga isso
Hoje a tristeza não é passageira.
Hoje fiquei com febre a tarde inteira
E quando chegar a noite
Cada estrela aparecerá uma lágrima
(...)
Eu nem sei porque me sinto assim
Vem de repente um anjo triste perto de mim
E essa febre que não passa
E meu sorriso sem graça
Não me dê atenção
E obrigado por pensar em mim.”*

Renato Russo / Legião Urbana

CAPÍTULO IV: DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

4.1. Seção quantitativa: consulta documental

De forma pontual, a seguir apresentamos quadros, inicialmente, com dados que nos facilitam a compreensão da realidade atual da população idosa em relação à população geral no Brasil.

Quadro 05 – Relação entre a população geral e a população idosa, por ano, no Brasil

Ano	População Geral	População Idosa
2000	169.799.170	14.536.029
2001	172.385.776	14.721.832
2002	174.632.932	14.887.348
2003	176.876.251	15.050.492
2004	179.108.134	15.212.532
2005	184.184.074	15.581.260
2006	186.770.613	15.769.169
2007	189.335.191	18.204.829
2008	189.612.814	18.761.039
2009	191.481.045	19.428.086
2010	190.755.799	20.590.599

Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>)

De acordo com o quadro 01, podemos observar que a população brasileira teve um aumento de 20.956.629 pessoas entre os anos 2000 e 2010. Dessas, 6.054.570 pessoas têm acima de 60 anos de idade, correspondendo a 28,89% do crescimento total da população no período citado.

Uma análise mais detalhada nos mostra que, enquanto a população geral cresceu 12,34% no período citado, a população de idosos aumentou 41,65%.

Quadro 06 – Relação entre a população geral e a população idosa, por ano, na região Sudeste

Ano	População Geral	População Idosa
2000	72.412.411	6.732.888
2001	73.470.738	6.818.767
2002	74.447.443	6.900.176
2003	75.392.023	6.977.851
2004	76.333.625	7.055.332
2005	78.472.036	7.231.136
2006	79.561.023	7.320.634
2007	80.641.101	8.565.057
2008	80.187.717	8.778.014
2009	80.915.637	9.110.009
2010	80.364.410	9.527.354

Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>)

O quadro acima indica um aumento de 7.951.999 pessoas na região Sudeste. Desse total, 2.794.466 (35,14%) são de idosos. Enquanto a população cresceu 10,98%, a população de pessoas com mais de 60 anos cresceu 41,50%.

Quadro 07 – Relação entre a população geral e a população idosa, por ano, no estado do Rio de Janeiro

Ano	População Geral	População Idosa
2000	14.391.282	1.540.754
2001	14.558.561	1.556.916
2002	14.724.479	1.572.950
2003	14.879.144	1.587.908
2004	15.033.317	1.602.807
2005	15.383.422	1.636.638
2006	15.561.720	1.653.841
2007	15.738.536	1.883.417
2008	15.872.362	1.947.003
2009	16.010.386	2.017.929
2010	15.989.929	2.080.608

Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def>)

Segundo o quadro acima, entre os anos 2000 e 2010, a população fluminense cresceu 1.598.647 (11,11%) e o número de pessoas idosas aumentou 539.854 (35,04%). Este último representa 33,77% do crescimento da população geral.

Quadro 08 – Relação entre a população geral e a população idosa, por ano, no município do Rio de Janeiro

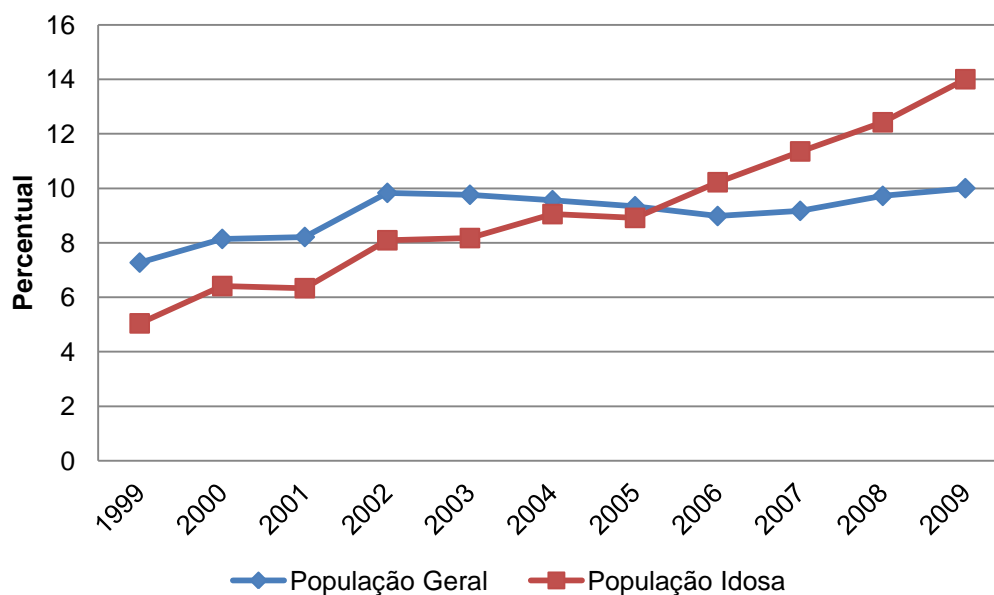
Ano	População Geral	População Idosa
2000	5.857.904	751.637
2001	5.897.487	756.716
2002	5.937.251	761.819
2003	5.974.082	766.544
2004	6.010.814	771.257
2005	6.094.182	781.954
2006	6.136.656	787.404
2007	6.178.762	868.137
2008	6.161.047	885.186
2009	6.186.713	910.250
2010	6.320.446	940.851

Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popbr.def>)

No período que compreende 2000 e 2010 a população do município do Rio de Janeiro teve um aumento de 462.542 (7,90%) e de 189.214 (25,17%) na população geral e na população idosa, respectivamente. O crescimento da população de idosos correspondeu a 40,91% do crescimento total.

Os quadros até aqui apresentados mostram que o crescimento da população idosa é maior que o triplo do crescimento da população geral. Segundo o Ministério da Saúde, tal fato é consequência da “mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida” e é influenciado por “processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia” (BRASIL, 2006b, p. 08).

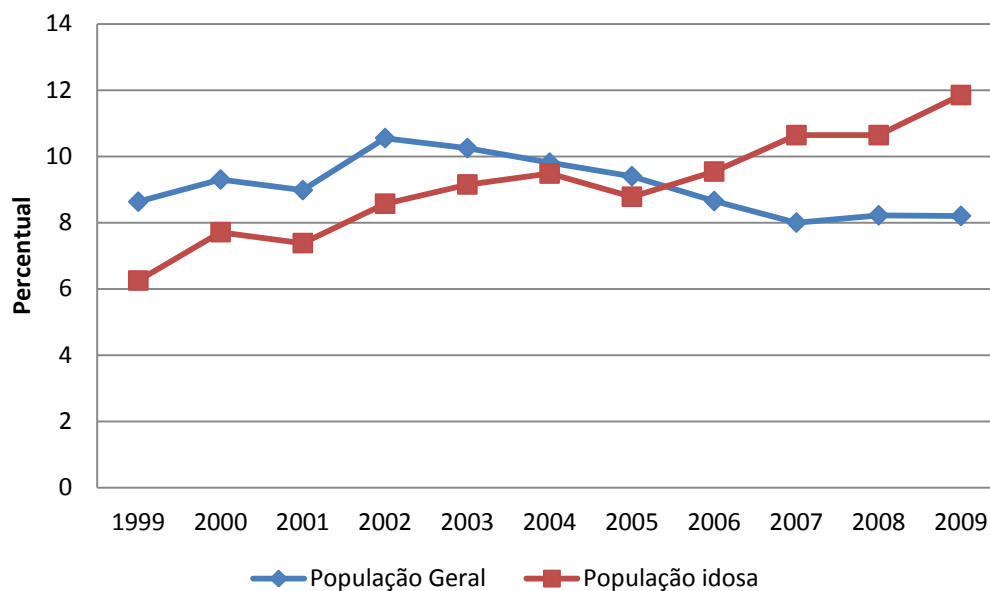
Gráfico 03 – Percentual dos casos de AIDS diagnosticados, por ano, no Brasil



Fonte: DATASUS (<http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>)

De acordo com o gráfico 03 e com a tabela 03 (APÊNDICE 07), notamos que em 1999 foram diagnosticados 7,27% dos 385.484 novos casos de AIDS entre o ano citado e 2009, quando foram diagnosticados 10,00% dos mesmos. No mesmo período, os diagnósticos de AIDS entre a população idosa passaram de 6,41% para 14,00% do total de casos.

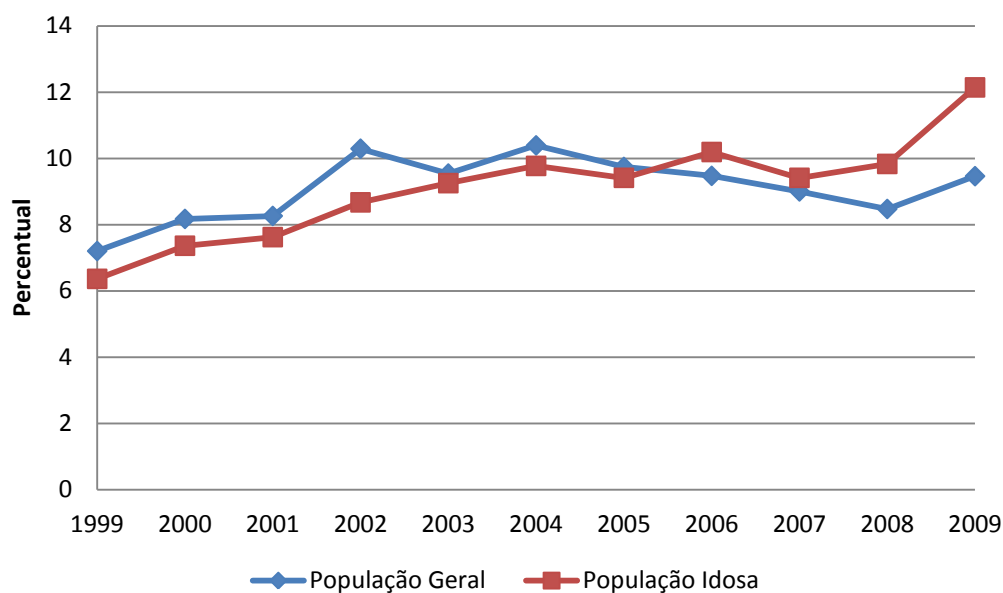
Gráfico 04 – Percentual dos casos de AIDS diagnosticados, por ano, na região Sudeste



Fonte: DATASUS (<http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>)

De acordo com o gráfico 04 e com a tabela 04 (APÊNDICE 08) percebemos que, os diagnósticos de AIDS na região Sudeste mantiveram-se relativamente constantes, apresentando maior índice no ano 2002 e uma queda a partir do mesmo ano, chegando a 8,20% em 2009. Já entre a população idosa notamos um crescimento gradativo no número de casos diagnosticados, que era 6,25 em 1999 passando para 11,85 em 2009.

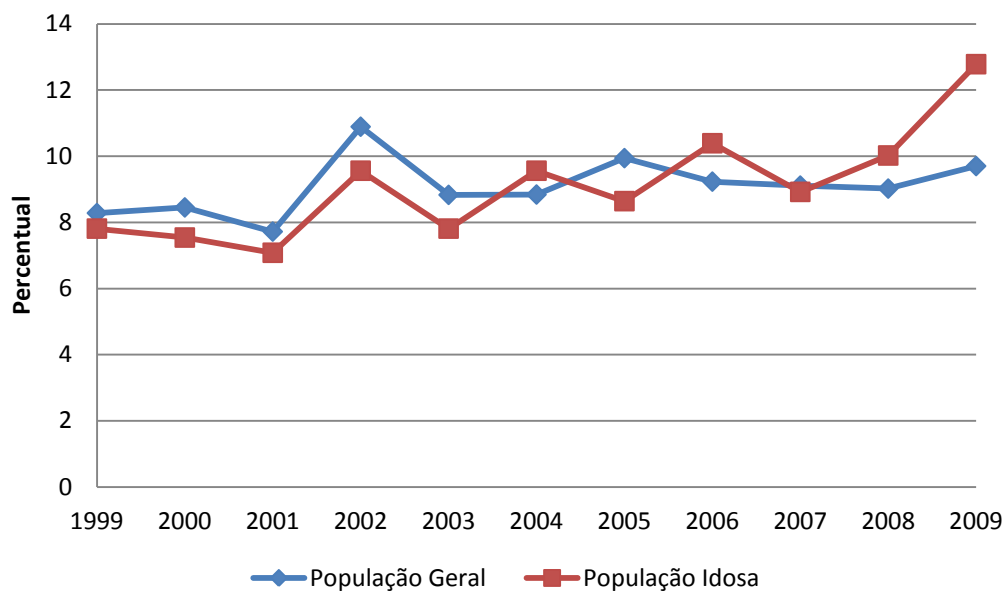
Gráfico 05 – Percentual dos casos de AIDS diagnosticados, por ano, no estado do Rio de Janeiro



Fonte: DATASUS (<http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>)

De acordo com o gráfico 05 e com a tabela 05 (APÊNDICE 09), o número de casos de AIDS diagnosticados na população geral entre os anos 1999 e 2009 tiveram uma pequena variação, enquanto que os dados referentes à população idosa no mesmo período revelaram aumento mais acentuado, passando de 7,36% para 12,14% do total de casos diagnosticados no período.

Gráfico 06 – Percentual dos casos de AIDS diagnosticados, por ano, no município do Rio de Janeiro



Fonte: DATASUS (<http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>)

O gráfico 06 e a tabela 06 (APÊNDICE 10) indicam que de 1999 a 2009, 2002 foi o ano em que foram realizados mais diagnósticos de AIDS na população geral, mantendo-se relativamente constante. Já na população idosa, os casos diagnosticados continuam aumentando, chegando a 12,78% em 2009.

De acordo com os gráficos apresentados, podemos perceber que o número percentual de novos casos de AIDS diagnosticados teve um aumento mais significativo entre os indivíduos com mais de 60 anos do que na população geral, na qual se incluem todas as faixas etárias.

Quadro 09 - Taxa de incidência de AIDS (casos por 100.000 habitantes) por ano, no Brasil

Ano	População Geral	População Idosa
1998	18,74	4,93
1999	16,92	4,54
2000	17,82	4,77
2001	18,17	4,92
2002	21,45	6,12
2003	20,98	6,03
2004	20,04	6,31
2005	19,29	6,04
2006	18,14	7,78
2007	17,91	6,94
2008	18,18	7,04

Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/d0201.def>)

Em 1991, a taxa de incidência de AIDS em idosos era de 1,48 (BRASIL, 2007a). De acordo com o quadro 09, em 1998, passou para 4,93 aumentando para 7,04 em 2008, indicando que, em dezoito anos, a taxa de incidência de AIDS na terceira idade quadruplicou.

Quadro 10 - Taxa de incidência de AIDS (casos por 100.000 habitantes) por ano, na região Sudeste

Ano	População Geral	População Idosa
1998	28,00	7,13
1999	24,62	6,66
2000	24,61	6,67
2001	24,35	6,81
2002	28,27	7,73
2003	27,14	8,07
2004	25,31	8,87
2005	23,85	7,16
2006	21,49	7,17
2007	19,18	7,60
2008	19,21	7,14

Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/d0201.def>)

Segundo o quadro 10, a incidência de AIDS na população geral e na população idosa mantiveram-se relativamente constantes, apresentando, desde 2002 uma queda.

Quadro 11 - Taxa de incidência de AIDS (casos por 100.000 habitantes) por ano, no estado do Rio de Janeiro

Ano	População Geral	População Idosa
1998	30,42	10,55
1999	26,51	8,71
2000	28,67	8,89
2001	28,92	9,10
2002	36,22	10,76
2003	33,16	10,77
2004	35,34	10,78
2005	32,80	10,53
2006	30,81	10,11
2007	28,88	9,67
2008	26,27	8,99

Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/d0201.def>)

O quadro 11 indica as taxas de incidência de AIDS passaram de 30,42 e 10,55 em 1998 para 26,27 e 8,99 em 2007, nas populações geral e idosa, respectivamente.

Quadro 12 - Taxa de incidência de AIDS (casos por 100.000 habitantes) por ano, no município do Rio de Janeiro

Ano	População Geral	População Idosa
1998	45,59	14,35
1999	38,45	12,25
2000	37,06	10,51
2001	34,13	9,66
2002	49,18	14,10
2003	39,52	10,84
2004	44,09	12,66
2005	38,54	11,47
2006	38,67	12,19
2007	36,40	10,25
2008	36,32	10,62

Fonte: DATASUS (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/d0201.def>)

A incidência de AIDS no município do Rio de Janeiro, tanto na população geral como na população idosa nos anos entre 1998 e 2008 mostrou-se irregular, variando durante todo o período. Na população geral a taxa de incidência de AIDS era de 45,59 em 1998 e passou para 36,32 em 2008. Na população idosa esse índice era de 14,35 em 1998 e passou para 10,62 em 2008. Esses valores podem ser justificados pela tendência de interiorização da doença,

Com base nos dados quantitativos acima expostos de forma sintética, podemos destacar como considerações sobre os quatro primeiros quadros, referentes ao crescimento demográfico: que apesar de a porcentagem que representa o crescimento da população idosa ter sido menor no município do Rio de Janeiro do que nos demais níveis, a porcentagem referente ao crescimento dos idosos em relação ao crescimento da população geral em nível micro ou local, foi maior do que no estado do Rio de Janeiro, na região Sudeste e no Brasil.

Os gráficos 03, 04, 05 e 06, que trazem os percentuais dos números de casos de AIDS diagnosticados ressaltam o processo de envelhecimento da epidemia, uma vez que os diagnósticos na população idosa continuam aumentando de maneira vertiginosa.

Finalmente, os quadros 09, 10, 11 e 12, que apresentam as taxas de incidência de AIDS nos mostram um crescimento acentuado desse índice entre os idosos no Brasil, enquanto que, na região Sudeste, no estado do Rio de Janeiro e no município do Rio de Janeiro podemos notar uma queda na taxa de incidência da AIDS. Isso pode ser explicado tanto pelo processo de interiorização da epidemia como também, pelo fato de a população idosa relativa ter aumentado mais no nível micro que no nível macro em relação às localidades por nós destacadas. Dessa forma, o aumento acentuado da população idosa no Rio de Janeiro teria como consequência a diluição dos casos diagnosticados de AIDS referentes a esse grupo, que, apesar de também estar aumentando, felizmente não segue a mesma velocidade.

4.2 Seção quantitativa: entrevista estruturada

Os dados a seguir referem-se à seção quantitativa da entrevista, que, apesar de apresentada antes da sessão qualitativa, foi realizada no segundo momento da entrevista a fim de evitar a maturação das respostas dos idosos. Foram realizadas 60 entrevistas, 30 na UCB e 30 no PAIPI. Esses dados foram distribuídos em duas tabelas - perfil dos idosos entrevistados e saberes quantificados dos idosos entrevistados em tabelas e em gráficos.

É importante ressaltar que nos itens religião, local de residência e atividade em grupo foram incluídas as respostas da maneira que os idosos apontaram, não tendo sido as mesmas pré-definidas como distinções a serem - obrigatoriamente - feitas no instrumento de coleta de dados.

Tabela 01: Perfil dos idosos entrevistados

	UCB		PAIPI		Total	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Sexo						
Feminino	19	63,33	28	93,33	47	78,33
Masculino	11	36,67	02	6,67	13	21,67
Idade						
60-64	13	43,33	05	16,67	18	30,00
65-69	07	23,33	01	3,33	08	13,33
70-74	07	23,33	08	26,67	15	25,00
75-79	02	6,67	07	23,33	09	15,00
80-84	01	3,33	07	23,33	08	13,33
85-90	0	0,00	02	6,67	02	3,33
Situação Conjugal						
Viúvo	11	36,67	13	43,33	24	40,00
Casado	15	50,00	08	26,67	23	38,33
Divorciado	02	6,67	0	0	02	3,33
Solteiro	02	6,67	09	30,00	11	18,33
Religião						
Católica	22	73,33	19	63,33	41	68,33
Evangélica	05	16,67	08	26,67	13	21,67
Não tem	01	3,33	02	6,67	03	5,00
Ateu	01	3,33	0	0	01	1,67
Espírita Kardecista	01	3,33	0	0	01	1,67

	UCB		PAIPI		Total	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Cristão Esotérico	0	0	01	3,33	01	1,67
Anos de escolaridade						
0	01	3,33	05	16,67	06	10,00
01-04	06	20,00	07	23,33	13	21,67
05-09	21	70,00	14	46,67	35	29,33
10-12	02	6,67	04	13,33	06	10,00
Profissão / Ocupação						
Aposentado	17	56,67	27	90,00	44	73,33
Pensionista	06	20,00	02	6,67	08	13,33
Outros	07	23,33	01	3,33	08	13,33
Local de residência						
Rio de Janeiro	19	63,33	29	96,67	48	80,00
São João de Meriti	04	13,33	0	0	04	6,67
Nova Iguaçu	02	6,67	01	3,33	03	5,00
São Gonçalo	03	10,00	0	0	03	5,00
Duque de Caxias	01	3,33	0	0	01	1,67
Araruama	01	3,33	0	0	01	1,67
Renda						
<1	03	10,00	01	3,33	04	6,67
≥1<2	07	23,33	09	30,00	16	26,67
≥2<3	11	36,67	12	40,00	23	38,33
≥3<4	04	13,33	05	16,67	09	15,00
≥4<5	02	6,67	0	0	02	3,33
≥5	03	10,00	03	10,00	06	10,00
Atividade em grupo						
PAIPI	0	0	30	100,00	30	50,00
Nenhuma	22	73,33	0	0	22	36,67
Atividade física	03	10,00	0	0	03	5,00
Igreja	02	6,67	0	0	02	3,33
Grupo de convivência	02	6,67	0	0	02	3,33
Partido político	01	3,33	0	0	01	1,67
Total	30	100,00	30	100,00	60	100,00

Fonte: FERNANDES, 2011. Elaboração própria a partir da dissertação em tela

A tabela 01 indica que 63,33% dos idosos entrevistados na UCB são do sexo feminino. Já no PAIPI esse valor sobe para 93,33%. Enquanto na UCB 90% dos entrevistados têm de 60 a 74 anos, 73,33% dos entrevistados do PAIPI tem de 70 a 84 anos de idade. 50% dos entrevistados da UCB são casados, enquanto que no

PAIPI, 43,33% são viúvos, o que pode ser justificado pela idade mais avançada destes. Em ambas as unidades a maioria dos entrevistados é católica. 76,67% dos entrevistados da UCB têm pelo menos cinco (05) anos de escolaridade. Já no PAIPI esse valor cai para 60%, sendo que 16,67% dos entrevistados desta unidade nunca estudaram.

Na UCB, 63,33% dos entrevistados moram no município do Rio de Janeiro e 36,67% vem de outros municípios para a consulta. Já no PAIPI, por ser uma unidade cuja frequência é praticamente diária, 96,67% dos entrevistados residem no município do Rio de Janeiro. Na UCB, 50% dos entrevistados têm renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, já no PAIPI esse número sobe para 70%. Na UCB, 73,33% dos idosos não participam de quaisquer atividades em grupo. Como o PAIPI é considerado uma atividade em grupo, 100% dos entrevistados dessa unidade participam de atividade em grupo. Esse dado é importante pois as atividades em grupo podem ser oportunas para a realização de ações educativas em saúde, além da troca de informações entre os participantes, podendo interferir, portanto na construção dos saberes desses idosos.

De forma não proposital, foram entrevistados um idoso soropositivo para HIV, um idoso usuário de drogas e três idosos com Hepatite C, todos clientes da UCB. É importante ressaltar que questões sobre esses diagnósticos e dependência química não foram abordadas diretamente no instrumento de coleta de dados. Entretanto, foram compartilhadas espontaneamente pelos entrevistados.

Tabela 02: Saberes quantificados dos idosos entrevistados

Questão: síntese	UCB						PAIPI						Total					
	Verdadeiro		Falso		Não sei		Verdadeiro		Falso		Não sei		Verdadeiro		Falso		Não sei	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Domínio: Conceito																		
a.27: Pegar HIV e pegar AIDS é a mesma coisa	26	86,67	01	3,33	03	10,00	21	70,00	02	6,67	07	23,33	47	78,33	03	5,00	10	16,67
a.28: HIV é o vírus que causa a AIDS	26	86,67	0	0,00	04	13,33	23	76,67	01	3,33	06	20,00	49	81,67	01	1,67	10	16,67
b.29: Só homossexuais pegam AIDS	08	26,67	21	70,00	01	3,33	04	13,33	21	70,00	05	16,67	12	20,00	42	70,00	06	10,00
Domínio: Práticas de risco																		
b.30: Só pega AIDS se o homem ejacular	12	40,00	13	43,33	05	16,67	11	36,67	09	30,00	10	33,33	23	38,33	22	36,67	15	25,00
b.31: Idosos não correm risco de pegar AIDS	09	30,00	21	70,00	0	0,00	09	30,00	19	63,33	02	6,67	18	30,00	40	66,67	02	3,33
b.32: Idosos correm menos risco de pegar AIDS	21	70,00	09	30,00	0	0,00	17	56,67	11	36,67	02	6,67	38	63,33	20	33,33	02	3,33
b.33: Comp. de risco: compartilhar seringa e agulha	29	96,67	0	0,00	01	3,33	29	96,67	0	0,00	01	3,33	58	96,67	0	0,00	02	3,33
b.34: Comp. de risco: compartilhar canudinho pra cheirar cocaína	19	63,33	07	23,33	04	13,33	19	63,33	05	16,67	06	20,00	38	63,33	12	20,00	10	16,67
Domínio: Transmissão																		
c.35: HIV pode ser transmitido pelo toque	06	20,00	22	73,33	02	6,67	03	10,00	23	76,67	04	13,33	9	15,00	45	75,00	06	10,00
c.36: HIV pode ser transmitido pela relação sexual	30	100,00	0	0,00	0	0,00	27	90,00	0	0,00	03	10,00	57	95,00	0	0,00	03	5,00
c.37: HIV pode ser transmitido por copos, talheres, roupas e toalhas	10	33,33	19	63,33	01	3,33	11	36,67	16	53,33	03	10,00	21	35,00	35	58,33	04	6,67
c.38: HIV pode ser transmitido pelo suor	10	33,33	17	56,67	03	10,00	10	33,33	11	36,67	09	30,00	20	33,33	28	46,67	12	20,00
c.39: HIV pode ser transmitido pelo beijo	13	43,33	15	50,00	02	6,67	15	50,00	12	40,00	03	10,00	28	46,67	27	45,00	05	8,33
c.40: HIV pode ser transmitido pela transfusão de sangue	30	100,00	0	0,00	0	0,00	29	96,67	0	0,00	01	3,33	59	98,33	0	0,00	01	1,67
c.41: HIV pode ser transmitido por mosquito	19	63,33	08	26,67	03	10,00	15	50,00	10	33,33	05	16,67	34	56,67	18	30,00	08	13,33

Questão: síntese	UCB						PAIPI						Total					
	Verdadeiro		Falso		Não sei		Verdadeiro		Falso		Não sei		Verdadeiro		Falso		Não sei	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%	Fi	Fi%
c.42: HIV pode ser transmitido por objeto cortante	30	100,00	0	0,00	0	0,00	28	93,33	0	0,00	02	6,67	58	96,67	0	0,00	02	3,33
c.43: HIV pode ser transmitido da mãe p/o bebê na gravidez	27	90,00	01	3,33	02	6,67	20	66,67	05	16,67	05	16,67	47	78,33	06	10,00	07	11,67
c.44: HIV pode ser transmitido da mãe p/o bebê pela amamentação	18	60,00	10	33,33	02	6,67	16	53,33	04	13,33	10	33,33	34	56,67	14	23,33	12	20,00
Domínio: Prevenção																		
d.45: camisinha previne transmissão do HIV	24	80,00	05	16,67	01	3,33	24	80,00	03	10,00	03	10,00	48	80,00	08	13,33	04	6,67
d.46: Existe camisinha específica para mulheres	23	76,67	02	6,67	05	16,67	22	73,33	01	3,33	07	23,33	45	75,00	03	5,00	12	20,00
d.47: Sangue e hemoderivados são testados antes de transfusão	29	96,67	0	0,00	01	3,33	27	90,00	0	0,00	03	10,00	56	93,33	0	0,00	04	6,67
Domínio: Diagnóstico																		
e.48: HIV pode ser identificado por exame de sangue	27	90,00	01	3,33	02	6,67	26	86,67	01	3,33	03	10,00	53	88,33	02	3,33	05	8,33
e.49: Soropositivo é facilmente identificável pela aparência	19	63,33	10	33,33	01	3,33	17	56,67	10	33,33	03	10,00	36	60,00	20	33,33	04	6,67
Domínio: Prevenção e Tratamento																		
f.50: Só os jovens devem receber informações para prevenir AIDS	10	33,33	20	66,67	0	0,00	09	30,00	20	66,67	01	3,33	19	31,67	40	66,67	01	1,67
f.51: Idosos recebem informações suficientes para prevenir AIDS	21	70,00	09	30,00	0	0,00	20	66,67	08	26,67	02	6,67	41	68,33	17	28,33	02	3,33

Fonte: FERNANDES, 2011. Elaboração própria a partir da dissertação em tela.

Primeiramente, destacamos da tabela 02 que, ao contrário do que esperávamos, o percentual de respostas erradas dos usuários do PAIPI foi igual ou maior que as dos usuários da UCB na maioria das questões. Prevíamos, entretanto, que, participando de um programa assistencial que desenvolve atividades educativas, esses idosos teriam mais informações corretas que os demais. Assim, supomos que as ações educativas sobre AIDS no PAIPI têm sido desenvolvidas de forma pouco efetiva ou em quantidade insuficiente.

Tanto na UCB como no PAIPI, 70% dos entrevistados disseram ser falsa a questão b.29, que afirmava que só homossexuais pegam AIDS. Já na questão b.30, apenas 43,33% e 30% dos entrevistados da UCB e do PAIPI, respectivamente, afirmaram que é possível pegar AIDS mesmo se o homem não ejacular. Na questão b.32, 30% dos entrevistados na UCB e 36,67% no PAIPI disseram que os idosos correm menos risco de pegar AIDS.

Em relação à questão c.36, no PAIPI, 10% dos entrevistados disseram não saber se o HIV pode ser transmitido pela relação sexual. Enquanto na UCB 56,67% dos entrevistados afirmaram que o HIV não é transmitido pelo suor – questão c.38, no PAIPI, apenas 36,67% acertaram a questão, sendo que, 30% disseram não saber. Na questão c.41, apenas 26,67% dos entrevistados da UCB sabiam que o mosquito não transmite o HIV. No PAIPI esse número foi de 33,33%.

Destarte, 63,33% dos entrevistados na UCB e 56,67% no PAIPI informaram que é fácil identificar a pessoa portadora do vírus da AIDS pela aparência. Ademais, 33,33% na UCB e 30% dos participantes do PAIPI acreditam que só os jovens devem receber informações sobre como evitar a transmissão da AIDS.

Apesar dos dados alarmantes vistos anteriormente, 70% dos entrevistados na UCB e 66,67% dos entrevistados do PAIPI afirmaram que os idosos recebem informações suficientes para se protegerem da AIDS.

Ademais, observamos um alto percentual de respostas “não sei” dos entrevistados do PAIPI, o que pode indicar uma falta de interesse no assunto ou o desconhecimento de alguns dos aspectos relacionados ao tema.

85% dos entrevistados afirmaram que pegar HIV e pegar AIDS é a mesma coisa. No domínio “prática de risco”, 30% disseram que apenas os homossexuais

correm risco de pegar AIDS, 50% acham que durante a relação sexual, só há risco de pegar AIDS se o homem ejacular e 75% acreditam que os idosos correm menos risco de pegar AIDS. No domínio “transmissão”, 60 % afirmaram que o vírus da AIDS pode ser transmitido por mosquitos e 15% disseram não saber. No domínio “prevenção”, 25% não sabiam que existe uma camisinha específica para as mulheres usarem. No domínio “diagnóstico”, 65% acreditam ser fácil identificar as pessoas com AIDS pela aparência. No domínio “informação sobre AIDS”, 70% acham que os idosos recebem informações suficientes para se proteger da AIDS.

4.3 Seção qualitativa: entrevista semiestruturada

Os dados apresentados a seguir são referentes à seção semiestruturada do roteiro de entrevista. Responderam a esta seção 34 idosos, entretanto, uma entrevista foi descartada pela impossibilidade de transcrevermo-la, uma vez que a fala do entrevistado foi inaudível ou incompreensível. Interrompemos as entrevistas qualitativas quando nos certificamos de termos atingido a saturação teórica.

4.3.1 Códigos, Subcategorias e Categorias

A primeira etapa da análise à luz da *Grounded Theory* consiste em deixar emergir os códigos, processo chamado de codificação aberta. Assim, como descrito no capítulo referente à metodologia, após transcrever cada entrevista realizei a conferência de fidelidade e numerei todas as linhas. Em seguida iniciei a microanálise, que pode ser realizada linha por linha, mas também é aplicável a palavras, frases ou parágrafos (STRAUS & CORBIN, 2008, p. 65).

Dessa forma, através da rotulação dos fenômenos, emergiram dos dados 50 códigos livres, a saber: (i) características, (ii) o adoecer, (iii) sintomas, (iv) pega pelo sexo, (v) pega pelo sangue, (vi) pega pela saliva, (vii) pega pelo contato, (viii) pega por objetos, (ix) assim não pega, (x) camisinha, (xi) objetos, (xii) barreira física, (xiii) teste de AIDS, (xiv) por sintomas, (xv) pela aparência, (xvi) reação ao diagnóstico, (xvii) farmacológico, (xviii) não farmacológico, (xix) efeitos do

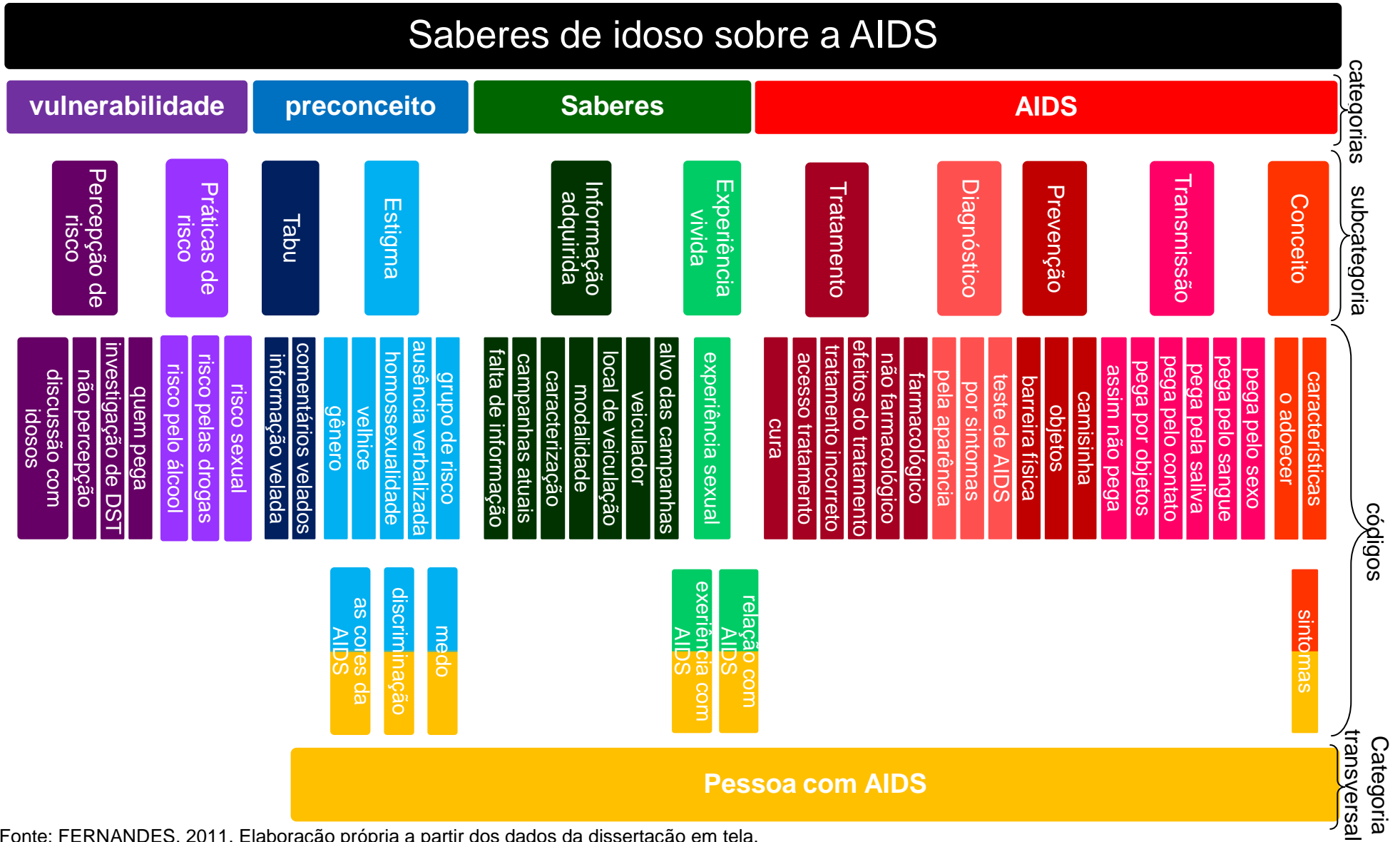
tratamento, (xx) tratamento incorreto, (xxi) acesso tratamento, (xxii) cura, (xxiii) relação com AIDS, (xxiv) experiência com AIDS, (xxv) experiência sexual, (xxvi) informação adquirida, (xxvii) alvo da informação, (xxviii) veiculador, (xxix) local de veiculação, (xxx) modalidade, (xxxi) caracterização, (xxxii) campanhas atuais, (xxxiii) falta de informação, (xxxiv) grupo de risco, (xxxv) ausência verbalizada, (xxxvi) homossexualidade, (xxxvii) velhice, (xxxviii) gênero, (xxxix) medo, (xl) discriminação, (xli) as cores da AIDS, (xlii) comentários velados, (xliii) informação velada, (xliv) risco sexual, (xlv) risco pelas drogas, (xlvi) risco pelo álcool, (xlvii) quem pega, (xlviii) investigação de DST, (xlix) não percepção, (l) discussão com idosos.

Os 50 códigos foram então agrupados nas nove (09) subcategorias listadas a seguir: (I) conceito de AIDS, (II) transmissão da AIDS, (III) prevenção da AIDS, (IV) diagnóstico da AIDS, (V) tratamento da AIDS, (VI) pessoa com AIDS, (VII) experiência vivida, (VIII) informação veiculada, (IX) estigma, (X) tabu, (XI) prática de risco, (XII) percepção de risco.

A partir dessas subcategorias surgiram quatro (04) categorias principais – AIDS, Aquisição do saberes, Preconceito e Vulnerabilidade – e a uma categoria transversal – Pessoa com AIDS – que vislumbra fenômenos que foram coincidentes com as três (03) primeiras categorias principais. Dessa forma, há códigos que pertencem simultaneamente a duas categorias – Pessoa com AIDS e AIDS, Pessoa com AIDS e Aquisição de saberes e Pessoa com AIDS e Preconceito. O mesmo não aconteceu com a categoria Vulnerabilidade porque nesta, os idosos não citaram a “pessoa com AIDS”.

Para a melhor compreensão da relação entre códigos, subcategorias e categorias, apresentamos a seguir uma representação gráfica dos mesmos.

Figura 05: Representação gráfica de códigos, subcategorias e categorias

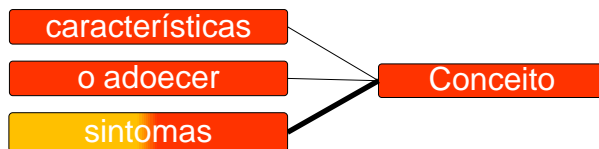


Fonte: FERNANDES, 2011. Elaboração própria a partir dos dados da dissertação em tela.

4.3.2 Categoria I: AIDS

A primeira categoria corresponde ao que o idoso sabe sobre a AIDS referente ao seu conceito, suas formas de transmissão e de prevenção, seu diagnóstico e seu tratamento. É formada a partir das subcategorias conceito, transmissão, prevenção, diagnóstico e pessoa com AIDS.

- **Subcategoria: Conceito**



As características da AIDS apontadas pelos idosos variaram do aspecto intrínseco e objetivo da AIDS – a AIDS como coisa – ao aspecto extrínseco e subjetivo da AIDS – a AIDS como símbolo. A AIDS como coisa foi caracterizada pela descrição da doença através de conceitos básicos, como “incurável”, “transmissível”, “letal”, “infecção”, “infecção causada por vírus”. Já a AIDS como símbolo surgiu nas entrevistas como os significados que os idosos denotaram a doença, através de conceitos abstratos e subjetivos, como “perigosa”, “praga”, “destruidora do mundo”.

Canário: “A AIDS, acho que é uma praga, né? Eu considero assim, de repente, uma doença perigosa, né? (Pausa). Ela, ela é transmissível, né? Doença transmissível. Pra mim a AIDS é uma doença perigosa, né? É uma doença perigosa.” (A05, linha 2-4)

Além disso, o conceito de AIDS também foi apontado como o curso da doença ou o processo do adoecimento. Dessa forma, esse fenômeno foi codificado como o adoecer, já que os idosos descreveram como ocorre a doença através de

fenômenos como “atinge pessoas debilitadas”, “um tipo afeta mais quem pegou do que quem transmitiu”, “começa com tuberculose”.

Andorinha: “Olha filha, eu acho que a AIDS é... Um médico já falou pra mim que isso é tipo uma infecção, né? Começa com uma pneumonia, aí vai deixando, vira tuberculose, aí vai contaminando se não tratar, né? Você fica toda fraca porque ele vai tomando conta. (...) É uma coisa muito triste porque a garotinha que eu crio, com o meu neto, a mãe morreu com 34 anos. E ela pegou uma pneumonia... Primeiro a pneumonia, pneumonia... Depois veio a, a... A pneumonia virou tuberculose. Da tuberculose, o médico disse que ela tava com AIDS, com o vírus da AIDS. E ele falou que ela não morreu de AIDS. Ela morreu de tuberculose.” (A03, linha 2-9)

(...) “Porque você sabe que (pausa) tem um tipo da AIDS que a pessoa tem mas afeta mais a pessoa que ele passa, né? Eu acho que a dele (marido) é aquela que... Pra ele ter durado mais que ela, né?” (A03, linha 34-36)

O código sintomas, comum às categorias AIDS e Pessoa com AIDS compreende as falas dos idosos referentes ao que a pessoa com AIDS sente, física e/ou psicologicamente.

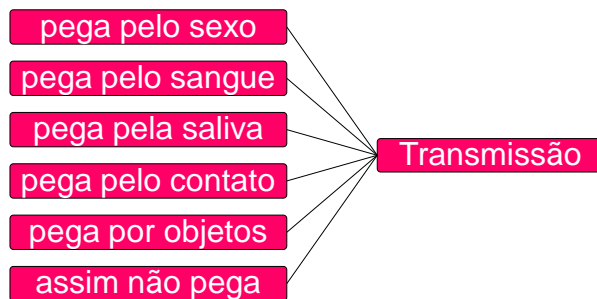
Curió: “Olha, na parte física deve ser ruim se ele estiver doente mas a AIDS é um vírus que a pessoa pode permanecer com vinte anos com o vírus no sangue, no corpo e não sentir nada.” (A04, linha 6-7)

Andorinha: “A minha afilhada ficou agressiva. Ela ficou agressiva. Depois foi emagrecendo cada vez mais. Perdendo o apetite. Perdia a força do corpo. Não agüentava levantar. Quando eu internei ela, ela já não agüentava andar. Os cabelos estavam caindo. Aí ficou muito agressiva, muito magra.” (A03, linha 16-19)

Ararajuba: “E... Muita diarreia, muita, muita, muita. Ela chorava muito, muito, muito.” (A10, linha 23-24)

Falcão: “Eu sei da doença, mas explicar mesmo como que ela veio, como é que ela age? Isso eu não sei. Agora, eu fiz o exame e eu tenho problema de HIV e em mim não aparece muito esses sintomas. Porque parece que vem uma coisa dolorida assim, que passa por aqui, eu não sei se do calor ou da alergia. Um dia desses eu vi na televisão uma pessoa falando da mancha vermelha, entendeu. Então isso é da AIDS. HIV eu não sei. Até agora eu não tenho sentido, não. Eu fui fazer um exame aí acusou.” (A19, linha 11-16)

- **Subcategoria: Transmissão**



As formas de transmissão do vírus da AIDS foram apontadas pelos idosos durante toda a entrevista e não somente na questão que abordava diretamente esse domínio.

O código pega pelo sexo foi predominante nas falas dos entrevistados, através dos fenômenos “transar sem camisinha”, “transar sem camisinha quando não se conhece o parceiro”, “ter companheiro soropositivo”, “sexo oral” e “sexo anal”. O código pega pelo sangue também surgiu na maioria das entrevistas através dos fenômenos “transfusão”, “contato do sangue contaminado com pele íntegra”, “contato do sangue contaminado com lesão cutânea”; “compartilhamento de seringas e agulhas”, “sangue transfundido deve ser testado”, “agulhas devem ser estéreis”. O

código pega pela saliva foi apontado através dos fenômenos “beijo na boca”, “beijo na boca quando há lesão”, “beijo com dente careado” e “beber no mesmo copo”.

Já o código pega pelo contato representou os fenômenos “aperto de mãos” e “manipulação dos alimentos”, enquanto o código pega por objetos surgiu em diferentes entrevistas através das coisas “toalhas”, “lençóis”, “vaso sanitário”, “papel higiênico” e “aparelho hospitalar contaminado”. O código assim não pega foi apontado pelos idosos através dos fenômenos “abraço”, “beijo”, “beijo no rosto”.

Cravina: *“Relações sexuais sem camisinha. É... Corte de sangue se misturar dedo, né? Se misturar... Que mais? (Pausa). Acho que na saliva também pega. (Pausa). (...) Eu acho que numa, numa toalha também.”* (A01, linha 48-51)

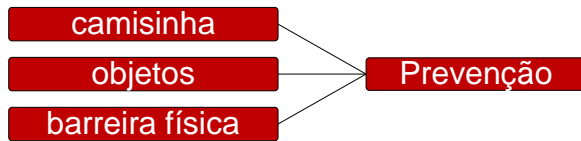
Sabiá: *“Através de transfusão de sangue, através do contato sexual. É... Aquele negócio... Toxicômano (que) injeta essa coisa assim, entendeu? (...) Beijo na boca pode causar AIDS, mas só em caso muito extremo, né? Acontecer de ferida de um com a ferida do outro, é difícil para caramba, mas pode acontecer.”* (A08, linha 47-51)

Papagaio: *“Nas comidas que a gente come nos botequins, com as pessoas doentes que estão lá na fazendo a comida, botando a mão no alimento.”* (A11, linha 83-84)

Rolinha: *“No caso, pessoa que tem AIDS não pode levar um corte, de repente pegar na minha mão e passar alguma coisa. (...) Pessoas que tenham AIDS e vão fazer comida... E vamos dizer assim que vai dar banho numa criança. Eu acho que sim.”* (A21, linhas 11-14)

Gaturamo: *“Olha, pelo o que eu to vendo, até bebendo água dá pra pegar AIDS. A coisa tá muito feia.”* (A25, linha 21)

- **Subcategoria: Prevenção**



A prevenção da AIDS foi destacada pelos idosos, principalmente sob o aspecto sexual relacionado ao uso da camisinha, através dos fenômenos “uso da camisinha”, “uso correto da camisinha”, “uso da camisinha como única forma de prevenção”, “uso da camisinha devido à infidelidade”, “uso da camisinha pelo casal soropositivo”, “uso da camisinha quando não tem relacionamento fixo”. A prevenção através de objetos surgiu nas entrevistas com os fenômenos “lavar roupas com álcool”, “jogar lençóis fora”, “não sentar no vaso sanitário”, “usar seu próprio papel higiênico” e “não compartilhar seringas e agulhas”.

Cravina: “Ué, usar a camisinha. Eu acho que é o único objetivo (objeto) pra proteger. Não é não? Porque se você não usar, vai pegar. (Pausa). Ué, em todo lugar que for pedir um copo descartável. E saber, é, aonde que for... Eu pelo menos... Sentar em vaso eu não sento. Em lugar nenhum. A não ser no meu. Sempre andar com o papel higiênico dentro da bolsa igual eu faço. Eu acho que isso também previne muito.” (A01, linha 120-125)

Ararajuba: “A pessoa que vai fazer um sexo, né, usar uma camisinha, né? Conhecer bem o parceiro, né? Não ficar com essa história de ficar porque isso aí que tá arruinando, né? Essa é a minha opinião. A pessoa que não tem o seu parceiro certo, ela tem que se prevenir... Muito, né?” (A10, linha 76-79)

Sabiá: “Na questão sexual, usar camisinha, né? Toxicômano, de preferência não usar tóxico, mas se usar, usar seringa própria, né? Eu acredito que seja isso, né? Até porque a gente admite que se houver, tiver que ir no hospital fazer um exame de sangue não vão usar a mesma seringa que usaram em

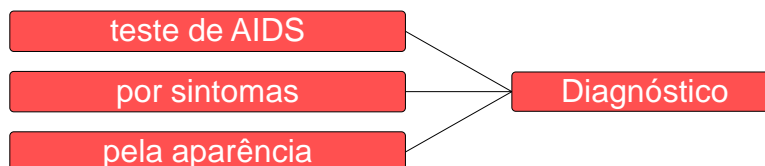
outro em mim, correto? Pelo menos a gente espera isso, né? Numa transfusão de sangue também a gente espera, que se eu tiver que tomar uma transfusão de sangue, aquele sangue antes de ser injetado em mim ou em outra pessoa tenha sido muito bem pesquisado pra que isso não aconteça, né?” (A08, linha 78-84)

Falcão: *“Ah eu acho que a pessoa tem que evitar, né? Muita gente fala que é negócio de não usar camisinha. Que tem, é pra evitar. Mas a gente não ía muito nos conselhos dos outros... Eu até andei usando, mas às vezes fazia sem camisinha. Igual a outra companheira que eu tive, uma vez ou outra estourava sim, mas aí nós batemos na mesa , né? Agora com essa agora, que eu já to meio incubado assim, eu quase não uso sabe? Não, ela não tem o vírus, ela tratou num hospital em São Gonçalo, aí ela fez o exame e não acusou nada. Não tem nem vai ter. Porque eu não tenho contato com ela. A gente vive mas não fica assim.... Às vezes tem lá umas certas coisas, bobearas lá, mas é sem penetração.” (A19, linha 31-38)*

O código barreira física surgiu do fenômeno “usar luvas no contato com pele íntegra”.

Cravina: *“Se eu tiver que tomar conta de um paciente que tem (AIDS), o máximo que eu vou fazer é colocar uma luva pra encostar nele e vou cuidar dele normalmente” (A01, linha 21-22)*

- **Subcategoria: Diagnóstico**



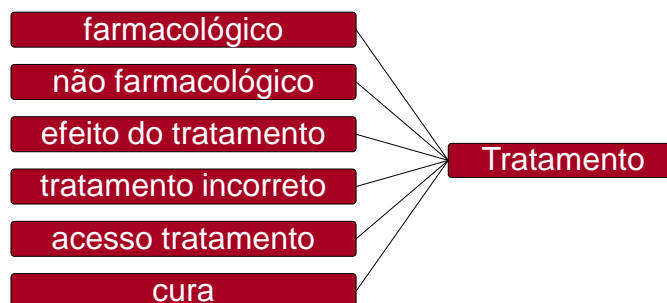
Na subcategoria diagnóstico, os idosos citaram três maneiras de um indivíduo saber se é portador do vírus da AIDS: através do “teste da AIDS”, “por sintomas” e “pela aparência”.

Cravina: *“Isso aí eu já não sei. (Pausa). Eu acho que a pessoa fica fraca, né? (Pausa). Aí você vai fazer um teste, né, primeiro, né? Um teste de HIV nos postos, não? Mas eu não sei como é.”* (A01, linha 162-164)

Sabiá: *“Bom, é através do exame de sangue, né? Específico para essa questão, né? Ou, depois que o caso tá bem adiantado começa a ter aqueles, aquelas, aquelas doenças que vão se manifestando, né?”* (A08, linha 133-134)

Gaturamo: *“Só vindo aqui (CTA). Fazendo aquele teste, de AIDS. Da primeira vez que eu vim aí, tiraram sangue, né? Mas assim mesmo, me explica, porque dizem que ela tem como ficar incubada por doze anos.”* (A25, linha 55-58)

- **Subcategoria: Tratamento**



O tratamento foi referido principalmente no aspecto farmacológico, através dos termos “coquetel”, “avanço dos remédios”, “via oral ou injetável”, “tratamento limitado”, “internação em casos graves para tomar remédio corretamente” e “antivirais”. Em menor grau também foi citado o tratamento não farmacológico por

meio de hábitos saudáveis como “diminuir consumo de bebida alcoólica”, “boa alimentação”, “repouso” e “acompanhamento da doença”.

Como efeito do tratamento os idosos destacaram “prolongar a vida” e “não parecer que tem a doença”. Enquanto o tratamento incorreto, na opinião dos idosos como “não seguir as orientações”, “iniciar tardiamente” pode “levar à morte”. O acesso ao tratamento surgiu baseado nos termos “nos posto de saúde”, “nos hospitais”, “só pra quem tem dinheiro” e “gratuito”.

Os idosos destacaram que “a cura da AIDS será descoberta em breve”, que “pesquisas estão sendo realizadas” e que há “vacina em estudo”.

Cravina: *“Ela (AIDS) tem tratamento. (...) Então pode ser prolongado. Agora quem não faz o tratamento vai embora logo. Mas se você for, acho que no começo, né, fazendo o tratamento, tomando aqueles remédios todos, isso prolonga. Porque tem gente com dez, não sei quantos anos com a AIDS, mas vai... Você vê o Cazuzza, ele foi prolongado até que não deu mais jeito.”* (A01, linha 166-175)

Canário: *“Eu acho que anda estudo, né? Eu acho que até hoje anda em estudo, mas ainda não foi descoberto. Nada ainda tem efeito. Tenho ouvido falar aí sobre um negócio que tem possibilidade, que disse que a cura através da célula tronco, né?”* (A05, linha 72-74)

Papagaio: *“Essa pessoa se cuida. Tá engordando até, em vez de emagrecer. Porque normalmente a pessoa (que) tá com vírus, a tendência é emagrecer. A não ser isso seja quando é um paciente terminal, que vai emagrecer...”* (A11, linha 11-13)

Sanã: *“Eu acho que não tem tratamento. Só a pessoa que pode mesmo que vai fazer tratamento. Porque as pessoas que não podem mesmo, minha filha, vão ficar é no buraco. Porque os remédios custam caro, né? Quem pode faz*

tratamento. E quem não pode? Quem não pode comprar os remédios?” (A16, 55-57)

Destarte, a cura da AIDS surgiu nos depoimentos por iniciativa dos próprios participantes que referiram que a AIDS pode ter cura “no início da doença”, “através de células tronco”, “se a pessoa fizer o tratamento correto” e “por milagre”.

Ararajuba: *“Curada. Vem escrito em baixo do exame. Ela faz assim... Vem assim: exame de sangue pra HIV. Entendeu? Aí demora muito pra vir o resultado, né? Aí quando vem o resultado, vem escrito: curada. Entendeu? E a papelada dela, de exames que ela fazia, que é lá no (posto de saúde do) Engenho da Rainha, tudo, tudo diz que ela tá curada. A médica que cuida dela custou a acreditar que ela tinha sido curada. Mas ela diz assim: você não se preocupe porque esse exame que a gente faz em você, de seis em seis meses, é só pra manter, entendeu? Pra não dizer que largou pra lá, né? Mas você está curada.” (A10, linha 38-45)*

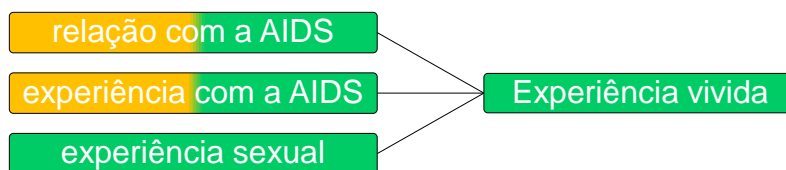
“A cura dela foi Deus. Não é porque eu sou evangélica não, tá minha filha? A cura dela foi Deus. Porque ela já estava em fase final, entendeu? (Pausa) Eu acho que tem (cura). Se ela (AIDS) não estiver em estágio muito adiantado, né? E a pessoa fazendo tratamento certinho, tomando a medicação direitinho.” (A10, linha 97-100)

Gaturamo: *“Tem (cura), não pela parte do homem. Só na parte do senhor Jesus. Eu já ouvi falar. (...) Da AIDS, eu conheço uma pessoa que tá normal. Tá indo à igreja, andando, trabalhando. (...) Era totalmente debilitada, não podia isso, não podia aquilo. Todo mundo abandonou ele. Aí, bom, pelo modo que a aparência dele mudou, ele só pode tá curado. Mas eu não ouvi da boca dele, não. Isso é o que eu acho e o que todos na igreja falam.” (A25, linha 76-81)*

4.3.3 Categoria II – Aquisição do saber

A categoria aquisição do saber compreende o processo interpretativo dos idosos sobre a AIDS. É formada a partir das subcategorias experiência vivida e informações veiculadas.

- **Subcategoria: Experiência vivida**



A relação com a AIDS diz respeito ao grau de aproximação dos idosos com (a pessoa com) a AIDS, que de acordo com as falas dos idosos, pode ser de “conhecimento”, “convivência”, “vivência”, “não conhecimento”, “conhecimento X convivência”.

Cravina: “Convivi não. Já tive assim: “oi, tudo bom, fulano?”” (A01, linha 33)

Sabiá: “Não, nunca. (Pausa). É, veja bem, já, mas não foi tipo gente assim do meu convívio mais próximo não, entendeu? Aí já, inclusive um casal que ela sofreu um acidente e ela adquiriu AIDS. Eu não tinha intimidade com eles, sei porque, aquela coisa de boato, etc.” (A08, linha 39-41)

Já a experiência com a AIDS foi referida pelos idosos como o tipo de experiência que eles tiveram (com a pessoa com AIDS). Nesse código agrupamos os fenômenos “morte por AIDS na família”, “morte de conhecido”, “cuidado com a afilhada”, “cuidado com a pessoa com AIDS”, “dar apoio dizendo algo positivo”,

“ajuda por caridade / gratidão”, “não ter medo”, “cura de amiga em fase terminal – milagre”.

Em diversos momentos os idosos descreveram seus saberes sobre a AIDS através de relatos das vivências da pessoa com AIDS, vivências estas que eles compartilharam, acompanharam ou simplesmente souberam, mas que foram marcantes no processo interpretativo sobre a AIDS gerando, então, seus significados. Os fenômenos rotulados nesse código foram “pegou AIDS por transfusão e passou pro marido”, “espaço de tempo reduzido entre o conhecimento público da doença e o óbito”, “cura por milagre”.

Beija-flor: *“Quem cuidou dele foi eu. Quando ele teve AIDS eu que levava ele no hospital. (...) Ele na cadeira de rodas, eu levava e eu trazia.”* (A06, linha 21-23)

Ararajuba: *“Eu ia lá, eu fazia carinho nela, que eu tenho muito afeto por ela, entendeu? Fazia tudo pra ela, alimentação pra ela, porque ela não queria comer, aí eu fazia mingau, fazia suco e levava pra ela, entendeu? Então é isso que eu sei te dizer. (...) Eu to me baseando sobre a minha vizinha lá, né?”* (A10, linha 24-27; 97)

A experiência sexual dos idosos foi relatada através dos fenômenos “abstinência sexual na velhice”, “relação sexual sem preservativo”, “época em que era sexualmente ativa: ausência da cultura da camisinha”, “idosos não tem experiência com AIDS”, “frequentou prostíbulos na juventude”, “experiência afetiva negativa” e “novas experiências”.

Cravina: *“Porque isso pra mim já é antigo, porque muito tempo eu não faço essas coisas.”* (A01, linha 4)

Beija-flor: *“Porque eu fui jovem, ia muito na zona, porque eu gostava muito disso. Entendeu? Então eu digo porque eu sei.”* (A06, linha 32-33)

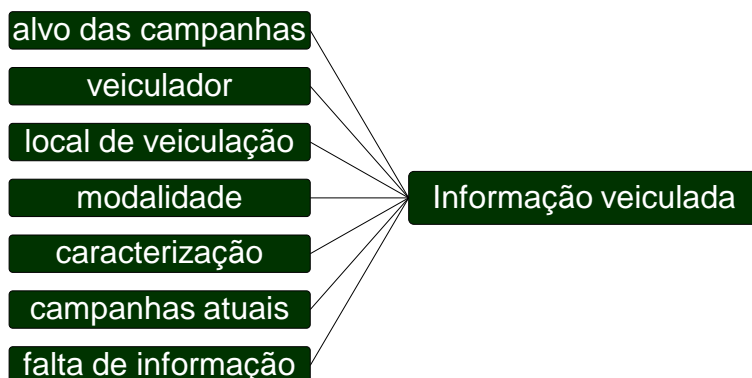
Bem-te-vi: “As pessoas de hoje são mais maduras, mas não tem experiência nenhuma com esse problema (da AIDS), né?” (A07, linha35-36)

Sabiá: “Porque o pessoal da minha idade. Isso é verdade mesmo, entendeu? Já aconteceu muito comigo, entendeu? Aquela coisa de: caramba, camisinha? Entendeu? Nós somos de um tempo, numa época... Eu vivi numa época em que o máximo que o camarada podia adquirir, sexualmente falando, era uma blenorragia, uma gonorréia. Isso é mole, não é uma AIDS, você entendeu?” (A08, linha101-106)

Jaçanã: “Eu nunca... Oh, pouco tempo, eu arrumei um namorado. Cansei de ficar sozinha, mas eu esqueci que tinha que usar camisinha. Eu nunca tinha beijado na boca de ninguém, nem do meu marido, mas um beijinho é gostoso. Até que eu gostei. (Risos) Mas eu esqueci...” (A18, 4-7)

Essas experiências podem ser entendidas como interações sociais, responsáveis pelos significados que os idosos deram aos aspectos intrínsecos à sua sexualidade. Assim, sabendo que a sexualidade inclui fatores biopsicossociais e é inerente a todos os seres humanos, independente da idade, as experiências relacionadas a ela desde a infância até a velhice contribuem para a formação dos saberes e práticas de cada um referentes ao autocuidado e à prevenção de DST, por exemplo.

- **Subcategoria: Informações veiculadas**



Os idosos apontaram como alvo das campanhas de AIDS “idealmente mocinhas”, “todos”, “jovens e idosos metidos a garotões”, “todos, inclusive grupo de baixo risco”.

Beija-flor: *“(As propagandas das campanhas sobre AIDS tentam informar) os jovens e alguns idosos como eu, que são metidos a garotões, que vão pra balada e coisa e tal e gostam de uma bebida, arrumam uma namoradinha e esquecem de usar o que tem que usar.”* (A06, linha 71-74)

Os veiculadores da informação foram o “médico”, o “acadêmico de enfermagem” e o “profissional de saúde”.

Os locais de veiculação das informações citados foram o “posto de saúde”, a “escola”, o “grupo de convivência para idosos”, o “Centro de Testagem e Aconselhamento”, os “programas de televisão e rádio”, os “livros” e os “jornais”.

Cravina: *“Lá no Gaffrè, nesse grupo que eu vou, todas as quintas-feiras elas fazem palestras. Já teve sobre AIDS, como os idosos podem urinar, ir no banheiro. Eles orientam a gente. Que tem sempre o curso de enfermagem.”* (A01, linha 147-158)

Tietinga: *“Aqui mesmo (PAIPI) já foi falado. Eu já ouvi quando eles falavam na sala de espera, já vi aqui dentro os cartazes mostrando. No nosso grupo já houve esclarecimento. As palestras (são) com enfermeiro e estagiário. E a Nely (pedagoga) também, porque quando eu entrei aqui ela passava muitas informações pro grupo.”* (A34, linha 97-101)

Gavião: *“E lá a enfermeira pergunta tudo o que eu falei aqui pra senhora. Se você usa droga, se você transa com outras mulheres, se você tem outras mulheres, se você transa com homossexual... Desculpa. Tudo ela pergunta. Diz que você deve falar. Ela falou. Aí ela perguntou e o que eu achei que eu devia falar, eu falei.”* (A13, linha 97-100)

A modalidade da divulgação foi por meio de “cartaz” ou “palestra”. A caracterização da informação veiculada foi a “prevenção”, a “prevenção sexual”, as “formas de transmissão”, o “alerta”, a “desvalorização da AIDS” e a “epidemiologia (aumento dos casos em idosos e mulheres)”.

Cravina: *“Então a gente vê mais é por cartaz nesses postos, né? Como prevenir e tudo. Então acho que pras mocinhas hoje em dia, elas que tem mais que prestar atenção naqueles cartazes. Você vai no médico, nos postos, você vê lá tudo explicadinho. (...) Como prevenir, como fazer, como não fazer. Porque hoje em dia, no colégio, a professora já ta orientando as crianças. Que que é certo, o que não é. Como protege, o que que é a doença. Na nossa época não tinha isso. Agora tem.”* (A01, linha 5-9)

Para os idosos as campanhas atuais são “ineficazes”, “incentivam o tratamento”, “menos intensas que antigamente”, “veiculadas só em períodos de festas”, “excelente - diminuição da mortalidade”. A falta de informação foi associada ao “acesso difícil”, a “veiculação escassa”, “pouca receptividade das pessoas” e a “falta de diálogo com os profissionais”.

Calopsita: “*Eu sou contra. Eu sou contra esse negócio da campanha. Eu acho que isso aí não adianta nada.*” (A02, linha 64-65)

Gaturamo: “*Em um segundo, em um minuto eles não têm como explicar, porque a mente das pessoas é muito diferenciada. (Pausa). Bom, tá tentando informar todo mundo, mas só que da forma que eles fazem, é muito pouco espaço.*” (A25, linha 43-45)

Sabiá: “*Olha só, pelo que eu observo, já houve época, naquela chamada época mais perigosa, que não tinha os medicamentos que tem hoje, etc., etc., etc., em que as campanhas eram mais, eram maiores. Havia mais campanhas. Eu acho que agora não tá, no meu modo de entender, não está havendo mais aquela massificação de campanha da AIDS como já houve há, vamos ver, há oito anos atrás, cinco anos atrás, dez anos atrás, entendeu? (...) A não ser em períodos específicos, carnaval, esses momentos de festa, entendeu? Eu acho que tem que ser também, agora eu acho que não deve ser só ali.*” (A08, 95-98)

Canário: “*Parece até, tem horas que eu acho ate que a AIDS... Não ta sendo tão divulgado, não ta sendo tão falado igual se falava, né? Antigamente só se ouvia falar em negócio de AIDS, AIDS, AIDS. Entendeu? Então eu acho que o medo já não tá tão grande assim, das pessoas...*” (A05, linha 29-32)

Sabiá: “*Não. Por mais incrível que pareça você é a primeira (a falar / perguntar sobre a AIDS).*” (A08, linha 131)

Sanhaçu: “*Eu nunca me interessei de conversar sobre isso e nem eles também nunca se interessaram em conversar comigo sobre esse assunto.*” (A29, linha 55-56)

Rolinha: “É o que eu falei pra você, pra mim, eu não posso te responder porque eu não convivo com pessoas que tenham AIDS então eu não sei te falar sobre isso. Na televisão a gente escuta, mas não me preocupo em eu ver. Pra mim não interessa. (A21, linha 2-4)

(...) Não porque pra mim não vai interessar porque eu sei que eu não tenho, né? Fiz teste outro dia pra ver. Eles não pediram, eu que quis fazer. Eu porque, na época o meu marido tinha várias mulheres e fiquei assim... Sabe de uma coisa, eu vou é ver como é que eu to, e eu to bem.” (A21, linha 45-47)

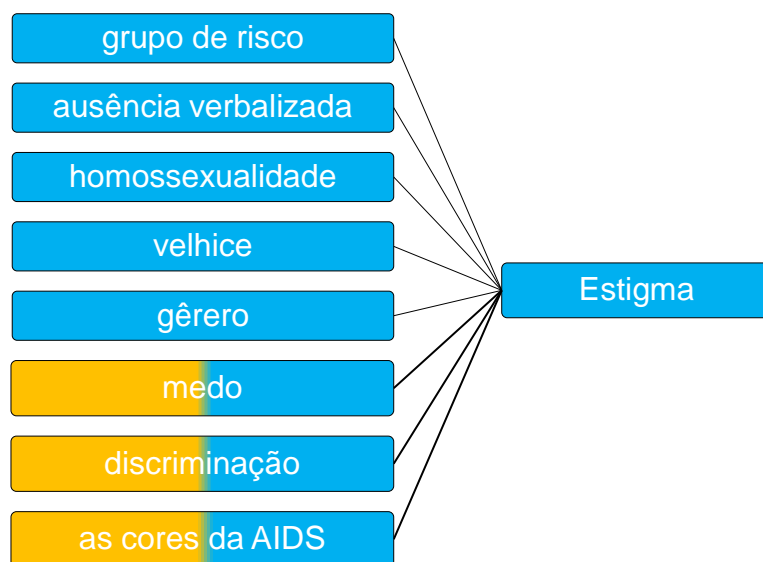
Gavião: “Porque ela (médica) não me falou sobre o que eu tenho (Hepatite C). Na hora ela não falou, mas depois a gente vai perguntando... Ela não explicou. Quem explicou foi lá (CTA).” (A13, linha 94-96)

Falcão: “Não, nunca me perguntaram (sobre a AIDS). Até mesmo tratando (da AIDS) aqui. Só a doutora mesmo que fala, né? Ela me consulta, me examina, mas explicar, não. Não desse jeito assim. Mas também ela não tem muito tempo, porque tem outras pessoas pra atender, né?” (A19, linha 78-80)

4.3.4 Categoria III – Preconceito

A terceira categoria compreende o preconceito que foi diretamente verbalizado pelos entrevistados, além do percebido sutilmente nas falas dos mesmos. É formada a partir das subcategorias estigma e tabu.

- **Subcategoria: Estigma**



O grupo de risco, termo muito utilizado no início da epidemia ainda surgiu nas entrevistas associado às “mocinhas” e aos “jovens”, além dos “homossexuais no início da epidemia”.

Sabiá: “Olha só, logo assim no início da coisa o quadro de risco eram os homossexuais, né?” (A08, linha 53)

No código ausência verbalizada, os idosos afirmaram não ter preconceito, o que ora foi confirmado, ora não. O preconceito evidenciou a falta de informações sobre AIDS, assim como o fato de tê-las foi motivo para não ter preconceito, apesar do termo estereotipado “aidético”.

Cravina: “Eu, na minha opinião, não tenho preconceito sobre essas coisas não. Se eu puder, eu já tomei conta de idosos em hospitais e tudo. Se eu tiver que tomar conta de um paciente que tem, o máximo que eu vou fazer é colocar uma luva e vou cuidar dele normalmente, porque é um ser humano igual a gente.” (A01, linha 23-28)

Beija-flor: *“Na minha casa pode entrar aidético, pode entrar qualquer que seja. Pra mim é a mesma pessoa. Se quiser almoçar comigo vai almoçar. Se quiser dormir na minha cama vai dormir. Por quê? AIDS não pega com beijo, não pega com abraço, não pega deitar do lado. Só sexo pega AIDS.”* (A06, linha 04-07)

O preconceito foi mais marcante relacionado à homossexualidade - “referência estereotipada - bichona”; à velhice - “espanto com idosos usuários drogas”, “deboche de idosos com vida sexual ativa”, “deboche de idosas em fotos sensuais”, “idosos metidos a garotões” e ao gênero feminino - “submissão feminina”, “mulher tem que botar comida do marido”.

Cravina: *“Era uma bichona que só vivia cheia de botox, botava aquelas coisas na cara, igual aquele fofão”* (A01, linha 35-36).

(...) “Tem muita mulher de sessenta pra cima, mas que... Você não tá vendo agora que tão saindo até no calendário, aquelas madames lá cheias de pelancas (risos). Não sei pra quê. Palhaçada. De biquíni, de maiô. Aquilo ali tudo é cambada de menininha de dezoito, de vinte anos?” (A01, linha 190-194)

No código discriminação, os termos utilizados pelos idosos foram: “pena”, “transmissão proposital”, “é igual a gente”, “não é igual a gente”, “sinais físicos - mudança de aparência”, “sofrimento pela pressão dos conhecidos”, “destacada”, “excluída”, “pessoas têm medo”, “aidético”, “aposentadoria por invalidez”

Ararinha: *“Eu tenho pena de quem tem a AIDS.”* (A22, linha 4)

Jaçanã: *“Da AIDS, o que eu acho, é que eles não vão falar, eles vão é passar pra pessoa. (A18, linha 21-22)*

A AIDS quem tem ela, vai sair espalhando pra quem não tem.” (A18, linha 37)

Calopsita: “Já não é igual à gente, né? (Pausa). A pessoa com AIDS já não é igual à gente, normal assim, conforme a gente é, né? Porque isso não é normal. É normal, a pessoa que tem isso? Não é. Igual a você? Igual a mim?” (A02, linha 7-9)

Curió: “Então tinha dois rapazes... Diziam... Eu não tinha certeza, mas pelo aspecto dele a pessoa sabia. Era caindo o cabelo, magro, com aqueles todos sintomas e uns remédios que ele tomava que eu não via. Eu vi o remédio, mas não sabia o nome. Aquilo era pra AIDS.” (A04, 14-17)

Canário: “A pessoa que tem AIDS, parece que fica uma pessoa que, sei lá, se destaca, né? Fica, parece que tipo assim. Hoje de repente não tá assim. É, que fica tipo excluído, né? Do resto das outras pessoas, né? A pessoa fica com medo, sei lá, de uma pessoa com medo de pegar uma...” (A05, linha 14-17)

Ararajuba: “Ela vive bem, é aposentada também, foi aposentada por invalidez.” (A10, linha 34)

O código as cores da AIDS denota o estereótipo da pessoa com AIDS, cuja condição de doente pode ser pressuposta pela mudança de aparência. As cores foram o símbolo que os idosos utilizaram para expressar essa mudança. Para isso, foram utilizados os termos “pálido”, “meio amarelado”, “cor fosca”, “pele manchada” e “preta cinza”.

Cravina: “Eu já tive convivência com um que a aparência dele mudou da água pro vinho. Fica meio pálido, sabe? Meio amarelado, com uma cor fosca. Então dá pra você desconfiar que aquilo ali é uma AIDS.” (A01, linha 23-29)

Patativa: “Que começa a emagrecer, que vai ficando, eu acho, sem sangue, né? E que vai ficando assim amarelão, não é? (A27, linha 5-6)

Ararajuba: “Assim, ela ficou assim o com a pele meio manchada que ela é mais escura que eu, ela ficou com a pele manchada. Ficou uma preta cinza, entendeu? (A10, linha 21-23)

- **Subcategoria: Tabu**



Os comentários velados foram descritos como “proibição implícita de falar com soropositivo sobre a doença” e a informação velada surgiu a partir do relato de que antigamente se “sabia da existência da doença mas não tinha informação suficiente”, “não ouvia falar abertamente”.

Cravina: “Nem conversar. Porque a pessoa já ta com esse problema (da AIDS) você ainda vai em cima.” (A01, linha 34-35)

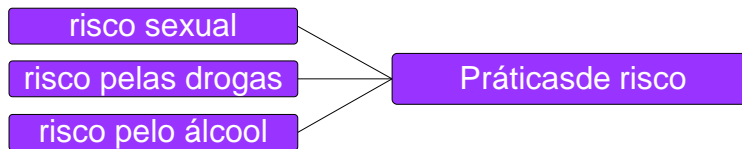
Bem-te-vi: “Deve ser horrível, né? Porque na época que nós estamos, antigamente não tinha nada disso, né? Aí agora é mais falado. Não tinha não, é modo de dizer. Não era tão comentado, tão falado, né? Agora já é mais comentado, mais falado. A gente fica com medo, né?” (A07, linha 3-6)

Cravina: “Porque na minha época não tinha esse negócio de muita coisa de propaganda de AIDS, de, de hepatite não sei o quê. Então você não se ligava muito, né? Não tinha aqueles comentários. Tinha a doença, mas não tinha como alguém explicar (para) você.” (A01, linha 9-11)

4.3.5 Categoria IV – Vulnerabilidade

A quarta categoria diz respeito à vulnerabilidade dos idosos entrevistados à infecção pelo HIV. É formada a partir das subcategorias práticas de risco e percepção de risco.

- **Subcategoria: práticas de risco**



As práticas de risco de aspecto sexual foram apontadas pelos nos fenômenos “ausência da cultura da camisinha”, “diversidade de parceiros sexuais (heterossexual)”, “convivência (potencial relação sexual) com mulheres “suja””, “ausência de relacionamento fixo”, “não uso da camisinha com conhecidos”, “não uso da camisinha com desconhecidos” e “ficar (encontro casual)”.

Rouxinol: “*Eu acho que a pessoa que anda fazendo relação com qualquer pessoa, né? Sem conhecer... Essas pessoas (correm risco). Às vezes a pessoa traz esse problema, aí passa pro outro, pra pessoa.*” (A09, linha 14-15)

As práticas de risco relacionadas ao uso de drogas ilícitas foram apontadas pelos idosos através dos fenômenos “comparação entre a letalidade da AIDS e do crack”; “atitude inconsciente”, “perda dos sentidos”, “desorientação como consequência (transar sem camisinha)”, “diversidade de parceiros sexuais como consequência do uso de drogas”, “prostituição como consequência do uso de drogas”, “contato com criminosos”, “tráfico de drogas”, “ansiedade / urgência pela droga”, “drogas injetáveis”, “compartilhamento de seringas e agulhas” e “compartilhamento do canudinho pra cheirar cocaína”.

Já as práticas de risco relacionadas ao uso de álcool variaram do “uso social” ao “etilismo” através dos termos “atitudes inconsequentes”, “prejuízo na relação interpessoal”, “frequência a botequins”, “compartilhamento de copos” e “não aumenta o risco”.

Bem-te-vi: *“Ah, porque fica doido (devido o uso de drogas), né? Aí já viu, né? Vai (transa) com qualquer um.”* (A07, linha 29)

Sabiá: *“O cidadão que usa crack, também acredito que não vai pegar AIDS, né? Porque ele tá só fumando aquela porcaria toda. Agora quando se trata de droga injetável, aí o risco é muito sério.”* (A08, linha 61-63)

Rouxinol: *“Eu acho que (a pessoa que faz uso de bebida alcoólica) corre (risco de pegar a AIDS) porque a pessoa tá com o organismo muito fraco, né?”* (A09, linha 20)

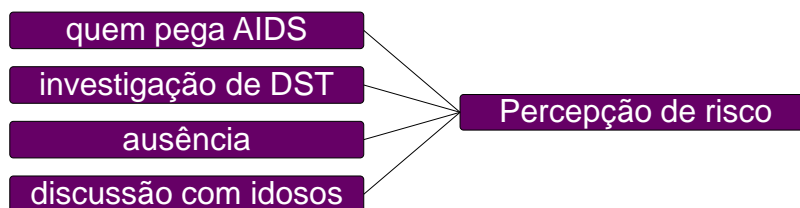
Andorinha: *“Ah, eu acho. Porque pessoas... Pessoas que tem essa doença, muitos tomam esse negócio na veia. Aquela mesma agulha que ele aplicou no braço de um, aquele sangue sai, vai aplica naquele outro. É claro que vai contaminar, né? Se a pessoa que tem ferimento também no nariz que usa droga. Aquilo sangra. Usa cheirando aquilo, passa aquele negocio praquele outro cheirar também, só pode contaminar.”* (A03, linha 46-50)

Calopsita: *“Acho. Acho assim, a pessoa às vezes não tem, não tem nem, não tem AIDS, não tem nada. Mas só de usar isso, assim... Porque tem gente que às vezes usa na seringa e tudo, né? Aí acho que isso que passa pra pessoa. (...) Corre. Porque a bebida... É a bebida... isso aí. Bebida assim que bebe, né? Devido à bebida que a pessoa tem risco de pegar a AIDS mesmo. Porque diz que a pessoa que... Bebendo no copo não pega... Bebendo no copo... Mas eu acho que pega sim. Às vezes a pessoa bebe num copo que, no botequim ou em qualquer lugar e acho que isso aí pega. E às vezes a pessoa bebe e a*

peessoa dá pra pessoa beber. Aí pega nisso. A pessoa tem AIDS e dá a bebida que bebeu. Porque tem muita gente que faz maldade. Faz isso, né?” (A02, linha 36-46)

Gavião: “Eu vou ter que dizer pra senhora. Eu uso. Eu não cheiro, mas eu fumo. A senhora é que tá perguntando. A senhora é enfermeira, é igual à médica. A senhora aqui não é polícia. Isso aqui é uma pesquisa que a senhora está fazendo. (pausa). Eu já usei ainda ontem. Eu acho que isso também pode até me prejudicar, mas o vício é difícil. Eu fumava e consegui parar. Fumar, eu fumo, mas beber, eu já não bebo porque o médico disse que eu não posso beber. Eu já fumo maconha há muito tempo. Pode até me prejudicar. Eu já tentei parar, mas... Eu sei lá... Eu fumo desde os 15 anos, 14 anos. Porque eu já venho de comunidade, eu to explicando aminha vida... Eu já vivi em comunidade, mas hoje eu não moro em comunidade. Hoje eu moro independente da comunidade e convivo lá ao mesmo tempo. Hoje não, o viciado não vai para a cadeia, pode ter uma pequena advertência, mas não tem isso. Isso acabou, isso não existe mais...” (A13, linha 48-60)

- **Subcategoria: Percepção de risco**



O código quem pega AIDS foi apontado pelos idosos através dos grupos de risco citados anteriormente na categoria Preconceito e através dos práticas de risco citados na subcategoria de mesmo nome. Sete (07) idosos enfatizaram as práticas de risco ao apontar quem corre risco de pegar a AIDS. Dois (02) idosos afirmaram que “qualquer um” corre o risco de pegar AIDS e um (01) entrevistado disse que só os jovens correm risco de contrair a doença.

Sabiá: “Agora mesmo eu vi numa televisão qualquer, é, o índice de pessoas da minha idade contraindo AIDS é muito grande.” (A08, linha 54-55)

Calopsita: “Ué, qualquer um. Idoso, novo, criança. Qualquer um pega, né? Qualquer um pega isso aí... Qualquer um pega.” (A02, linha 24-25)

Ararajuba: “O jovem. Os jovens que não tem cuidado. Os adolescentes, né? Que agora inventaram essa história de ficar, né? Essa história de ficar tá perigoso, né? Para os jovens, os adolescentes, né? Então é isso aí...” (A10, linha 54-56)

Jaçanã: “Ah minha filha, as pessoas que vivem transando todo dia com um e com outro. (Pausa). E... Esses homens que querem ser mulheres. Ah, pega sim. E são os piores... Que pegam AIDS mesmo.” (A18, linha 32-33)

A investigação de DST indica uma percepção de risco “devido ao emagrecimento” e foi citada por dois (02) idosos. Ambos relataram ter solicitado ao médico que pedisse o exame “por iniciativa própria”. Um (01) justificou a decisão para evitar “comentários dos conhecidos” devido seu “emagrecimento”. Um (01) afirmou ter feito o “exame para se cuidar”. A percepção de risco é útil, pois através dela a pessoa pode buscar informações para se instrumentalizar e prevenir ou diagnosticar precocemente a infecção.

Beija-flor: “Agora, por que eu fiz (o exame)? Porque eu comecei a emagrecer. (...) Eu falei: “Vou examinar o meu corpo antes que seja alguma coisa errada que eu tenha feito ou não tenha feito e coisa e tal.” Então eu examinei meu corpo. Fiz da hepatite B, fiz C e fiz essa da AIDS. E graças a Deus... Mas fui eu mesmo que vim aqui, pessoalmente, e pedi pra fazer.” (A06, linha 80-86)

Gavião: “Eu já fiz o HIV aqui mesmo. Lá embaixo (CTA)... Que o meu não é AIDS, o meu é hepatite. Hepatite C. Crônico C.” (A13, linha 92-93)

Em contrapartida ausência de percepção de risco foi percebida nas falas dos idosos devido a: “abstinência sexual há muito anos”, “falta de informação”, “DST de antigamente não eram tão graves”.

Sanhaçu: *“Eu nunca me interessei de conversar sobre isso e nem eles também nunca se interessaram em conversar comigo sobre esse assunto. Mas também, eu acho que não precisava, sabe por quê? Eu to com 71 anos, me trato há muitos anos aqui, então eles já conhecem todos os meus exames, eu sempre faço o exame de, de... Faço hemograma completo e essas coisas assim. Por isso que eu acho que não houve interesse assim dos médicos me perguntarem sobre isso.”* (A29, linha 55-59)

A valoração que os entrevistados atribuíram a discussão da AIDS com os idosos reflete à própria percepção de risco. As discussões foram consideradas importantes “para saber / participar”, “importante porque o idoso pode ter vida sexual ativa”, para o “autocuidado”, “para prevenir”. Ademais, os idosos afirmaram ser “importante para orientar o jovem”, entretanto a discussão também foi referida como “desnecessária”. Os idosos tiveram a oportunidade de adquirir informações através de palestra no Centro de Testagem e Aconselhamento quando realizaram o exame, de palestra em grupo de convivência, entretanto, também foi apontado que o momento da entrevista foi a “primeira vez” que alguém falou sobre AIDS diretamente com eles.

Ararajuba: *“Acho bom (a AIDS ser discutida com os idosos). É bom pra gente ensinar pros jovens, né?”* (A10, linha 108)

Curió: *“Eu acho que o idoso, acho que não... Só pega AIDS em certas circunstâncias que eu já falei, né? Acho que não precisa ser discutida com os idosos não.”* (A04, linha 79-80)

Gaturamo: “*Sim (a AIDS deve ser discutida com idosos). De preferência em grupo.*” (A25, linha 83)

Coruja: “*Acho muito bom. Lógico, porque, eu, por exemplo, eu acho que os idosos estão imunes disso, mas não estão, né? Assim, por exemplo. Como o meu marido viaja, ele vai muito à Bahia, aí os meus filhos dizem: “o pai fica lá, demora”. Ai eu digo “que isso? Até eu conversei com ele e teve um dia que eu conversei isso. “Que bobagem é essa, você acha que eu to maluco, do jeito que tá essa perdição no mundo”. É assim que ele fala.*” (A23, linha 58-62)

Águia: “*Olha, eu, eu não chamaria velhos pra poder fazer isso aí não. Eu chamaria adolescente. Velho não se mete com isso não. Quando você vê um velho metido nisso, ele já tá quase morto, aí acabou. É mais pra adolescentes mesmo. Tá demais (pausa) e eles não tem medo.*” (A15, linha 70-73)

Gaturamo: “*Po, eu to aqui no Rio desde 54 e nunca... Entendeu? Nunca ninguém tinha me perguntado nada, tinha falado. Então, quando um repórter pergunta alguma coisa, pergunta da forma dele. (...) É de bom grado (discutir a AIDS com idosos), mas (...) eu acho que deveria ter uma espécie de comitê em grupo, de ir dez pessoas, cinco pessoas. Aí, daqueles, dez ou vinte já saíam entendidos e iam já passando.*” (A25, linha 43-54)

"De repente, dei-me conta de que tudo havia mudado porque havia cura. Que a idéia da morte inevitável paralisa. Que a idéia da vida mobiliza... Mesmo que a morte seja inevitável, como sabemos. Acordar, sabendo que se vai viver, faz tudo ter sentido de vida. Acordar pensando que se vai morrer faz tudo perder o sentido. A idéia da morte é a própria morte instalada.

De repente, dei-me conta de que a cura da AIDS existia antes mesmo de existir, e de que seu nome era vida. Foi de repente, como tudo acontece."

Betinho

CAPÍTULO V: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Baseados nos dados quantitativos apresentados no capítulo anterior, percebemos que os casos de AIDS entre os idosos continuam crescentes. De acordo com os dados qualitativos provenientes das falas dos idosos entrevistados, esse aumento pode ser justificado pela escassez de campanhas voltadas para essa faixa etária e pela falta de oportunidades de discussão sobre DST/AIDS com os idosos.

Apesar de 68,33% dos entrevistados terem afirmado que os idosos recebem informações suficientes para prevenir a infecção pelo HIV, apenas 36,67% sabiam que o coito interrompido não impede a transmissão do vírus. Destarte, 56,67% dos idosos afirmaram que a AIDS pode ser transmitida pelo mosquito, 35% por copos, talheres, roupas e toalhas, 33,33% pelo suor. Destarte, 60% dos idosos disseram que é fácil identificar a pessoa portadora do vírus da AIDS pela aparência. Ademais, 31,67% dos participantes acreditam que só os jovens devem receber informações sobre como evitar a transmissão da AIDS e 30% dos entrevistados afirmaram que os idosos não correm risco de pegar AIDS e 63,33% de que pessoas com idade igual ou superior a 60 anos correm menos risco de pegar AIDS.

As categorias que emergiram dos dados e que foram descritas no capítulo anterior remetem-nos aos saberes de idosos sobre a AIDS e o processo interpretativo por meio do qual esses saberes são gerados.

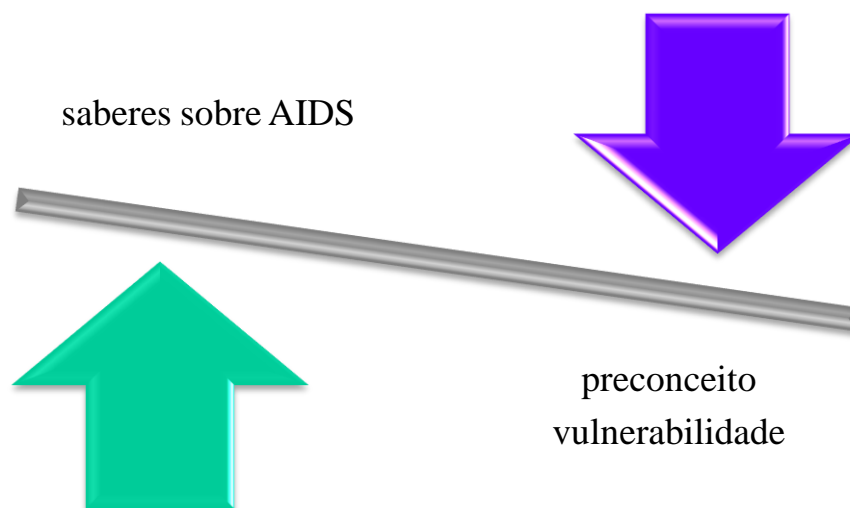
A aquisição dos saberes dos idosos entrevistados resultou na interação entre a experiência vivida e as informações adquiridas. Esses saberes abrangem o conceito, a transmissão, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da AIDS e são decisivos no processo interpretativo que podem gerar medo e preconceito ou solidariedade e compreensão. Além disso, os significados gerados por esses saberes baseiam as ações desses indivíduos o que, pela percepção de risco e práticas de risco adotadas pelos idosos podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade dos mesmos à AIDS, o que corrobora com o determinante da vulnerabilidade descrito por Mann, Tarantola e Netter (1993, p. 297).

O comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção pelo HIV; portanto, é necessário um enfoque no indivíduo, embora claramente não seja suficiente. O comportamento individual é tanto mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa (por exemplo, comportamento sexual na adolescência, meia idade e terceira idade), mudando em resposta à história e experiência pessoal e fortemente influenciado por indivíduos-chave (família, amantes, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes, como religiões e estados-nações. (MANN, TARANTOLA & NETTER, 1993, p. 297)

Assim, percebemos que, além dos fatores descritos, a decisão / opção individual deve ser valorizada, já que, na prática, cada pessoa avalia, de acordo com seus saberes, valores e crenças, o que é ou não importante para sua vida, configurando mais um desafio para o profissional de saúde que realiza ações educativas.

A partir dos dados do estudo em tela, observamos que o processo interpretativo gerador dos saberes sobre a AIDS deu-se a partir da interação simbólica com a Pessoa com AIDS, seja ela conhecida ou não, próxima ou distante. O significado que cada um atribuiu à Pessoa com AIDS gerou saberes e ações capazes de interferir no preconceito e na vulnerabilidade desses indivíduos. Dessa forma, notamos que quanto mais próximos da realidade ou quanto mais saberes o idoso tem sobre AIDS, menor é o preconceito e a vulnerabilidade a AIDS. Além disso, Mann, Tarantola e Netter (1993, p. 298) destacam que “a prevenção do HIV requer indivíduos investidos da responsabilidade de aprender e responder”.

Figura 06: Saberes sobre AIDS versus preconceito e vulnerabilidade



Fonte: FERNANDES, 2011. Elaboração própria a partir dos dados da dissertação em tela.

Através das falas dos idosos notamos que a falta de experiências e/ou informações corretas referentes à AIDS contribuem para o preconceito. Em estudo realizado por Lazzarotto e outros (2008, p. 1837) com 500 idosos do Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, 21% dos respondentes associaram a AIDS a um castigo divino para aqueles que cometeram pecados.

Destarte, precebemos que a falta de informação gera medo e preconceito. No início da epidemia, quando não havia conhecimento sobre transmissão e prevenção e os medicamentos ainda não existiam era compreensível que o pânico fizesse nascer o preconceito. Entretanto, 30 anos após o início da epidemia, os idosos entrevistados ainda têm preconceito, mesmo tentando (dizendo) não ter. Isso se deve, em parte, pelas propagandas veiculadas nos primeiros anos da epidemia, que tentavam evitar a transmissão através do medo (SOUZA, 1994, p. 31-35).

De acordo com os idosos entrevistados, entretanto, uma das causas da falta de informação é a escassez de campanhas, principalmente específicas para os idosos. Isso porque, como não se identificam com as campanhas, não se interessam ou não prestam atenção nas mesmas, o que os torna alheios às informações e propensos a aquisição ou manutenção de preconceitos. Um dos destaques feitos

pelos participantes deste estudo é que antigamente / no início da epidemia as propagandas sobre AIDS eram constantes. Essas propagandas muitas vezes traziam conteúdos discriminatórios e estereotipados, o que, em parte, seria justificável pelas incertezas acerca da doença. Porém, de acordo com os idosos entrevistados, ao longo anos as respostas em termos de mídia e de campanhas veiculadas ainda não conseguiram superar os antigos estereótipos tão bem divulgados em décadas passadas.

Sobre o conhecimento de idosos sobre DST / AIDS em estudo realizado por Araújo, Lopes e Costa (2008, p.12), os meios de comunicação em massa, como televisão, rádio e jornais, foi identificado como a principal fonte de informações sobre a AIDS para os idosos, corroborado nos depoimentos dos entrevistados na pesquisa em tela. No início da década de 80, as manchetes de jornais traziam a AIDS como “peste gay” ou “câncer gay” (DANIEL & PARKER, 1991, p. 36) e as campanhas governamentais disseminavam o medo e o preconceito, influenciando o imaginário popular, como destacaram Araújo, Lopes e Costa (2008, p. 12).

Uma propaganda do Ministério da Saúde, que era televisionada no ano de 1994 e reproduzida em cartazes, estampava a seguinte mensagem: "Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar". A AIDS era representada como uma figura mascarada, um "fantasminha". As pessoas eram silhuetas anônimas com alvos localizados sobre as áreas genitais. Este tipo de representação misteriosa da transmissão pode explicar, em parte, as concepções preconceituosas identificadas no discurso dos entrevistados, assim como algumas percepções sobre as causas da epidemia e as formas de contágio. (ARAÚJO, LOPES & COSTA, 2008, p. 12)

É necessário destacar que, além dos meios de comunicação em massa, os idosos entrevistados na pesquisa em tela apontaram que o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do HESFA foi uma fonte segura e esclarecedora de informações. De acordo com Araújo e Camargo Jr. (2004, p. 60), o aconselhamento relaciona-se com o processo educativo, cujo enfoque preventivo visa o apoio situacional e a solução do problema, configurando o aconselhamento individual, personalizado e o coletivo importantes tecnologias de cuidado no campo da prevenção.

Dessa forma, apesar dos fenômenos de feminização, heterossexualização e envelhecimento da epidemia, conceitos abordados na revisão de literatura, estarem tão evidenciados no meio acadêmico, poucos idosos levantaram essas questões. Assim, podemos supor que, para o senso comum, ainda existem grupos de risco e a AIDS ainda tem a cara da deterioração, do emagrecimento, da morte, segundo os idosos entrevistados. Através das entrevistas observamos ainda que a experiência de conviver com pessoa soropositiva ou que tenha AIDS contribuiu para que os idosos confrontassem o preconceito com as informações recém adquiridas para ajudar no cuidado com essa pessoa.

Isso porque, à luz do Interacionismo Simbólico (BLUMER, 1969, p. 2), os significados da AIDS derivam das interações sociais e são manipulados e modificados através de processo interpretativo sobre as coisas que a pessoa encontra. Isto é, as informações adquiridas sejam elas pela experiência ou pela veiculação formal de informações fazem parte das interações sociais e do processo interpretativo acerca da doença. Assim, a aquisição do saber pelos idosos interfere, ainda, nos seus atos e práticas, já que os saberes influenciam a percepção de risco, que, por sua vez está associado à vulnerabilidade à doença e as práticas de risco.

Figura 07: Relação entre saberes, significados e práticas



Fonte: FERNANDES, 2011. Elaboração própria a partir dos dados da dissertação em tela.

De acordo com Parker (2000, p. 17-21), “os significados subjetivos (psicológicos) e intersubjetivos (sociais e culturais)” associados ao comportamento sexual podem ter mais importância que a frequência desse comportamento. Ainda segundo o autor, as estratégias de prevenção da AIDS devem considerar a construção do desejo sexual, a formação e a transformação das identidades sexuais, “as relações de poder e dominação que podem moldar e estruturar as interações sexuais e as redes sociais/sexuais que canalizam e condicionam a seleção de potenciais parceiros sexuais” (PARKER et al., 2000, p. 21).

A prevenção do HIV bem sucedida – responsabilidade para a prevenção do HIV – requer três elementos: informação/educação; serviços de saúde e sociais; e um ambiente social de apoio. A vulnerabilidade pessoal à infecção pelo HIV aumenta com a falta de informações precisas, relevantes e abrangentes sobre a Infecção pelo HIV. A vulnerabilidade pessoal aumenta quando o indivíduo não está preocupado ou suficientemente motivado com relação ao perigo da infecção pelo HIV. A vulnerabilidade pessoal também aumenta quando o indivíduo carece de habilidade, acesso aos serviços necessários, suprimentos ou equipamento e o poder ou confiança para

sustentar ou implementar mudanças comportamentais (MANN, TARANTOLA & NETTER, 1993, p. 298)

Portanto, faz-se necessário que os enfermeiros - assistenciais, docentes, pesquisadores ou em formação - valorizem os aspectos relacionados à sexualidade do idoso ao planejar o cuidado de enfermagem a essa faixa etária, que deve incluir estratégias de prevenção de DST/AIDS. Indubitavelmente a consulta de enfermagem, em nível de assistência básica ou hospitalar, é uma oportunidade ímpar para a investigação de possíveis práticas de risco e seus aspectos subjetivos para a infecção pelo HIV, uma vez que esse atendimento é, essencialmente, holístico.

Cabe aqui uma crítica ao serviço oferecido aos usuários do PAIPI até o momento da realização das entrevistas, de janeiro a novembro de 2011, já que eles apresentaram um percentual igual ou maior de respostas incorretas do que os usuários da UCB, enquanto esperávamos que ocorresse o inverso. A partir desses dados, acreditamos haver a necessidade de um melhor planejamento das ações educativas sobre HIV / AIDS, com o intuito de despertar o interesse dos idosos pela temática, através de atividades lúdicas e interativas.

Além disso, é importante salientar que a realização das ações educativas em saúde – umas das competências do enfermeiro – é intrínseca ao cuidado de enfermagem, uma vez que esse cuidado deve instrumentalizar o cliente para sustentar o autocuidado. Entretanto, a educação em saúde não pode ser limitada à transmissão de informações sobre doenças e seus tratamentos, sendo prioritário o empoderamento dos clientes para o exercício de sua cidadania e tomada de decisão sobre sua saúde, de forma consciente e transformadora. Para isso, é necessário pautar a construção dos saberes populares nas reflexões da práxis, com participação da comunidade e através da reflexão crítica da realidade (SANTOS et. al., p. 258; FREIRE, 1981, p. 40).

Essa pedagogia, chamada de “freireana” ou “para a liberdade”, apesar de antiga, continua sendo inovadora, principalmente no âmbito da saúde. Isso porque o discurso da saúde ainda utiliza insuficientemente a dialogicidade, a troca de

experiências no lugar da transmissão de conceitos, a construção conjunta de saberes ao invés de “ensinar → aprender”. Ainda é necessário que os profissionais de saúde empoderem-se da educação para liberdade para permitir o empoderamento pelos usuários da sua própria vida.

A codificação, de um lado, faz a mediação entre o contexto concreto e o teórico; de outro, como objeto de conhecimento, mediatiza os sujeitos cognoscentes que buscam, em diálogo, desvelá-la. Por isto é que, sendo o selo do ato cognoscente, o diálogo não tem nada que ver, de um lado, com o monólogo do educador “bancário”; de outro, com o silêncio espontaneista de certo tipo de educador liberal. O diálogo engaja ativamente a ambos os sujeitos do ato de conhecer educador-educando e educando-educador. (FREIRE, 1981, p.42)

Apesar de consagrada, essa pedagogia ainda é insuficientemente utilizada pelos profissionais de saúde que realizam atividades preventivas. Acreditamos, entretanto, que ela se faz ainda mais indispensável quando o público alvo é o idoso. Chega a ser antiético e antiestético por parte dos profissionais de saúde a não valorização da experiência, da cultura, da vivência e dos saberes de pessoas que já viveram tanto, que superaram tantas dificuldades e que são, de fato, senhoras e senhores de si.

Além disso, ao planejar ações educativas em saúde para idosos, devem ser considerados os aspectos culturais, cognitivos e físicos, como acuidades auditiva e visual, além do nível de escolaridade. No estudo em tela, 10% dos 60 entrevistados nunca estudaram e 21,67% estudaram menos de cinco (05) anos. Além disso, 6,67% tem renda familiar inferior a um (01) salário mínimo e 26,67% tem renda maior que um (01) e menor que dois (02) salários. Dos 60 entrevistados, apenas 30% sabiam que o mosquito não transmite o HIV. Os demais, apesar de já terem ouvido falar que o mosquito não transmite o vírus, pelo fato de mosquitos estarem relacionados simbolicamente a sangue, não conseguiram desconstruir a relação entre mosquito↔sangue↔AIDS. Assim, tendo a pretensão de reconstruir esse saber, primeiramente tive que entender a complexidade dessa relação e todos os fatores que a permeiam. Além disso, foi importante utilizar a mesma linguagem dos idosos e sempre certificar se eles estavam compreendendo a minha explicação.

Assim, para cada idoso que afirmava que o mosquito tem capacidade de transmitir a AIDS, ou não sabiam se sim ou se não, primeiramente eu busquei apreender as informações, crenças e “teorias” para a citada relação. Assim, além do fator “sangue”, os idosos também citaram a transmissão do vírus da dengue, que ocorre através de um mosquito. Dessa forma, compreendendo a “teoria” apontada pelos idosos, devolvia a eles a corresponsabilidade de pensarmos juntos, como no exemplo a seguir, que foi comum a discussão após a entrevista, com, pelo menos, 70% dos entrevistados que tinham dúvida sobre a transmissão da AIDS pelo mosquito:

- *Por que você acha que o mosquito transmite o vírus da AIDS?*

Resposta 1: Porque ele chupa o sangue de uma pessoa que tem AIDS e depois pode chupar o sangue de uma pessoa que não tem, aí transmite.

Resposta 2: Porque se ele transmite a dengue, também vai transmitir a AIDS.

- *O mosquito “chupa o sangue” de várias pessoas, mas é qualquer mosquito que transmite a dengue?*

Resposta: Não, é só aquele com listras brancas.

- *Então, será que, para transmitir a dengue, esse mosquito de listras brancas tem alguma coisa que os outros não tem?*

R: Será? É possível, porque de todos os mosquitos, é só esse que transmite a dengue. Mas e a AIDS, qual o mosquito que transmite?

A partir dessas três (03) perguntas tão básicas feitas pela pesquisadora, foi possível instigar a curiosidade desses idosos, que, começaram a se questionar sobre a possibilidade de transmissão da AIDS pelo mosquito, tornando-se, então, mais receptivos e interessados na posterior explicação, o que, na maioria das vezes incluía desenhos e alguns dos detalhes acerca da picada do mosquito. Toda a discussão após a entrevista foi abordada dessa forma.

Dornelles (2000, p. 35), no Projeto Prazer Sem Risco, desenvolvido para estimular a conscientização de adolescentes de Florianópolis em relação à prevenção do HIV/AIDS, propôs que os jovens construíssem materiais informativos, incentivando a participação dos mesmos no engajamento político e social de preservação da vida.

Além de desenhos e construção de materiais informativos, outras ferramentas podem mostrar-se muito úteis, de acordo com as características de cada clientela. Dramatizações, textos, filmes, jogos temáticos, experimentos, entre outras atividades, são maneiras lúdicas, interativas e participativas de construir saberes.

Ao realizar ações educativas em saúde para idosos os enfermeiros devem objetivar, primordialmente, o empoderamento desse cliente, para que o mesmo exerça sua cidadania como sujeito protagonista de sua história de vida e de sua comunidade. A partir disso, e com o fortalecimento da relação enfermeiro-cliente, será possível a desconstrução de saberes que geram hábitos prejudiciais à saúde, a troca de saberes e a consequente construção de novos saberes, que possam, por sua vez, gerar significados e hábitos saudáveis.

Para se ter êxito em Ações Educativas de Saúde Pública é preciso ter o diálogo como mediador, a lealdade como suporte político e os saberes populares como uma das fontes de conhecimento. (THUM, 1998, p. 49)

Faz-se necessário salientar que a tomada de decisão sobre seus hábitos é do próprio cliente, podendo ser compartilhada com os profissionais de saúde e com a família. Entretanto, esse compartilhamento não deve, de forma alguma, ir de encontro à autonomia e à liberdade do cliente sobre sua vida. O que parece ser óbvio, é extremamente difícil para profissionais comprometidos com a qualidade de vida e saúde do cliente, cuja formação profissional preconiza a promoção da saúde e prevenção de doenças, devendo ser, portanto, exercitado a fim de que não desrespeitemos o direito de escolha de cada cliente. O que não podemos esquecer é que, para uma decisão consciente, é necessária uma educação transformadora (FREIRE, 1981, p. 41).

A conscientização e a transformação são imprescindíveis para que o cliente realize e sustente o autocuidado. No caso específico de ações educativas sobre AIDS para idosos, essa premissa torna-se ainda mais verdadeira, uma vez que a atual geração idosa, na fala dos entrevistados, não vivenciou na juventude, a preocupação com DST incurável e a cultura do uso do preservativo. Além disso, no que diz respeito às mulheres, a despreocupação com a gravidez, descartada após a menopausa, pode ser uma das causas do não uso do preservativo.

“Mas gostaria de terminar, dizendo o seguinte: creio que podemos transformar a tragédia da AIDS, da enfermidade e da doença num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós e em todos nós, o sentido da vida e da dignidade. E, com esse sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática, de uma sociedade justa e fraterna.”

Betinho

CAPÍTULO VI: CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1 Conclusão

No início da segunda década do século XXI o perfil demográfico e epidemiológico da AIDS entre pessoas com 60 anos de idade ou mais no Brasil, na região Sudeste, no estado e no município do Rio de Janeiro indica um alarmante aumento do número de idosos soropositivos, em contraste com a tendência de estabilização da epidemia ao estudarmos a população geral, que inclui todas as idades.

Esses dados apontam a demanda de ordem sociodemográfica do desenvolvimento de ações educativas sobre AIDS para idosos. No contexto do estudo em tela e baseados na dialogicidade, verificamos a demanda de se conhecer e descrever os saberes de idosos acerca da AIDS, a fim de discutirmos a importância desses saberes para o planejamento, a implementação e a avaliação de ações educativas, cuidado de enfermagem e autocuidado efetivos e eficazes.

Os resultados dos dados quantitativos mostraram que apesar de 68,33% dos entrevistados terem afirmado que os idosos recebem informações suficientes para se protegerem da AIDS, alarmantes percentuais evidenciaram desafios a serem vencidos, em particular quando ainda ouvimos de idosos residindo em grandes centros urbanos que: o coito interrompido não impede a transmissão do vírus HIV; a AIDS pode ser transmitida pelo mosquito, por copos, talheres, roupas, toalhas e pelo suor; é fácil identificar a pessoa portadora do vírus da AIDS pela aparência; só os jovens devem receber informações sobre como evitar a transmissão da AIDS; pessoas com idade igual ou superior a 60 anos correm menos risco de pegar AIDS; e os idosos não correm risco de pegar AIDS. Os alarmantes percentuais e o conteúdo que representam na seção de resultados nos remetem à falta de informações corretas sobre a AIDS, o que influencia diretamente a percepção de risco desses idosos em relação à AIDS, aumentando a vulnerabilidade à doença e o preconceito.

Ademais, mesmo cientes da importância das campanhas veiculadas nos meios de comunicação de massa, como televisão e rádio, percebemos que o

conteúdo dessas campanhas, na maioria das vezes, não é direcionado ao público idoso. Evidenciado nos dados quantitativos, os idosos demonstram menos interesse pelas mesmas, e acabam por perder a oportunidade de confrontar seus saberes com essas novas informações, essencialmente por não se identificarem com as propagandas em questão.

A análise dos dados qualitativos utilizando aspectos da Teoria Fundamentada em Dados à luz do interacionismo simbólico, percebemos que os saberes dos idosos sobre a AIDS geram significados que podem ser manipulados e que baseiam as ações de cada um. Os dados qualitativos apontaram que os saberes de idosos são capazes de aumentar ou diminuir a vulnerabilidade e o preconceito relacionados à doença. Em outras palavras, os dados apontaram que os símbolos ou campanhas em veiculação sobre a AIDS na primeira década do século XXI não mudaram significados ou mesmo apresentaram potencial para gerar novos - simplesmente porque não alcançaram a vida e os saberes das pessoas idosas entrevistadas - e potencialmente da atual geração idosa residindo em um grande centro urbano como é a Cidade do Rio de Janeiro e adjacências.

Para esses idosos, os significados atribuídos à AIDS foram gerados e manipulados por campanhas e notícias do início da epidemia, que traziam consigo o símbolo da morte e da promiscuidade. Assim, mesmo com os avanços científicos, que propiciaram a sobrevivência dos soropositivos, e as conquistas sociais obtidas por essas pessoas, que tiveram seus direitos reconhecidos, o preconceito ainda é um obstáculo a mais.

Portanto, se faz importante que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, planejem ações educativas dinâmicas, em observação aos símbolos a partir dos saberes e significados do e para o público alvo, sabendo que as ações educativas devem ser específicas e devem valorizar aspectos físicos, culturais e geracionais das pessoas.

Em particular porque a educação em saúde deve ter como objetivo não só informar o público alvo sobre determinado assunto, mas também despertar o interesse, incentivar os questionamentos, propiciar as discussões, confrontar os preconceitos, estimular a conscientização e promover a transformação ou modificar

significados. Dessa forma, as práticas educativas tem verdadeiro potencial para tornarem-se alavancas que propulsionam a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

De forma não intencional pela equipe de pesquisa, a realização de cada uma das entrevistas em si já funcionou como a primeira parte da intervenção, de ordem reflexiva para os idosos participantes. A segunda parte teve lugar ao término de cada uma das entrevistas e foi caracterizada por sessão informativa, personalizada trabalhando dúvidas, tabus, conceitos equivocados e apresentando conteúdo atualizado em HIV / AIDS e as pessoas idosas. Demandas de informação específica verificadas tanto no processo da coleta de dados quanto na análise e discussão dos resultados nos remetem à importância de ações educativas em saúde em particular sobre temas sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, e prevenção da AIDS e fornecendo, assim, subsídios que funcionem como facilitadores para sustentar o autocuidado, pautadas no empoderamento do cliente junto aos profissionais de saúde que os atendem - de forma a manter essas discussões rotineiramente - de forma criativa e motivadora.

6.2 Limitações do estudo

As principais limitações desta pesquisa foram (i) a realização em uma única instituição, com (ii) uma amostra de conveniência, não probabilística e (iii) ser do tipo corte temporal, com pessoas residentes em um grande centro urbano e adjacências.

6.3 Recomendações com base nos resultados

A partir dos resultados deste estudo, entendemos ser importante a replicação da pesquisa, com uma amostra maior e em outras instituições e regiões do país, a fim de conhecermos os saberes de idosos em diferentes culturas. Recomendamos (i) a realização de estudos de intervenção baseados nos resultados, do tipo caso controle e randomizado; (ii) que enfermeiros e demais profissionais de saúde, inclusive das unidades-cenário, planejem, implementem e avaliem ações educativas

sobre DST / AIDS para idosos, com base nas demandas específicas dessa clientela. Para isso, é necessário valorizar os saberes e a cultura dos idosos em questão e traçar estratégias dialógicas, lúdicas e interativas nos diferentes cenários de atenção e; (iii) o refinamento de propagandas e campanhas de prevenção da AIDS veiculadas nos meios de comunicação de massa. Isso porque, apesar de ser um veículo de grande referência para os idosos, até a ocasião da redação do presente relatório, as estratégias e forma de veicular o conteúdo não estão atingindo os objetivos para o grupo de pessoas idosas, conforme evidenciado nos destaques apontados nos dados quantitativos.

Além de serem veiculadas apenas em períodos de festas, como evidenciado nos depoimentos dos entrevistados da pesquisa em tela, as poucas campanhas direcionadas a idosos mostram predominantemente pessoas maduras, com faixa etária aproximada entre 50 e 65 anos e focam apenas o uso do preservativo. Quanto as campanhas que abordam questões relacionadas ao preconceito, divulgadas até o momento, estas não mostram pessoas idosas e ainda são veiculadas em pouca quantidade.

6.4 Contrapartida do estudo

Em contrapartida para os participantes e para a instituição cenário, este estudo tem como proposta a elaboração e a realização de uma atividade em grupo, com quatro encontros, a fim de oportunizarmos a discussão, tanto pelos entrevistados como pelos idosos que não participaram do estudo, dos questionamentos, das dúvidas e das colocações levantadas pelos entrevistados durante a coleta de dados. Além de abordar as questões referentes à AIDS, a atividade incluirá outros assuntos relacionados à sexualidade, como menopausa, hormônios, exames preventivos, etc., a partir das demandas dos idosos que participarão da atividade. A intenção é que a atividade seja realizada no PAIPI, devido à maior concentração de idosos e também pelo espaço físico apropriado, ficando o convite estendido aos demais idosos usuários do HESFA.

Para os idosos entrevistados no PAIPI organizamos e acompanhamos uma visita gratuita ao museu de ciências Espaço Ciência Viva, instituição na qual a pesquisadora principal (PI) trabalha. Após consulta o aceite dos idosos e aprovação pela diretoria do ECV, encaminhamos à coordenação do PAIPI carta para formalizar o convite (APÊNDICE 12). A data da visita foi agendada de acordo com a preferência dos idosos e disponibilidade do museu.

Os 17 idosos e a coordenadora do PAIPI, Nely Vieira de Almeida, acompanhados da orientadora da PI e ex-enfermeira do programa, Jaqueline Da Silva e de membros do grupo de pesquisa em enfermagem gerontológica do NUPENH / DEMC, participaram de atividades, mediadas por alunos de extensão, como: sala das cores, casa distorcida, lavagem das mãos, fermentação e preparo de pães, a vida do mosquito da dengue, além de explorarem a exposição interativa, com módulos de física, matemática, sexualidade, biologia, entre outros. A visita, que começou às 9:30h e tinha previsão de término às 11:30h, estendeu-se até às 13h, pelo entusiasmo dos idosos e colaboração dos mediadores.

Por ocasião da entrega do relatório final ainda não havia sido possível repetir a visita com os usuários da UCB pela impossibilidade de reunirmos e organizarmos o grupo. Entretanto, pretendemos trabalhar para que as visitas de grupos de idosos façam parte do planejamento administrativo e pedagógico do museu e dos projetos submetidos pela instituição a fim de obter financiamento para subsidiar os custos das visitas e do transporte dos idosos.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. **História Oral: A Experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990. p.101-152.
- ALENCAR, T.M.D., NEMES, M.I.B. & VELLOSO, M.A. Transformações da “AIDS aguda” para a “AIDS crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e AIDS. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 13(6):1841-1849, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 out. 2009, 14:10h.
- ALMEIDA, N.V. **Pessoas idosas, alfabetização funcional e educação para a saúde: a experiência do Hospital Escola São Francisco de Assis da UFRJ na perspectiva dos usuários**. Monografia de especialização apresentada à Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: s.n., 2008.
- AMARO, S.T.A. A questão da mulher e a AIDS: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Saude soc.**, São Paulo, v. 14, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2009, 14:53h.
- ARAÚJO, C.L.F & CAMARGO JR, K.R. **Aconselhamento em DST/HIV: pensando conceitos e práticas**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 2004.
- Araújo, C.L.F.; LOPES, M.B.P. & COSTA, L.P.M. **O conhecimento e as fontes de informações dos idosos sobre as DST/AIDS**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: s.n., 2008.
- ARAÚJO, V.L.B. et al.. Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 10(4):554-54, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/12.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2009, 13:47h.
- BERQUÓ, E.; BARBOSA, R.M. & LIMA, L.P. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev. Saúde Pública**, 42(Supl 1):34-44, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/06.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2009, 13:44h.
- BERTONCINI, B.Z.; MORAES, K.S. & KULKAMP, I.C. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. **J. bras. Doenças Sex. Transm**, 19(2):75-79, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista19-2-2007/3.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2009, 13:35h.
- BLUMER, H. **Symbolic Interactionism**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde. MonitorAIDS. **Gasto anual total do governo com AIDS**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:
<<http://sistemas.aids.gov.br/monitoraids/>>. Acesso em: 10 jun. 2010, 17:26h.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Interagencial de Informações para Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/d0201.def>>. Acesso em: 16 dez. 2009b, 12:36h.

_____. **Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popri.def>>. Acesso em: 16 dez. 2009, 11:47h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2008, 21h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica, nº 19. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2008, 17:30h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Manual **de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, 3ª Ed. Disponível em:
<http://www.acemfc.org.br/modelo1/down/manual_controle_dst.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2008, 15:00h.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em:
<<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B6A819873-441D-4FAB-9F54-76B85958C766%7D/cta%2002%20web.pdf>>. Acesso em: 02 jul. 2010, às 08:44h.

_____. Presidência da República Federativa do Brasil. Portal da Presidência. Notícias. Brasília, 2011. Disponível em
<<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2011/02/16/bndes-investe-r-2-milhoes-na-restauracao-do-hospital-escola-sao-francisco-de-assis>>. Acesso em: 22.05.2011, às 15:32h

BRASILEIRO, M.S.E. & FREITAS, M.I.F. Representações sociais sobre AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. **Rev. latinoam. Enferm**;14(5):789-795, set.-out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500022&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 28 maio, 2010, 18:10h.

BRITO, A.M. de; CASTILHO, E.A. de; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 34, n. 2, abr. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>>. Acesso em: 17 ago. 2009, 14:30h.

CALDAS, J.M. & GESSOLO, K.M. **AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública**. Virtual Congress: infecção VIH/SIDA nos países de língua portuguesa. 7º HIV-AIDS Virtual Congress. Portugal: 2006. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/html/pdf/285.pdf?id_comunicacao=285>. Acesso em: 1º maio 2010, 20:33h.

CARVALHO, L.S. et al.. O Interacionismo Simbólico como Fundamentação para Pesquisas de Enfermagem Pediátrica. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 15(1):119-24, jan/mar 2007.

CASSIANI, S.H.B.; CALIRI, M.H.L. & PELÁ, N.T.R. A Teoria Fundamentada nos Dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Rev.latino-am.enfermagem**, v. 4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n3/v4n3a07.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2010, às 08:44h.

CASTRO, M.P. **O viver com HIV/AIDS na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado da cidade de São Paulo**. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de São Paulo. São Paulo: s.n., 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5134/tde-11092007-140650/publico/mildred.pdf>>. Acesso em: 22 jul 2010, às 15:55h.

CECCIM, R.B. **Pacientes impacientes**. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CHARMAZ, K. **Grounded Theory in the 21st Century: applications for advancing social justice studies**. In: DENZIN, N.K. & LINCOLN, Y.S. The sage handbook of qualitative research. California, USA: Thousand Oaks, 2005, 507-531.

CRESWELL, J.W. Research Design: Quantitative, Qualitative and Mixed Methods Approaches. 2.ed. - Thousand Oaks, CA, USA: SAGE Publications, 2003.

CROCHÍK, J.L. **Preconceito, indivíduo e cultura**. 3.ed – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

DANIEL, H. & PARKER, R.G. **AIDS: a terceira epidemia: ensaios e tentativas**. São Paulo: Iglu Editora, 1991.

DA SILVA, J. **Motivation for Self-Care in Older Women with Heart Disease and Diabetes – A Balancing Act**. Unpublished PhD Dissertation, University of California. San Francisco-CA, 2003.

_____. **Terceira idade e a enfermagem: a construção histórica de um projeto em saúde**. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: s.n., 1995.

DANTAS, R.C. **Identidade, sexualidade e AIDS: significações por mulheres na terceira idade portadoras de HIV**. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: s.n., 2007. Disponível em: <http://teses.ufrj.br/NUTES_M/RosileneCarregozaDantas.pdf>. Acesso em: 22 jul 2010, 16h.

DORNELES, P. **Projeto Prazer Sem Risco: uma experiência de Educação Popular e Saúde**. In: GICES- SC. Educação Popular e Saúde: diálogos com a vida. SC: UFSC, 2000.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I. de; COSTA, T.N.A. A Importância do Interacionismo Simbólico na Prática de Enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.31, n.2, p. 219-26, ago. 1997.

FEITOSA, A.R. **A cultura do idoso e sua influência no risco perante o HIV/AIDS. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Federal do Ceará**. Fortaleza: s.n., 2008. Disponível em: <http://www.teses.ufc.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1717>. Acesso em: 22 jul 2010, 15:05h.

FERREIRA, M.P. & GEPSAIDS. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, 42 (Supl 1):65-71, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/09.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2009, 13:42h.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 17.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Ação cultural para a liberdade**. 5ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.

FREUD, S. **Totem e tabu e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud – vol.XIII (1913-1914). 1.ed - Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GALVÃO, J. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GASPARINI, S.M. & PEREZ, B.F.A. A vivencia do idoso no processo de envelhecer e o HIV/AIDS: uma reconstrução dupla com suas possibilidades e limites. **J. bras. AIDS**, 5(5):203-206, set.-out. 2004. tab.

GODOY, V.S. et al. O perfil epidemiológico da AIDS em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do DATASUS: realidades e desafios. **DST j. bras. doenças sex. transm**; 20(1):7-11, 2008. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista20-1-2008/1.pdf>>. Acesso em: 02 maio, 2010, 15:35h.

GOFFMAN, E. **Estigma - Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed – Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GROSS, J.B. **O estudo de portadores de HIV/AIDS após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado apresentada Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: s.n., 2005. Disponível em: <<http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese=20059431010016003P2>>. Acesso em: 15 maio, 2010, 19:15h.

HAIR, J.F. et al. **Multivariate data analysis**. 5 ed. New Jersey: Prentice Hall, 1998.

HEKMAN, P.R.W. **O idoso frágil**. In: FREITAS, E.V. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 926-929.

HESFA. Breve Histórico. **Hospital Escola São Francisco de Assis**. Disponível em: <<http://www.hesfa.ufjf.br/indexprog.html>>. Acesso em: 07 jul. 2011, 10:34h.

JAPIASSU, H. **Introdução ao pensamento epistemológico**. 7.ed – Rio de Janeiro: F. Alves, 1992.

KRAMER, A.S. et al. Alterações metabólicas, terapia antirretroviral e doença cardiovascular em idosos portadores de HIV. **Arq. Bras. Cardiol**. 2009, vol.93, n.5, pp. 561-568. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001100019&lng=pt>. Acesso em: 28 abr. 2010, 15:46h.

LAZZAROTTO, A.R. et al.. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**; 13(6):1833-1840, nov.-dez. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600018&lng=pt>. Acesso em: 12 abr. 2009, 14:22h.

LEITE, M.M.J.; PRADO, C. & PERES, H.H.C. **Educação em Saúde: desafios para uma prática inovadora**. 1.ed – São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010.

LEONELLO, V.M. & OLIVEIRA, M.A.C. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2007, vol.41, n.spe, pp. 847-852. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea18.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2010, 20:04h

LIMA, D.A. **A mulher com idade igual ou superior a 50 anos e a epidemia de aids: percepção e ações de moradoras de uma comunidade de baixa renda**. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2006. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7132/tde-03102006-094615/publico/Daniela_Angelo.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2010, 19h.

LIMA, E.A.R. **Qualidade de vida, envelhecimento e AIDS: uma revisão integrativa**. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa: UFPB, 2010. Disponível em: <http://btd.d.biblioteca.ufpb.br/tde_arquivos/18/TDE-2010-03-17T171051Z-333/Publico/Arquivototal.pdf>. Acesso em: 21 out. 2010, 16:17h.

LIMA, M.M. et al.. Conhecimento da população de Viçosa, MG, sobre as formas de transmissão da AIDS. **Ciênc. Saúde coletiva**; 13(6):1879-1888, 1411D., dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600023&lng=pt>. Acesso em: 02 maio, 2010, 15:50h.

LOPES, C.H.A.F. & JORGE, M.S.B. Interacionismo Simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, 2005; 39(1):103-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000100014&script=sci_abstract&lng=pt> . Acesso em: 17 maio, 2010, 2:53h.

MACEDO-SOARES, A.; MATIOLI, M.N.P.S. & VEIGA, A.P.R. **AIDS no idoso**. In: FREITAS, E.V. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 870-899.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M. & NETTER, T.W. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

MELTZER, B.N. **Mead's Social Psychology**. In: HERMAN, N.J. & REYNOLDS, L.T. Symbolic Interaction: an introduction to social psychology. Dix Hills, NY: General Hall, 1994, p. 38-54.

MIRANDA, K.C.L. et al. . Reflexões sobre o aconselhamento em HIV/AIDS em uma perspectiva freireana. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2009, 14:37h.

OLIVEIRA, I.C.V.; ARAÚJO, L.F. & SALDANHA, A.A.W. Percepções dos profissionais de saúde acerca da AIDS na velhice. **DST j. bras. doenças sex. transm**; 18(2):143-147, 2006. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br//revista18-2-2006/revista-dst-18-2-2006.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2010, 19:12h.

PAIVA, V.; PUPO, L.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000800015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2009, 14:23h.

PARKER, R. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

PEREIRA, E.C.A.; SCHMITT, A.C.B. & CARDOSO, M.R.A. Tendência da incidência e da mortalidade por AIDS em mulheres na transição menopausal e pós-menopausa no Brasil, 1996-2005. **Rev. Assoc. Med. Bras.** (1992); 54(5):422-425, set.-out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000500015>. Acesso em: 02 maio, 2010, 14h.

PINTO, A.C.S. et al.. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **J. Bras. Doenças Sex. Transm**, 19(1):45-50, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista19-1-2007/7.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2009, 13:18h.

POTTES, F.A. et al.. AIDS e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Rev. Bras. Epidemiol.** 10(3): 338-51, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n3/04.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2009, 16:09h.

PROVINCIALI, R.M. **O convívio com HIV/aids em pessoas da terceira idade e suas representações: vulnerabilidade e enfrentamento**. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: s.n., 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-09022007-155352/publico/RenataMariaProvinciali.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2010, 15:49h.

SALDANHA, A.A. de W.; FELIX, S.M.F. & ARAÚJO, L.F. de. Representações sobre AIDS na velhice por coordenadoras de grupos de terceira idade. **Psico-USF**, v13, n. 1, p. 95-103, jan./jun., 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousf/v13n1/v13n1a12.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2009, 13:20h.

SÁNCHEZ, A.I.M. & BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 12, n. 2,

p. 319-324, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 jun. 2010, 14:51h.

SANTOS, N.J.S. et al.. A AIDS no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2002, vol.5, n.3, pp. 286-310. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2002000300007&script=sci_arttext>. Acesso em: 02 maio, 2010, 18h.

SILVA, W.A. **A experiência de conviver com HIV/AIDS na velhice**. Tese de Doutorado apresentada À Universidade De São Paulo. São Paulo: s.n., 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-16122009-102915/>>. Acesso em: 22 jul. 2010, 15:43h.

SOUSA, J.L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **DST j. bras. doenças sex. transm**; 20(1):59-64, 2008. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br//revista20-1-2008/9.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2010, 13:58h.

SOUSA, J.L.; SILVA, M.D.P. & MONTARROYOS, U.C. Tendência de AIDS no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução de medicamentos para disfunção erétil: Brasil, 1990 a 2003. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**;10(2):203-216, ago. 2007. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000200006&lng=pt&nrm=iso#-a>. Acesso em: 28 abr. 2010, 17:10h.

SOUSA, M.C.P. de; ESPIRITO SANTO, A.C.G. do; MOTTA, S.K.A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, jun., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2009, 14:15h.

SOUZA, H.J. **A cura da AIDS**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

SOUZA, M.P.L. **Influência do treinamento resistido progressivo em idosos portadores do HIV**. Dissertação de Mestrado apresentada Universidade de São Paulo. São Paulo: s.n., 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-04102006-133442/publico/PaulaMariaLoioladeSouza.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2010, 16:11h.

STRAUSS, A. & CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução: ROCHA, L.O. 2. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

THUM, C. **Saberes populares em saúde: um respeito necessário**. In: GICES- SC. Educação Popular e Saúde: diálogos com a vida. SC: UFSC, 2000.

TORRES, G.V. & ENDERS, B.C. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Rev. Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 71-77, abril 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . **HIV Epidemiology: Progress, challenges and Human Rights implications**. In: XVIII International AIDS Conference: AIDS 2010 – Rights Here, Right Now, Vienna: 18-23 jul 2010a. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/vienna2010/en/index.html>>. Acesso em: 26 jul. 2010, 17:55h.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo_idoso.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2008, 20:30h.

_____. **Towards Universal Access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2008**. Geneva, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/towards_universal_access_report_2008.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2009, 15:39h.

_____. **What is HIV? What is AIDS?** HIV/AIDS. Online Question and Answer. WHO: jul 2010b. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/71/en/index.html>>. Acesso em: 26 jul. 2010, 19:03h.

ZORNITTA, M. **Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética**. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro: s.n., 2008. Disponível em: <<http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/9/8/1489-zornittamm.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2009, 15h.

APÊNDICES

APÊNDICE A - CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

APÊNDICE D - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA EEAN/HESFA

APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

APÊNDICE F - CRONOGRAMA DA PESQUISA

APÊNDICE G - Tabela 03 - Casos de AIDS diagnosticados, por ano, no Brasil

APÊNDICE H - Tabela 04 - Casos de AIDS diagnosticados, por ano, na região
Sudeste

APÊNDICE I - Tabela 05 - CASOS de AIDS diagnosticados, por ano, no estado do
Rio de Janeiro

APÊNDICE J - Tabela 06 - Casos de AIDS diagnosticados, por ano, no município do
Rio de Janeiro

APÊNDICE K - PLANO DE DISSEMINAÇÃO EM ANDAMENTO

APÊNDICE L - CARTA CONVITE AO PAIPI PARA VISITA AO ECV

Apêndice A - CARTA DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Da pesquisadora: Luana Lima Riba Andrieto Fernandes
E sua orientadora: Profª Drª Jaqueline Da Silva
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / EEAN/CCS/UFRJ
Para: Profª Drª Maria José Coelho
Responsável / Representante Institucional do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Assunto: **Solicitação de Permissão para Realização de Pesquisa nas Dependências do Hospital Escola São Francisco de Assis.**

Ilmo. Sr. Responsável Institucional,

Sabedoras da excelência e do caráter de referência de vossa instituição no cuidado especializado a pessoas idosas residentes na Cidade do Rio de Janeiro e adjacências, vimos por meio desta solicitar a V.Sª, autorização para conduzir a coleta de dados do projeto de mestrado "OS SABERES DE IDOSOS SOBRE A AIDS DIANTE DA MUTAÇÃO DA EPIDEMIA – UM ESTUDO DE ENFERMAGEM", objeto de estudo do trabalho proposto por Luana Lima Riba Andrieto Fernandes, orientada pela enfermeira e professora Drª Jaqueline Da Silva.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista (entrevista semiestruturada), cujo projeto encontra-se em anexo para vossa apreciação. A previsão de coleta de dados compreende o período de Dezembro de 2010 a Novembro de 2011. Ao término da análise dos dados, cartas de agradecimento e uma cópia do relatório final da pesquisa serão encaminhados à V.Sa. e à Instituição.

Em expectativa de recebermos vossa autorização, estamos, desde já, à disposição para maiores esclarecimentos julgados necessários.

Atenciosamente, aos 10 de novembro de 2010.

Luana Lima Riba Andrieto Fernandes
Luana Lima Riba Andrieto Fernandes e
Pesquisadora Principal

Jaqueline Da Silva
Jaqueline Da Silva
Professora Orientadora

Resposta da Instituição:

Autorizo a pesquisa sem divulgar o nome da instituição
Autorizo a pesquisa com divulgação do nome da instituição
Não autorizo a pesquisa

Rio de Janeiro, 16 de novembro de 2010.

Assinatura do Responsável / Representante Institucional: M. Catarina Salvador da Motta

Nome do Responsável Institucional: _____

Cargo do Responsável Institucional: _____

Mª Catarina Salvador da Motta
Vice-Diretora HESFA / UFRJ
SIAPE 1154442

Apêndice B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Mestranda: Luana Lima Riba Andrieto Fernandes, BSc

Orientadora: Jaqueline Da Silva, PhD

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: **Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem**, que tem como **objetivos**: (a) descrever os saberes de idosos em relação às formas de transmissão e prevenção e possíveis práticas de risco para a infecção pelo HIV; (b) discutir a importância dos saberes de idosos para o planejamento de ações educativas em saúde, cuidado de enfermagem e autocuidado. Este é um estudo baseado em uma abordagem mista, utilizando um instrumento de coleta de dados com perguntas quantitativas e qualitativas.

A pesquisa terá duração de dois (02) anos, com o término previsto para dezembro de 2011.

Suas respostas serão tratadas de forma sigilosa e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será garantida uma vez que seu nome será substituído pelo nome de um pássaro. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento o(a) senhor(a) pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista e questionário. A entrevista será gravada em dispositivo MP3 e esse material será guardado por cinco (05) anos e incinerado após esse período.

O(a) senhor(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada à sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Enfermagem Gerontológica.

O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail da pesquisadora responsável e de sua orientadora, o telefone e o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA, pelos quais o(a) senhor(a) poderá entrar em contato para tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!



Luana Lima Riba Andrieto
Fernandes

Pesquisadora principal

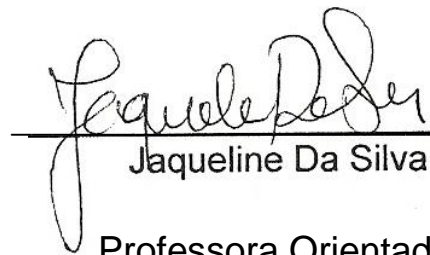
Celular: 8871-1117

E-mail:

luanaandrieto@gmail.com

UFRJ - CCS - EEAN - DEMC – NUPENH

E



Jaqueline Da Silva

Professora Orientadora

Celular: 96451542

E-mail:

jackiedasilva@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: Tel.: (21) 2293-8148 / Ramal: 228; (21) 2293-8999 / Ramal: 112. Rua Afonso Cavalcanti, 275 Centro – Cidade Nova – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20211-110.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa:

(assinatura)

Rubrica da pesquisadora principal: _____

Celular: 8871-1117 / E-mail: luanaandrieto@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/Ramal 228; (21) 2293-8999/Ramal: 112

pág 2/2

Apêndice C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do Projeto: Os saberes de idosos sobre a AIDS diante da mutação da epidemia – um estudo de Enfermagem.

Pesquisador responsável: Luana Lima Riba Andrieto Fernandes.

Telefone de Contato: (21) 8871-1117

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery / Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar.

A pesquisadora e coordenadora do presente projeto se compromete a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa e dos profissionais da instituição. Os dados coletados e disponibilizados para a pesquisa serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisadores e a informação arquivada em papel não conterá a identificação dos nomes dos sujeitos elencados. Este material será arquivado de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos, e terá a guarda por cinco anos, quando será incinerado.

Concorda, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos computadores das salas dos grupos de pesquisa da instituição envolvida sob responsabilidade da pesquisadora responsável. Este projeto está sendo encaminhado para avaliação pelo Comitê de Ética e Pesquisa - CEP-UFRJ, em reunião prevista para 30/11/2010.



Rio de Janeiro, 18 de novembro de 2010.



(assinatura)

Contato: luanaandrieto@gmail.com

Apêndice D - PROTOCOLO DE APROVAÇÃO CEP EEAN/HESFA

 E E A N	UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEAN/HESFA	
--	--	---

Protocolo nº108/2010

Título do Projeto: *OS SABERES DE IDOSOS SOBRE A AIDS DIANTE DA MUTAÇÃO DA EPIDEMIA - UM ESTUDO DE ENFERMAGEM*

Pesquisadora Responsável: Luana Lima Riba Andrieto Fernandes

Instituição onde a pesquisa será realizada: HESFA

Data de Entrega do Protocolo ao CEP

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 30 de novembro de 2010.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar **O RELATÓRIO DA PESQUISA DAQUI A 01 (HUM) ANO E/OU AO TÉRMINO DA MESMA, EM CD**, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 01 de dezembro de 2010.



Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

- 15) O(a) senhor(a) acha que existe alguma relação entre o uso de drogas e a AIDS?
- 16) O(a) senhor(a) acha que uma pessoa que faz uso de bebidas alcoólicas corre um risco maior de pegar a AIDS?
- 17) O(a) senhor(a) acha que uma pessoa que faz uso de drogas, como maconha ou cocaína, por exemplo, corre um risco maior de pegar a AIDS?
- 18) O(a) senhor(a) conhece / convive ou já conheceu / conviveu com alguém que faz / fez uso de drogas, como maconha ou cocaína, por exemplo, que tenha 60 anos ou mais?

d) Prevenção da AIDS

- 19) O que uma pessoa pode fazer para se proteger da AIDS?
- 20) Na sua experiência de vida, quem as propagandas das campanhas sobre a AIDS mostram / tentam informar / educar nos meios de comunicação?
- 21) O que o(a) senhor(a) acha das campanhas sobre a AIDS?
- 22) Durante algum atendimento de saúde, seja no hospital ou no posto de saúde, algum profissional de saúde já falou ou perguntou sobre a AIDS para o(a) senhor(a)? Em caso positivo, quem foi o profissional e o que ele / ela falou?

e) Diagnóstico / Tratamento da AIDS

- 23) Como o(a) senhor(a) acha que uma pessoa pode saber se pegou a AIDS?
- 24) O(a) senhor(a) acha que a AIDS tem tratamento? Em caso positivo, qual / como?
- 25) O(a) senhor(a) acha que a AIDS tem cura? Em caso positivo, qual / como?

f) Importância das informações sobre a AIDS

- 26) O que o(a) senhor(a) acha de a AIDS ser discutida com os idosos?

• Seção quantitativa (perguntas estruturadas)

a) A AIDS

- 27) Pegar HIV e pegar AIDS é a mesma coisa.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 28) HIV é o vírus que causa a AIDS.
() Verdadeiro () Falso () Não sei

Observações/Comentários feitos pelo entrevistado: _____

b) Práticas de risco para a AIDS

- 29) Só correm o risco de pegar o vírus da AIDS pessoas que têm práticas homossexuais (homem que faz sexo com outro homem ou mulher que faz sexo com outra mulher).
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 30) Durante a relação sexual, só se pega o vírus da AIDS se o homem ejacular.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 31) Os(as) idosos(as) não correm o risco de pegar o vírus da AIDS.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 32) Os(as) idosos(as) correm menos risco de pegar o vírus da AIDS.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 33) Se duas ou mais pessoas utilizarem a mesma seringa e/ou agulha, elas correm o risco de pegar o vírus da AIDS.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 34) Se duas ou mais pessoas utilizarem o mesmo “canudinho” para cheirar cocaína, elas correm o risco de pegar o vírus da AIDS.
() Verdadeiro () Falso () Não sei

Observações/Comentários feitos pelo entrevistado: _____

c) Transmissão da AIDS

- 35) O vírus da AIDS pode ser transmitido através do toque (abraço, aperto de mão).
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 36) O vírus da AIDS pode ser transmitido através de relação sexual.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 37) O vírus da AIDS pode ser transmitido através de copos, talheres, roupas e toalhas.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 38) O vírus da AIDS pode ser transmitido através do suor.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 39) O vírus da AIDS pode ser transmitido através do beijo.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 40) O vírus da AIDS pode ser transmitido através da transfusão sanguínea.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 41) O vírus da AIDS pode ser transmitido através da picada do mosquito.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 42) O vírus da AIDS pode ser transmitido através de alicates de unha e outros objetos cortantes.
() Verdadeiro () Falso () Não sei

- 43) O vírus da AIDS pode ser transmitido da mãe para o bebê durante a gravidez.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 44) O vírus da AIDS pode ser transmitido da mãe para o bebê através do leite materno.
() Verdadeiro () Falso () Não sei

Observações/Comentários feitos pelo entrevistado: _____

d) Prevenção da AIDS

- 45) O uso da camisinha durante as relações sexuais impede a transmissão do vírus da AIDS.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 46) Existe uma camisinha específica para as mulheres usarem.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 47) Atualmente, o sangue e seus derivados utilizados na transfusão sanguínea passam por teste para saber se estão contaminados com o vírus da AIDS.
() Verdadeiro () Falso () Não sei

Observações/Comentários feitos pelo entrevistado: _____

e) Diagnóstico / Tratamento da AIDS

- 48) O vírus da AIDS pode ser identificado através de exame de sangue.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 49) As pessoas portadoras do vírus da AIDS são facilmente identificáveis por causa da sua aparência.
() Verdadeiro () Falso () Não sei

Observações/Comentários feitos pelo entrevistado: _____

f) Importância das informações sobre a AIDS

- 50) Só os jovens devem receber informações sobre como não pegar o vírus da AIDS.
() Verdadeiro () Falso () Não sei
- 51) Os idosos recebem informações suficientes para não pegar o vírus da AIDS.
() Verdadeiro () Falso () Não sei

Observações/Comentários feitos pelo entrevistado: _____

APÊNDICE G - Tabela 03 – Casos de AIDS diagnosticados, por ano, no Brasil

Ano Diagnóstico	População Geral	Fi%	População Idosa	Fi%
1999	28.010	7,27	585	5,04
2000	31.393	8,14	744	6,41
2001	31.649	8,21	734	6,33
2002	37.902	9,83	938	8,09
2003	37.619	9,76	948	8,17
2004	36.834	9,56	1.050	9,05
2005	36.009	9,34	1.034	8,91
2006	34.614	8,98	1.185	10,22
2007	35.351	9,17	1.316	11,35
2008	37.465	9,72	1.441	12,42
2009	38.538	10,00	1.624	14,00
Total	385.484	100	11.599	100

Fonte: DATASUS (<http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>)

APÊNDICE H - Tabela 04 – Casos de AIDS diagnosticados, por ano, na região Sudeste

Ano Diagnóstico	População Geral	Fi%	População idosa	Fi%
1999	17.391	8,63	399	6,25
2000	18.749	9,30	492	7,71
2001	18.109	8,98	471	7,38
2002	21.266	10,55	547	8,57
2003	20.666	10,25	584	9,15
2004	19.774	9,81	605	9,48
2005	18.939	9,40	560	8,78
2006	17.444	8,65	609	9,54
2007	16.123	8,00	679	10,64
2008	16.570	8,22	679	10,64
2009	16.525	8,20	756	11,85
Total	201.556	100	6.381	100

Fonte: DATASUS (<http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>)

APÊNDICE I - Tabela 05 – Casos de AIDS diagnosticados, por ano, no estado do Rio de Janeiro

Ano Diagnóstico	População Geral	Fi%	População Idosa	Fi%
1999	3.735	7,20	121	6,36
2000	4.241	8,17	140	7,36
2001	4.289	8,26	145	7,62
2002	5.342	10,29	165	8,67
2003	4.949	9,54	176	9,25
2004	5.394	10,39	186	9,77
2005	5.053	9,74	179	9,41
2006	4.917	9,47	194	10,19
2007	4.673	9,00	179	9,41
2008	4.394	8,47	187	9,83
2009	4.910	9,46	231	12,14
Total	51.897	100	1.903	100

Fonte: DATASUS (<http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>)

APÊNDICE J - Tabela 06 – Casos de AIDS diagnosticados, por ano, no município do Rio de Janeiro

Ano Diagnóstico	População Geral	Fi%	População Idosa	Fi%
1999	2.223	8,28	85	7,81
2000	2.269	8,45	82	7,54
2001	2.071	7,72	77	7,08
2002	2.922	10,89	104	9,56
2003	2.369	8,83	85	7,81
2004	2.372	8,84	104	9,56
2005	2.667	9,94	94	8,64
2006	2.476	9,23	113	10,39
2007	2.445	9,11	97	8,92
2008	2.420	9,02	109	10,02
2009	2.603	9,70	139	12,78
Total	26.837	100	1.088	100

Fonte: DATASUS (<http://www.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>)

APÊNDICE K - PLANO DE DISSEMINAÇÃO

Universidade Federal do Rio de Janeiro / Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica / Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar

Pesquisa: **Os saberes de idosos sobre a AIDS – um estudo de Enfermagem**

Data / Local	Disseminação dos Resultados da Pesquisa
Data: 16/04/2010 Local: Rio de Janeiro / RJ (X) Apresentado () A apresentar	Evento: VIII Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica Título: Os desafios da AIDS na terceira idade diante da mutação da epidemia Modalidade: (X) Pôster () Apresentação Oral Produção: () Resumo (X) Resumo Ampliado
Data: 13/05/2010 Local: Rio de Janeiro / RJ (X) Apresentado () A apresentar	Evento: 17º Pesquisando em Enfermagem – EEAN / UFRJ Título: Os idosos e a AIDS – dados demográficos e epidemiológicos como base para o planejamento do cuidado de enfermagem Modalidade: (X) Pôster () Apresentação Oral Produção: (X) Resumo () Resumo Ampliado
Data: 27/09/2010 Local: Rio de Janeiro / RJ (X) Apresentado () A apresentar	Evento: 120 Anos da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - EEAP / UNIRIO Título: AIDS e idosos: Contribuições para o planejamento do cuidado de enfermagem Modalidade: (X) Pôster () Apresentação Oral Produção: () Resumo (X) Resumo Ampliado
Data: 16/10/2010 Local: Florianópolis / SC (X) Apresentado () A apresentar	Evento: 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem Título: A epidemia de AIDS entre os idosos – Subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem Modalidade: () Pôster (X) Apresentação Oral Produção: () Resumo (X) Resumo Ampliado
Data: 07/10/2010 Local: Rio de Janeiro / RJ (X) Apresentado () A apresentar	Evento: XXXII Jornada Giulio Massarani de Iniciação Científica, Artística e Cultural UFRJ Título: A AIDS na terceira idade – A importância de pesquisas epidemiológicas para o planejamento da assistência de enfermagem Modalidade: () Pôster (X) Apresentação Oral Produção: (X) Resumo () Resumo Ampliado
Data: 27/10/2010 Local: Rio de Janeiro / RJ (X) Apresentado () A apresentar	Evento: IV Seminário Internacional: Produção de Conhecimento e Núcleos de Pesquisa em Enfermagem – EEAN / UFRJ Título: Os saberes de idosos sobre a AIDS diante da mutação da epidemia – Um estudo de enfermagem Modalidade: (X) Pôster () Apresentação Oral Produção: (X) Resumo () Resumo Ampliado

<p>Data: 20/10/2011 Local: Rio de Janeiro / RJ (X) Apresentado () A apresentar</p>	<p>Evento: GERIATRIO - SBGG Título: Os saberes de idosos sobre a AIDS como subsídio para o planejamento de ações educativas em saúde - um estudo de enfermagem Modalidade: (X) Pôster () Apresentação Oral Produção: (X) Resumo () Resumo Ampliado <i>Vencedor do prêmio de melhor trabalho apresentado em gerontologia.</i></p>
<p>Data: 27/10/2011 Local: Rio de Janeiro / RJ (X) Apresentado () A apresentar</p>	<p>Evento: V Seminário Internacional: Produção de Conhecimento e Núcleos de Pesquisa em Enfermagem – EEAN / UFRJ Título: Os saberes de idosos sobre a AIDS - Um estudo de enfermagem Modalidade: (X) Pôster () Apresentação Oral Produção: (X) Resumo () Resumo Ampliado</p>

APÊNDICE L - CARTA CONVITE AO PAIPI PARA VISITA AO ECV



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa
Programa de Mestrado em Enfermagem
Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar



À Nely Vieira,

Coordenadora do Programa de Assistência Integral à Pessoa Idosa – PAIPI

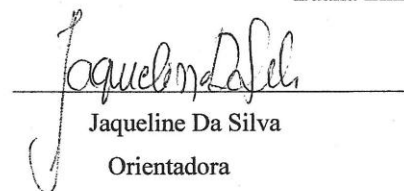
Criado em 1982, o Espaço Ciência Viva (ECV) é o primeiro museu participativo de Ciências do Brasil. Foi fundado por um grupo de cientistas, pesquisadores e educadores interessados em tornar a Ciência mais próxima do cotidiano do cidadão comum. Todo o último sábado de cada mês, o Espaço Ciência Viva abre suas portas para o evento Sábado da Ciência, abordando um tema específico. O evento é gratuito e atinge todas as faixas etárias. Além disso, o ECV recebe grupos em visitas agendadas, nas quais são abordados diversos temas através dos módulos da sexualidade, matemática, física, biologia, nutrição, entre outros.

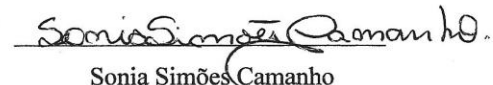
Eu, **Luana Lima Riba Andrieto Fernandes**, aluna do curso de mestrado da EEAN / UFRJ e enfermeira mediadora científica do ECV, venho por meio desta, convidar os usuários e a equipe do PAIPI para uma visita mediada ao ECV no dia **28 de outubro de 2011, às 9 horas e 30 minutos**. A visita é um gesto simbólico de agradecimento aos usuários do PAIPI pela receptividade e colaboração durante a coleta de dados da minha pesquisa, intitulada “Os saberes de idosos sobre a AIDS diante da mutação da epidemia – um estudo de enfermagem”, no referido programa. A visita e sua gratuidade foram aprovadas pela diretoria do ECV.

Assim, esperamos recebê-los em breve!

Atenciosamente,


Luana Lima Riba Andrieto Fernandes


Jaqueline Da Silva
Orientadora


Sonia Simões Camanho
Coordenadora pedagógica do ECV

ANEXOS

ANEXO A - ARTIGO SOBRE VISITA DOS IDOSOS DO PAIPI AO ECV



The screenshot shows the website for Espaço Ciência Viva. The header includes the logo and a search bar. The navigation menu has links for Home, Espaço Ciência Viva, Atividades, Rio+20, Contato, and Login. A sidebar on the left lists categories: Meio Ambiente, Entrevistas, Ciência e Arte, Doenças Tropicais, Faça você mesmo, and Ciência em Debate. The main content area is titled 'Espaço Escola > galeria_de_fotos' and features a large red heading: 'Visita do Programa de Assistência Integral à Pessoa Idosa (PAIPI) - HESFA - UFRJ'. Below the heading is a grid of 18 small photographs showing elderly people engaged in various activities at the museum. A text block below the photos describes the visit on October 28/10, mentioning the presence of the program's coordinator, a founder, a nurse, and two students. It also notes that the visit was extended to three and a half hours due to the high engagement of the elderly participants.

Meio Ambiente

Entrevistas

Ciência e Arte

Doenças Tropicais

Faça você mesmo

Ciência em Debate

Home Espaço Ciência Viva Atividades Rio+20 Contato Login

Espaço Escola > galeria_de_fotos

Visita do Programa de Assistência Integral à Pessoa Idosa (PAIPI) - HESFA - UFRJ

No dia 28/10 o museu Espaço Ciência Viva recebeu a visita dos idosos do Programa de Assistência Integral à Pessoa Idosa (PAIPI) do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), da UFRJ. A coordenadora do PAIPI, a pedagoga Nely Vieira acompanhou a visita, que também contou com a presença de uma das fundadoras do programa, a enfermeira Jaqueline da Silva, professora da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e de duas de suas alunas.

A ideia da visita surgiu como uma forma de agradecimento à participação dos idosos com a coleta de dados para a dissertação de mestrado da enfermeira Luana Fernandes, mediadora científica do Espaço Ciência Viva.

Os 16 idosos participaram de atividades em todos os módulos do museu e a empolgação foi tanta, que a visita, que costuma ser de duas horas, estendeu-se por três horas e meia, com a colaboração dos mediadores. Podemos ver o agradecimento nos sorrisos dos idosos e esperamos receber outros grupos dessa faixa etária!

[Se logue](#) ou [se registre](#) para poder enviar comentários

Fonte:

http://www.cienciaviva.org.br/drupal/fotos/visita_do_programa_de_assistencia_integral_pessoa_idosa_paiپی_hesfa_ufrj