



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO**

LAELSON ROCHELLE MILANÊS SOUSA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HIV/Aids POR IDOSOS

**TERESINA
2017**

LAELSON ROCHELLE MILANÊS SOUSA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HIV/Aids POR IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Eliete Batista Moura.

TERESINA
2017

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

S719r Sousa, Laelson Rochelle Milanês
Representações sociais do HIV/AIDS por idosos / Laelson Rochelle Milanês Sousa. -- Teresina, 2017.
78 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.
"Orientadora: Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura."
Bibliografia

1. Psicologia social. 2. HIV. 3. Idoso. I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 616.979 2

LAELSON ROCHELLE MILANÊS SOUSA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HIV/Aids POR IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Aprovada em 23 de Fevereiro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Maria Eliete Batista Moura (Presidente)
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof^a. Dr^a. Luana Kelle Batista Moura (1^a Examinadora)
Centro Universitário Uninovafapi - UNINOVAFAPI

Prof^a. Dr^a. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle (2^a Examinadora)
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof^a. Dr^a. Rosilane de Lima Brito Magalhães (Suplente)
Universidade Federal do Piauí - UFPI

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de desfrutar de um momento tão importante na minha carreira acadêmica, a conclusão do Mestrado e de ter tido a oportunidade de crescer e poder amadurecer com os ensinamentos que o curso proporcionou.

À Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura, o meu reconhecimento por seu trabalho e gratidão por esses dois anos em que tive oportunidade de estar ao seu lado e crescer com seus ensinamentos, sua participação na minha vida acadêmica e pessoal tem sido singular, muito obrigado.

Às professoras Dra. Luana Kelle Batista Moura, Dra. Andréia Rodrigues Moura da Costa Valle e Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães por aceitarem o convite para compor a banca examinadora deste trabalho e por suas contribuições tão relevantes para o melhoramento do mesmo, muito obrigado.

À enfermeira da Unidade Básica de Saúde do Bairro Saci, Maria do Ó Cunha Marreiros e a sra. Deusamar.

Aos colegas da turma IX de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí pela parceria, aprendizado e crescimento em grupo.

À ex-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, profa. Dra. Inez Sampaio Nery, pelo profissionalismo e brilhante carreira.

Ao Rafael Fernandes de Mesquita, pelo companheirismo, por todos os momentos juntos, por ser tão presente em minhas decisões e fazer parte delas desde o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação, Especialização e agora de Mestrado e por tornar meus dias mais alegres, meus sinceros agradecimentos.

A meus pais, Marcelo Milanês e Maria Celene, por acreditarem e serem grandes incentivadores dos meus objetivos! Agradeço a Deus por ter me dado a oportunidade de ter nascido de vocês. A meus irmãos, Marcelo Júnior e Pedro Lucas, pelos momentos bons e companheirismo ao longo da nossa jornada.

Em memória, à minha querida bisavó Zilda, que nos ensinou o sentido de família e amor.

RESUMO

O estudo tem como objeto as Representações Sociais do HIV/Aids por idosos. A problemática tem mais de três décadas e continua sendo um importante objeto de investigação social. Sabe-se que seu perfil epidemiológico tem sofrido profundas transformações e o número de infectados, com mais de 50 anos de idade, aumentou de forma expressiva. Além disso, a adesão às terapias antirretrovirais proporcionou aumento da expectativa de vida aliadas ao envelhecimento populacional geral. A pesquisa teve como objetivos apreender as Representações Sociais elaboradas por idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde sobre o HIV/Aids e compreender como as Representações Sociais interferem na prevenção do HIV/Aids. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Participaram da pesquisa 42 pessoas com idade a partir de 60 anos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Teresina-PI. A produção dos dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade em uma sala reservada da unidade de saúde no período de 25 de Maio a 10 de Agosto de 2016. Utilizou-se um instrumento semiestruturado dividido em duas partes: caracterização dos participantes e perguntas abertas sobre a temática. Os dados foram processados com suporte do *software IRAMUTEC* e analisados por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí CAAE 53300416.0.0000.5214 e número do parecer 1.576.974. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram identificadas 424 Unidades de Contexto Elementar classificadas em 509 segmentos de texto que representam 83.30% do corpus. Os resultados apresentam-se em cinco classes, a saber: Classe 1 – HIV/Aids: um problema de jovens – nesta classe os idosos apontam os jovens como o grupo mais vulnerável ao HIV/Aids pela facilidade de serem influenciados por amigos. Os idosos se excluem dos riscos de adquirir o vírus, Classe 4 – Tratamento para uma melhor qualidade de vida de pessoas que vivem com o HIV/Aids – observa-se mudança na representação da Aids que passa a ser vista como uma doença crônica em decorrência da terapia antirretroviral, Classe 5 – Vulnerabilidade ao HIV/Aids de mulheres heterossexuais em união estável – os idosos atribuem o risco de contágio a mulheres em união estável e apontam os companheiros masculinos como responsáveis pela contaminação ancorando-se em elementos culturais brasileiros, como o patriarcalismo e a visão de que o homem é o único responsável pela prevenção do casal, vitimizando a figura feminina, Classe 2 – Rede de informações sobre HIV/Aids: Processo de criação e transformação das Representações Sociais – é possível observar a interação social entre idosos e como as informações sobre o HIV/Aids são compartilhadas. É notória a influencia da mídia televisiva no processo de criação, evolução e transformação das Representações Sociais do HIV/Aids, Classe 3 – Prevenção *versus* Estigma – Nesta classe observa-se a citação da camisinha como principal método preventivo associado a informações sobre as formas de transmissão do vírus, porém a prática sexual de homens que fazem sexo com homens é mencionada como fator determinante na transmissão do vírus. Conclui-se que as Representações Sociais elaboradas por idosos situam-se em classes de sentido que assimilam o HIV/Aids como um problema típico de jovens, também estendida às mulheres em relacionamento heterossexual; que ainda carrega o estigma da morte e atribuído à grupos de homossexuais, especialmente pelo reforço que a mídia exerce neste sentido; percebida especialmente como uma doença do outro. Por não adotarem uma cultura prevencionista, outras investigações são necessárias a fim de se identificar formas estratégicas para sensibilizar a população idosa sobre suas vulnerabilidades e diminuição do estigma.

Descritores: Psicologia Social. HIV. Aids. Idoso.

ABSTRACT

The Social Representations of HIV/AIDS by the elderly people is the main study object of this research. The problem has more than three decades and remains an important object of social research. It is known that its epidemiological profile has undergone profound changes and the number of infected, that are over 50 years of age, has increased significantly. In addition, adherence to antiretroviral therapies has led to an increase in life expectancy associated with general aging of the population. The objectives of the research was to apprehend the Social Representations elaborated by the elderly attending in Basic Units of Health on HIV/AIDS and to understand how the Social Representations interfere in the prevention of HIV/Aids. This is a descriptive research with a qualitative approach based on the Social Representations Theory. The study included 42 people aged 60 and over who attended a Basic Health Unit in the city of Teresina-PI. The data were collected through in-depth interviews in a reserved room of the health unit from May 25 to August 10, 2016. A semi-structured instrument was divided into two parts: characterization of participants and open-ended questions on the subject. Data were processed using IRAMUTEC software and analyzed using the Hierarchical Descending Classification (CHD). The research was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Piauí, protocol number CAAE 53300416.0.0000.5214, and issue number 1,576,974. Participants signed the Informed Consent Term. We have identified 424 Elementary Context Units classified in 509 text segments representing 83.30% of the corpus. The results are presented in five classes, namely: Class 1 - HIV/Aids: a problem of young people - in this class the elderly point out the young people as the most vulnerable group to HIV/Aids because of the ease way of being influenced by friends. The elderly excludes themselves from the risks of acquiring the virus, Class 4 - Treatment for a better quality of life for people living with HIV/AIDS - there is a change in the representation of AIDS that is now seen as a chronic disease as a result antiretroviral therapy, Class 5 - HIV/AIDS vulnerability of heterosexual women in a stable union - the elderly attribute the risk of contagion to women in a stable union and point out that male partners are responsible for the contamination anchoring themselves in Brazilian cultural elements, such as Patriarchalism and the view that man is the only one responsible for preventing the couple, victimizing the female figure, Class 2 - Information network on HIV/AIDS: Process of creation and transformation of Social Representations - it is possible to observe the social interaction between the elderly And how information about HIV/AIDS is shared. The influence of television media in the creation, evolution and transformation of the Social Representations of HIV/AIDS, Class 3 - Prevention versus Stigma - is noteworthy in this class, condom use is cited as the main preventive method associated with information on the forms of Transmission of the virus, but the sexual practice of men who have sex with men is mentioned as a determinant factor in virus transmission. It is concluded that the Social Representations elaborated by the elderly are situated in classes of meaning that assimilate HIV/AIDS as a typical problem of young people, also extended to women in a heterosexual relationship; Which still carries the stigma of death and attributed to homosexual groups, especially for the reinforcement that the media carries out in this sense; Perceived especially as a disease of the other. Further research is needed to identify strategic ways to sensitize the elderly population about their vulnerabilities and reduce stigma.

Keywords: Social Psychology. HIV. Aids. Elderly people.

RESUMEN

Las Representaciones Sociales del HIV/SIDA de las personas de edad avanzada son el principal objeto de estudio de esta investigación. El problema tiene más de tres décadas y sigue siendo un objeto importante de la investigación social. Se sabe que su perfil epidemiológico ha experimentado profundos cambios y que el número de infectados, mayores de 50 años, ha aumentado significativamente. Además, la adhesión a las terapias antirretrovirales ha llevado a un aumento de la esperanza de vida asociada con el envejecimiento general de la población. Los objetivos de la investigación fueron aprehender las Representaciones Sociales elaboradas por los ancianos atendidos en las Unidades Básicas de Salud sobre el HIV/SIDA y comprender cómo las Representaciones Sociales interfieren en la prevención del HIV/SIDA. Se trata de una investigación descriptiva con un enfoque cualitativo basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. El estudio incluyó a 42 personas de 60 años y más que asistieron a una Unidad Básica de Salud en la ciudad de Teresina-PI. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas en profundidad en una sala reservada de la unidad de salud del 25 de mayo al 10 de agosto de 2016. Un instrumento semi-estructurado se dividió en dos partes: caracterización de los participantes y preguntas abiertas sobre el tema. Los datos se procesaron utilizando el software IRAMUTEC y se analizaron utilizando la clasificación jerárquica descendente (CHD). La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación de la Universidad Federal del Piauí, número de protocolo CAAE 53300416.0.0000.5214 y número 1.576.974. Los participantes firmaron el Término de Consentimiento Informado. Hemos identificado 424 Unidades de Contexto Elemental clasificadas en 509 segmentos de texto que representan el 83,30% del corpus. Los resultados se presentan en cinco clases, a saber: Clase 1 - HIV/SIDA: un problema de los jóvenes - en esta clase los ancianos señalan a los jóvenes como el grupo más vulnerable al HIV/SIDA debido a la facilidad de ser influenciado por amigos. Los ancianos se excluyen de los riesgos de adquirir el virus, Clase 4 - Tratamiento para una mejor calidad de vida para las personas que viven con el HIV/SIDA - hay un cambio en la representación del SIDA que ahora se considera una enfermedad crónica como resultado Terapia antirretroviral, Clase 5 - Vulnerabilidad del HIV/SIDA de las mujeres heterosexuales en una unión estable - los ancianos atribuyen el riesgo de contagio a las mujeres en una unión estable y señalan que los socios masculinos son responsables de la contaminación anclándose en elementos culturales brasileños Clase 2 - Red de información sobre el HIV/SIDA: Proceso de creación y transformación de las Representaciones Sociales - es posible observar la interacción social entre el hombre y la mujer Los ancianos y cómo se comparte la información sobre el HIV/SIDA. La influencia de los medios televisivos en la creación, evolución y transformación de las Representaciones Sociales del HIV/SIDA, Clase 3 - Prevención versus estigma - es notable en esta clase, el uso del condón es el principal método preventivo asociado con la información sobre las formas de La transmisión del virus, pero la práctica sexual de los hombres que tienen sexo con hombres se menciona como un factor determinante en la transmisión del virus. Se concluye que las Representaciones Sociales elaboradas por los ancianos se sitúan en clases de significado que asimilan el HIV/SIDA como un problema típico de los jóvenes, también extendido a las mujeres en una relación heterosexual; Que todavía lleva el estigma de la muerte y atribuido a los grupos homosexuales, especialmente por el refuerzo que los medios de comunicación llevan a cabo en este sentido; Percibido especialmente como una enfermedad del otro. Se necesitan más investigaciones para identificar formas estratégicas de sensibilizar a la población de edad sobre sus vulnerabilidades y reducir el estigma.

Palabras clave: Psicología Social. HIV. SIDA. Personas de edad avanzada.

LISTA DE SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IRAMUTEC	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
PI	Piauí
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RS	Representações Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de Contexto Elementar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Contextualização do problema e objeto do estudo.....	10
1.2	Questão norteadora.....	13
1.3	Objetivos.....	13
1.4	Justificativa.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.....	15
2.2	Envelhecimento e HIV/Aids.....	17
2.3	Estigma e aspectos da prevenção do HIV/Aids na população idosa.....	19
2.4	HIV/AIDS como objeto das Representações Sociais.....	22
3	METODOLOGIA.....	27
3.1	Tipo de pesquisa.....	27
3.2	Cenário da pesquisa.....	27
3.3	Participantes da pesquisa.....	28
3.4	Técnica e instrumento de produção dos dados.....	29
3.5	Processamento e análise dos dados.....	29
3.6	Aspectos éticos e legais.....	30
4	RESULTADOS.....	32
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICES.....	67
	ANEXOS.....	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), após mais de 30 anos de descoberta, continuam um importante objeto de investigações sociais.

A problemática do HIV/Aids causa danos à saúde, além de produzir imagens negativas em meios sociais, mesmo diante dos avanços no tratamento obtidos nos últimos anos (MERGUI; GIAMI, 2014). Já são notadas reconfigurações da representação popular da doença, ainda que em discreta redução da sua imagem negativa, em diversas realidades, tanto sob a ótica de usuários e de profissionais de saúde (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2014).

No mundo, atualmente, mais de 34 milhões de pessoas vivem com o HIV/Aids, com destaque para o continente Africano, especialmente a África Subsaariana, que concentra 71% deste total de pessoas. Dos 35 países que compõem a região, 10 são responsáveis por 81% do total de infectados no continente: Etiópia, Quênia, Malawi, Moçambique, Nigéria, África do Sul, Uganda, República Unida da Tanzânia, a Zâmbia e o Zimbábwe. Estima-se que 24,7 milhões de pessoas infectadas vivem na África Subsaariana (STEPANSKI, 2014). Porém, a redução global das taxas de infecção são notórias quando se comparam os anos 2001 e 2011, relação que registrou uma diminuição de 20% dos casos novos (UNAIDS, 2012). No Brasil é observada a mesma tendência de redução entre os anos 1980 e 2012 (BRASIL, 2015).

Conforme dados publicados pelo Ministério da Saúde no último Boletim Epidemiológico da aids publicado em 2015, houve diminuição significativa na mortalidade por aids (BRASIL, 2015). Nos Estados Unidos e Canadá, um soropositivo diagnosticado aos 20 anos em terapia antirretroviral terá expectativa de vida semelhante à população geral, podendo viver por mais de 70 anos (SAMJI, H. et al, 2013).

Desde o início da epidemia na década de 80, o Brasil notificou, até metade do ano de 2015, 798.366 casos de aids. Inicialmente a problemática concentrava-se nas principais capitais do Sul e Sudeste. O cenário hodierno mudou e a epidemia apresenta ampla expansão para todo o território nacional com aumento expressivo na região Norte. Entretanto, as regiões Sul e Sudeste ainda concentram o maior contingente de pessoas infectadas (BRASIL, 2015).

Em termos gerais, considera-se a estabilização da infecção no País, excetuando-se a região Nordeste onde houve crescimento de 30% na taxa de detecção entre os anos de 2005 a 2015. Outra peculiaridade apresentada pelo documento epidemiológico do Ministério da

Saúde é a taxa de detecção entre pessoas com idade igual e superior a 60 anos, que no ano de 2005 era de 15,1 por 100 mil habitantes e no ano de 2014 passou para 20,5 (BRASIL, 2015).

Além de mudanças quantitativas relacionadas ao número de novos infectados a cada ano, observa-se uma transição de sentido no perfil da aids, que deixa de ser relacionada à morte de forma direta e passa a ser percebida como doença crônica tratável que possibilita o prolongamento e melhoria da qualidade de vida para os portadores. Tais avanços têm associação direta com as terapias antirretrovirais (UNAIDS, 2012; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Além da cronicidade da doença, o mundo passa por um rápido envelhecimento populacional. Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre envelhecimento apontam que o número atual de aproximadamente 900 milhões de idosos irá saltar para 2 bilhões no ano de 2050, com 80% dos idosos distribuídos em países em desenvolvimento. Nesta direção, práticas de prevenção e promoção da saúde e o tratamento de doenças crônicas se configuram como um novo desafio para a saúde em âmbito mundial (OMS, 2015).

Os indicadores mostram que o aumento da expectativa de vida está relacionado a inúmeros fatores como diminuição de mortes por doenças do coração e declínio nas taxas de fecundidade (OMS, 2015). Entretanto, o envelhecimento de uma população com consequente aumento da expectativa de vida não é fator determinante para envelhecimento saudável, mas motiva investigações em âmbitos sociais e intervenções que prestem cuidados especiais voltados para o público de idosos a fim de contemplar as necessidades e anseios do grupo.

Diante da nova demanda populacional surgem novos desafios. Antes esquecidos ou não abordados em contextos de atenção básica, a compreensão do comportamento sexual de idosos e sua vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis como o HIV/Aids emergem como problemáticas contemporâneas. Mediante as atuais mudanças no perfil do HIV/Aids aliadas ao envelhecimento populacional desperta-se a necessidade de abordagens sociais sobre a problemática na população idosa.

Culturalmente, no Brasil, o comportamento sexual de idosos é negligenciado por parte da população e profissionais de saúde que tornam invisíveis tais práticas e não atuam de forma eficiente para minimizar os riscos de infecção pelo HIV ao admitir que não há prática sexual entre idosos ou que tal prática é reduzida (TORRES et al., 2011).

Estudiosos apontam que nos últimos anos a atividade sexual de idosos aumentou influenciada por fatores biológicos e tecnológicos como o próprio envelhecimento expressivo associado à tratamento de impotência sexual masculina, além do incremento de lubrificantes

artificiais que auxiliam mulheres no período pós menopausa (JACOBS; THOMLISON, 2009; SAGGIORAGO; TREVISOL, 2015). Associado ao aumento da atividade sexual, o baixo conhecimento sobre a doença e a não adesão ao uso do preservativo como medida de prevenção e redução de risco de infecção em atividades sexuais (PRATT et al., 2010), torna a população idosa alvo fácil de contaminação e a compreensão da forma como ela representa o HIV/Aids emerge como uma prioridade. Há a necessidade de se investigar as formas como idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde representam o HIV/Aids.

Parte-se do pressuposto que as práticas sexuais entre idosos fazem parte do cotidiano do grupo o que os torna vulneráveis ao HIV/Aids, especialmente se possuem conhecimento deficitário sobre as formas de transmissão e se atribuírem infecção aos grupos associados ao início da popularização no HIV na década de 80, como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Assim, as representações sociais do HIV/Aids elaboradas por idosos podem apontar construções psicossociais relevantes para discussões em âmbito científico.

Investigar as Representações Sociais de Idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde sobre o HIV/Aids provoca reflexão e compreensão das formas como o objeto é interpretado e quais valores são atribuídos a ele. Os sentidos atribuídos a um determinado objeto refletem o comportamento do grupo. Compreender a conjuntura psicossocial de idosos sobre tal problemática na contemporaneidade se configura como instrumento eficiente para a abordagem da prevenção e promoção da saúde entre pessoas com 60 anos e mais.

A TRS tem sido usada para abordar a problemática do HIV/aids desde as primeiras décadas da doença. Nos últimos 26 anos os países que com maior produção acadêmica sobre as Representações Sociais do HIV/Aids foram Reino Unido, Estados Unidos e Brasil (SOUSA et al., 2016).

A maior parte dos estudos brasileiros no campo temático do HIV/Aids que fundamenta-se na Teoria das Representações Sociais se ocupa, majoritariamente, de duas vertentes: pessoas que vivem com o vírus e profissionais de saúde que trabalham com portadores da doença (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015; DANTAS et al., 2015). No entanto, há uma discreta parcela que investiga pessoas com sorologia negativa e profissionais que não lidam diretamente com o vírus em suas rotinas (ARRAES et al., 2013; SOUZA; FREITAS, 2010).

Os estudos que buscaram as Representações Sociais de idosos sobre o HIV/Aids indicam que o grupo possui pouco conhecimento sobre o vírus e sobre a doença de forma que

a vulnerabilidade não é percebida, mas atribuída a pessoas que apresentam “comportamentos promiscuo” (SALDANHA; FELIX; ARAÚJO, 2008; ANDRADE; SILVA, SANTOS, 2010).

Buscar a compreensão de grupos sociais que não vivem com HIV/Aids é relevante, pois há a possibilidade de trabalhar participantes que constroem suas representações sem, necessariamente, possuírem sorologia positiva para o vírus ou que fazem parte do convívio familiar de uma pessoa vivendo com HIV/Aids. Mesmo sem a conexão direta, essas pessoas recebem influências por fontes secundárias de informação, como televisão, internet, jornais impressos, profissionais da saúde por meio de campanhas e na própria conjuntura social do cotidiado por meio de compartilhamento de ideias.

Investigações sobre a problemática do HIV/Aids na população idosa têm sido desenvolvidas sobremaneira mediante estudos quantitativos (SILVA; VASCONCELOS; RIBEIRO, 2013) que não valorizam os processos psicosociais e culturais do grupo, apoiados em indicadores epidemiológicos que não enfatizam os aspectos subjetivos da compleição dos comportamentos sexuais de idosos.

É fundamental conhecer os aspectos sociais e psicológicos de uma dada população para que se possa intervir nos problemas encontrados. Diante dessa problemática, o estudo tem como objeto as representações sociais do HIV/Aids por idosos.

1.2 Questão Norteadora

Nesta perspectiva, emerge a seguinte questão: quais as representações sociais do HIV/Aids elaboradas por idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde?

1.3 Objetivos

Partindo desta abordagem e dos questionamentos apresentados derivam-se os objetivos: apreender as Representações Sociais elaboradas por idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde sobre o HIV/Aids e compreender como as Representações Sociais interferem na prevenção do HIV/Aids.

1.4 Justificativa

A pesquisa se justifica na contemporaneidade de aspectos que envolvem a problemática do HIV entre idosos baseando-se na transição do perfil epidemiológico do

HIV/Aids. Órgãos internacionais alertam para o aumento do número de casos de HIV entre pessoas idosas desde 2007, acompanhando a tendência de mudança no perfil epidemiológico que deixa de ser exclusivo de “grupos de risco” e passa a ser realidade em todos os níveis e estratos sociais.

Nesse sentido, há tendência em traçar linhas de investigação sobre a mudança epidemiológica fundamentadas em protocolos de pesquisa de base quantitativa, apontando indicadores que não elucidam questões sociais e subjetivas na composição dos novos arranjos do perfil epidemiológico do HIV/Aids.

O uso do referencial teórico-metodológico fundamentado na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici utilizado neste estudo proporciona adentrar ao campo da psicologia social e apreender Representações Sociais sobre o HIV/Aids construídas e reconstruídas pelos agentes sociais no cotidiano. Isto fornece informações sobre os arranjos dos processos de compreensão e prevenção do HIV/Aids.

Além disso, o HIV/Aids consiste em um importante objeto de estudo da Teoria das Representações Sociais, investigado ao longo dos anos em diversos países, e, no Brasil, pouco se tem buscado as Representações Sociais de idosos sobre o HIV/Aids, em especial por idosos inseridos em contexto da atenção primária à saúde que têm se constituído tradicionalmente como um espaço de tratamento e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Buscar a compreensão de grupos sociais de idosos sobre o HIV/aids é relevante pela possibilidade de se identificar conhecimentos do grupo sobre o tema, de forma que intervenções educativas possam ser efetivadas a partir da identificação de lacunas ou necessidades de aprimoramento na percepção pessoas dos idosos sobre prevenção. Em adição, pode fornecer subsídios para aprimorar a atuação de profissionais de saúde na promoção da saúde sexual de pessoas idosas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Contextualizar a pessoa idosa no acesso a serviços de saúde Brasil remete ao direito integral e universal à saúde estabelecido por meio da Constituição de 1988 bem como por meio da Lei Orgânica do SUS. Entretanto, após a Constituição de 1988, políticas específicas para pessoas idosas não foram implantadas com a mesma rapidez que seguiu o envelhecimento da população brasileira. Além de a implantação ter sido lenta, percebe-se que a prática efetiva seja insatisfatória.

As políticas voltadas para a pessoa idosa no Brasil evoluem de forma lenta e não contemplam de forma objetiva as demandas do novo grupo populacional em constante crescimento: os idosos. É possível traçar uma linha cronológica sobre as políticas públicas voltadas ao idoso e a mais recente é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aprovada no ano de 2006, por meio da portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Entretanto, a busca por garantia integral à saúde do idoso é mais antiga e foi reforçada por meio de movimentos sociais com participação popular.

Já em 1994 era possível perceber a inclusão da pessoa idosa como prioridade em programas e políticas públicas. Um passo importante foi a regulamentação da Política Nacional do Idoso (PNI) iniciada ainda em 1994 (BRASIL, 1996). A PNI buscou assegurar direitos sociais aos idosos em todos os campos da sociedade. Por meio dela também foi criado o Conselho Nacional do idoso.

Além disso, em 1996 foi promulgada a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) incluindo o idoso na atenção integral à saúde que teve como foco o envelhecimento saudável estimulado a partir da adoção de práticas saudáveis no dia a dia do grupo (BRASIL, 1999). A PNSI reafirmou as diretrizes do SUS como pontuam Acioli e Batista (2013). E em 2006 chegou-se à PNSPI como reflexos da II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento.

A PNSPI considera idosa toda pessoa que possui sessenta (60) anos ou mais de idade e tem a finalidade de garantir direitos básicos de saúde à pessoa idosa como recuperação e manutenção da autonomia, estímulo da independência do idoso com foco em medidas que alcancem o público alvo, sejam elas coletivas ou individuais (BRASIL, 2006).

A promoção do envelhecimento saudável é bastante clara na PNSPI com destaque para áreas fundamentais para a construção deste processo. Entretanto, quando se adentra ao campo

das infecções sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV/Aids, observa-se uma breve citação sobre sexo seguro inserida em outras informações, tais como orientação nutricional.

Outro assunto abordado na PNSPI é o desafio do envelhecimento mediante desigualdades sociais e de gênero. No que diz respeito ao gênero das pessoas que envelhecem no Brasil, a maioria é composta por mulheres e, à medida que aumenta a idade do idoso, a diferença de gênero fica mais expressiva (BRASIL, 2006).

Envelhecimento com diferença de gênero traz inúmeras implicações para a promoção da saúde. Conforme evidenciam estudos internacionais sobre prevenção do HIV/Aids, mulheres idosas possuem pouco conhecimento sobre o vírus e sobre prevenção em diversas realidades sociais, desde mulheres em contexto de países desenvolvidos a mulheres idosas vivendo zonas rurais de países africanos (VILLEGAS et al., 2013; AILINGER; CORTES; MOLLOY, 2016).

Além disso, desigualdades sociais tornam idosos mais expostos a adoecimento crônico. Em relação à aids e desigualdades sociais entre pessoas idosas, um estudo indicou que o nível de conhecimento sobre a aids é precário principalmente entre idosos de escolaridade baixa (BATISTA et al., 2011).

Considerando que uma das diretrizes da PNSPI é promoção do envelhecimento ativo e saudável (BRASIL, 2006), deve-se buscar estratégia para que essa diretriz seja efetivada e possa contemplar as diversas faces do envelhecimento incluindo promoção da saúde sexual com vistas a prevenir infecções sexualmente transmissíveis.

Outra diretriz relevante para o contexto deste estudo é o apoio ao Desenvolvimento de Estudos e Pesquisas (BRASIL, 2006). O apoio às pesquisas que busquem compreensão da dinamicidade da pessoa idosa é fundamental para o estabelecimento de estratégias eficazes para promoção da saúde. Principalmente, investigações que busquem os aspectos subjetivos de idosos, seus conhecimentos e percepções sobre as condições de saúde bem como o acesso a serviços de saúde, tanto na atenção primária quanto a serviços de saúde especializados.

Entretanto, percebe-se que a política não trata a questão sexual na terceira idade de forma objetiva e clara deixando lacunas na atenção ao idoso neste aspecto específico. Faz-se necessário ampliar as discussões neste campo por alguns fatores relevantes, tais como: envelhecimento acelerado da população e aumento da expectativa de vida de pessoas portadoras do HIV/Aids. A adesão às terapias antirretrovirais tem proporcionado o aumento da expectativa de vida de pessoas diagnosticadas com HIV, isso significa aumento no número de pessoas envelhecendo com a doença aliado ao envelhecimento populacional geral

(GEOCZE et al., 2010). Isso implica que novas demandas de saúde da população idosa emergem e necessitam ser sanadas pelo sistema de saúde brasileiro.

2.2 Envelhecimento e HIV/Aids

O aumento da expectativa de vida na população mundial é um fenômeno real e notório confirmado a partir de entidades de pesquisas demográficas internacionais e nacionais. Porém, foram os países desenvolvidos que primeiro tiveram a experiência do elevado crescimento de idosos em sua população e, mais recentemente, os países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, como os europeus, o processo de envelhecimento deu-se de forma gradativa seguindo o ritmo de melhorias sociais e econômicas (SOUZA et al., 2011).

Fato que difere dos países em desenvolvimento. O aumento da expectativa da vida acarreta desafios grandiosos para países em desenvolvimento, pois a população envelhece em ritmo mais acelerado que o desenvolvimento econômico e social de forma que as políticas públicas não acompanham as novas demandas e o envelhecimento ocorre sem o suporte necessário do Estado para atender as necessidades de um novo grupo que cresce e necessita ser incluído nos projetos e planejamentos do país.

O aumento do número de idosos infectados pelo HIV/Aids na população mundial passou a ser expressivo nos anos de 2006 e 2007 quando se percebeu acréscimo considerável de pessoas com idade acima de 50 anos infectadas pelo HIV. Nos Estados Unidos, no ano de 2007, essa população já representava de 10 a 15% do total de infectados pelo HIV/Aids. Já no Brasil, a ampliação passou a ser expressiva a partir do ano de 2006 quando se percebeu aumento de 50% dos casos novos em relação ao ano de 1996. Desde então, com o desenvolvimento da expectativa de vida mundial esses números têm seguido tendência de crescimento (SANTOS; ASSIS, 2011).

Entre mulheres idosas brasileiras a taxa de detecção teve tendência de avanço significativo entre os anos de 2004 e 2013 chegando a 40,4% enquanto entre mulheres de 15 a 19 anos o acréscimo foi 10,5% (BRASIL, 2014).

O aumento de casos na população idosa não desperta apenas o fato da mudança no perfil epidemiológico da doença se tornar mais evidente, mas faz emergir novas discussões que envolvem maiores riscos de adoecimento e morte quando comparados a outras faixas etárias. Além disso, desperta reflexões sobre a formação de profissionais de saúde para atender esta demanda, pois profissionais de saúde sem formação adequada percebem o idoso

como um ser assexuado e não se atentam para as suas particularidades comportamentais (ALENCAR; COISAK, 2014).

O diagnóstico de HIV entre pessoas com 60 anos e mais é um processo demorado e só se torna possível após uma longa jornada enfrentada pelo idoso nos mais variados níveis de assistência, apesar de apresentarem sintomas sugestivos para infecção pelo HIV/Aids, estes não são encaminhados para a realização de testes e atendimento mais direcionado (ALENCAR; COISAK, 2014).

A demora em diagnosticar o HIV é decorrência da cultura presente entre profissionais de saúde sobre a ausência de sexualidade dos idosos. Dessa forma, profissionais de saúde só discutem questões sexuais com pessoas idosas quando ocorre confirmação de diagnóstico positivo para HIV (ALENCAR; COISAK, 2014).

A falta de preparo profissional tem reflexos não só no diagnóstico demorado, mas na abordagem preventiva. Ao admitir que idosos não tenham vida sexual ativa, conseqüentemente não há necessidade de trabalhar prevenção contra HIV/Aids nesta população. Um dos fatos sobre prevenção que se constata após o diagnóstico positivo é o não uso da camisinha, o que deve ser abordado especialmente por profissionais da atenção básica que se encontram mais próximos das comunidades em que residem elevado número de pessoas com mais de sessenta anos (ALENCAR; COISAK, 2014).

Estes esforços devem concentrar-se também na desconstrução social do conhecimento sobre o HIV/Aids visto como um problema de saúde do outro, de grupos sociais específicos, conhecimento que ainda persiste entre idosos e profissionais de saúde (BEZERRA et al., 2015).

Autores reforçam que não há desconfiança de infecção pelo HIV/Aids quando se trata de um idoso e que o diagnóstico só é feito após várias tentativas frustradas. Diagnosticar precocemente um idoso portador de HIV/Aids é relevante quando se consideram os aspectos de prevenção de agravos como infecções que podem ser adquiridas a partir do rebaixamento da defesa imunológica, pois há evidências científicas que pessoas com 60 anos e mais são frágeis aos agravos causados pelo vírus e pela doença (SANTOS; ASSIS, 2011; SANTANA et al., 2015).

Na China, por meio de um estudo de Coorte, foi identificado que pessoas com 60 anos ou mais diagnosticadas com HIV apresentam mais chances de progressão para aids quando comparados com pessoas de idade entre 17 e 29 anos. Além disso, pessoas com aids de idade de 50 a 59 anos têm 1,6 vezes maior risco de morte quando comparados com idades de 17 a 19 anos (JIANG et al., 2013).

Na Flórida, a relação entre diagnóstico de aids e idade avançada apresentando maior risco de morte também foi percebida por meio de uma comparação de características demográficas de pessoas diagnosticadas com aids. Pessoas com mais idade no momento do diagnóstico tiveram associação com menor sobrevida (TREPKA et al., 2013). Estas evidências são corroboradas com outros estudos realizados na África (NEGIN et al., 2011) e outro em três países: Inglaterra, País de Gales e Irlanda do Norte (SMITH et al., 2010). Neste último foi verificado alto risco de morte entre idosos com diagnóstico tardio.

No Brasil, conforme o Boletim Epidemiológico da aids, entre os anos de 2009 e 2015 foi observado uma alta proporção de diagnóstico tardio de infecção pelo HIV entre pessoas com 60 anos e mais. Enquanto a faixa etária de 18 a 24 anos representa 11,9% de diagnóstico tardio de infecção pelo HIV, entre pessoas com 60 anos e mais a taxa supera os 38%, uma proporção três vezes maior (BRASIL, 2015).

Geograficamente, o diagnóstico tardio de infecção pelo HIV concentra-se nas regiões mais pobres do país como o Nordeste e o Norte, com destaque para o Estado do Maranhão, enquanto nos Estados mais desenvolvidos a detecção tardia situa-se abaixo da média nacional (BRASIL, 2015).

Além dos impactos fisiológicos, o diagnóstico de HIV/Aids em idosos causa impactos psicossociais relacionados à nova condição de saúde e a forma como o diagnóstico positivo influencia nas relações afetivas cotidianas bem como nas sexuais. Um dos principais problemas enfrentados é o estigma social construído em torno da doença. Além disso, a idade soma-se ao estigma da aids e os idosos se esforçam para manter segredo sobre a nova condição de saúde (SILVA et al., 2015).

Com a mudança no perfil epidemiológico, passou-se a refletir sobre grupos, riscos e vulnerabilidades e há consenso de que, vias gerais, todos estão expostos à contaminação. Desta forma, a mudança no perfil epidemiológico pode contribuir para diminuição do estigma da doença uma vez que ela passa transitar por todas as classes sociais e econômicas.

2.3 Estigma e aspectos da prevenção do HIV/Aids em idosos

Dentro das novas demandas de um grupo crescente de idosos, emergem questões como comportamento sexual, sexualidade e vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis como o HIV/Aids. Porém, abordar temas como estes não é uma tarefa fácil, mas por ser a via sexual o principal meio de transmissão do vírus HIV, discutir esse tema

associado ao envelhecimento é de extrema relevância para a elucidação de questões como a prevenção do HIV entre idosos.

Infecções sexualmente transmissíveis e envelhecimento são questões atraentes para discussões científicas, especialmente as sociais, porém são assuntos cercados de tabus que interferem tanto na construção do conhecimento quanto na adesão às práticas preventivas. Por se tratar de assuntos historicamente negligenciados, a procura por atendimento especializado é prejudicada e acontece, na maior parte das vezes, quando o idoso se expõe a situações de risco (SOUZA et al., 2011).

Nesta perspectiva, um estudo de cunho quantitativo investigou idosos que buscaram atendimento especializado em um Centro de Testagem e Aconselhamento referência em infecções sexualmente transmissíveis, foi evidenciado pelos pesquisadores que idosos do sexo masculino foram os que mais procuraram o serviço no período de 1992 a 2009. Além disso, 40,7% das procuras foram motivadas após exposição a situações de risco e, em menor quantidade, para prevenção (SOUZA et al., 2011).

A baixa adesão ao uso da camisinha entre idosos sexualmente ativos é considerável. O não uso dá-se em decorrência de fatores como falta de conhecimento sobre o manuseio do preservativo e a falta de diálogo com profissionais da saúde sobre práticas sexuais seguras. Dados demonstram que uma pequena parcela de idosos adere ao uso da camisinha, tal como o estudo de Araújo e Monteiro (2011). Estes autores estabelecem uma reflexão sobre a atual situação do Brasil em relação a políticas voltadas para a prevenção do HIV/Aids entre pessoas com 60 anos e mais, mostrando a fragilidade do sistema público de quebrar a barreira cultural do idoso assexuado e iniciar campanhas de prevenção com materiais claros, auto-implicativos por meio de materiais audiovisuais que contem estas necessidades.

Um fator relevante que prejudica a prevenção do HIV/Aids é o estigma da doença criado ao longo da história. Isto acarreta problemas como o não reconhecimento de risco e é apontado por líderes mundiais como a principal causa do poder devastador da aids nas sociedades atuais em todo o mundo ao produzir efeitos negativos no processo que envolve o HIV/Aids, desde a prevenção ao tratamento da doença (WINSKELL; HILL; OBYERODHYAMBO, 2011).

A vulnerabilidade de idosos ao HIV não é percebida pelo grupo, pois apontam jovens, homens, mulheres e homossexuais como vulneráveis, mas dão pouca ênfase em sua faixa etária excluindo os riscos à infecção pelo vírus HIV (BEZERRA et al., 2015).

O acúmulo de imagens geradas no início do surgimento e popularização da doença, a vinculação de grupos específicos como homossexuais e usuários de drogas injetáveis,

fundamentadas no estigma faz com que pessoas se isolem nos “tradicionalis grupos de risco” e provoca a redução da percepção de risco em grupos tradicionalmente ditos “não-vulneráveis” com consequente aumento da vulnerabilidade. Desta forma, os aspectos negativos do estigma impulsionam a propagação da doença (WINSKELL; HILL; OBYERODHYAMBO, 2011).

A exemplo de isenção de risco criada no imaginário popular pelo estigma, adolescentes masculinos de um assentamento da reforma agrária do Brasil sentem-se invulneráveis à infecções sexualmente transmissíveis (ARRAES et al., 2013).

Na África, especialmente na Nigéria e Quênia, o discurso estigmatizante é reforçado pela influência religiosa do cristianismo pentecostal que associa aids ao pecado e desconsideram a vulnerabilidade socioeconômica dos grupos africanos. Os achados sobre estigma no continente foram guiados pela apreensão das Representações Sociais que evidenciou a força que o cristianismo exerce sobre o estigma da aids. Na Nigéria o estigma é forçado pela filosofia da moralidade sexual sustentada por grupos de evangélicos neopentecostais que propagam a teologia da prosperidade (WINSKELL; HILL; OBYERODHYAMBO, 2011).

Para idosos brasileiros atendidos na atenção básica, a doença representa medo e é expresso por meio de evocação de palavras como tristeza e solidão, mesmo diante dos avanços no tratamento da doença. Porém, é possível identificar aspectos positivos relacionados a práticas preventivas entre um grupo de idosos que indicam a adesão ao uso de camisinha como uma das formas eficazes para a prevenção do HIV/Aids (TORRES et al., 2011).

Entretanto, o medo entre idosos em relação à doença fica mais evidente diante do diagnóstico positivo para HIV por ter relação com o isolamento social, o que pode gerar negação do diagnóstico ou omissão do resultado. O sentimento do medo da nova condição é criado com base na trajetória histórica da doença que provocou isolamento social e rejeição. As ações adotadas pelos portadores para combater o isolamento social prejudicam o tratamento adequado da doença, pois existe medo de convivência social pelas possibilidades de discriminação. Manter o diagnóstico em sigilo é uma opção de pessoas que vivem com HIV, mas não deve atrapalhar o acesso aos serviços de saúde para iniciar e manter o tratamento (SILVA et al., 2015).

Diante do diagnóstico positivo de HIV/Aids, outra realidade é apresentada ao idoso, abrange e afeta todas as áreas de sua vida, desde relações sociais mais simples do cotidiano à relações familiares, sexuais, afetivas e de trabalho, de forma que as imagens socialmente

criadas e ancoradas no início da doença exercem forte influência no enfrentamento da doença (SILVA et al., 2015).

Dessa forma, é necessário que estratégias preventivas sejam implementadas para a promoção da saúde sexual de idosos. Investigações apontam o pouco conhecimento de idosos sobre o HIV, mesmo aqueles que são assistidos em centros especializados. O pouco conhecimento sobre o HIV/Aids dificulta a adoção de práticas preventivas (QUADROS et al., 2016).

Contudo, idosos residentes em Washington mostraram ter interesse em conversar com os profissionais de saúde temas que envolvam sexualidade. Entre eles, as mulheres se sentiam mais confortáveis em conversar, independente se o profissional de saúde fosse homem ou mulher (FARRELL; BELZA, 2012).

Nesse sentido, estudos internacionais mostram a pouca adesão de idosos a práticas preventivas para infecções sexualmente transmissíveis. Nos Estados Unidos, um estudo mostrou que entre casais idosos as mulheres mostraram-se com pouco conhecimento sobre o HIV (VILLEGAS et al., 2013). Da mesma forma, na Nigéria, uma pesquisa semelhante com mulheres idosas residentes em zona rural demonstrou que as participantes apresentaram baixo conhecimento sobre o HIV (AILINGER; CORTES; MOLLOY, 2016).

Outro estudo norte-americano identificou baixa adesão ao uso do preservativo entre idosos (SCHICK, 2010). Perceber o envelhecimento populacional e suas vulnerabilidades é um importante passo para que o tema seja discutido entre profissionais de saúde e melhorar a comunicação entre profissionais e usuários para a promoção da saúde sexual da pessoa idosa.

2.4 HIV/Aids como objeto das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) de Serge Moscovici foi divulgada na França no ano de 1961 com a proposta de analisar uma sociedade dinâmica que vivenciava transformações aceleradas e diversificadas (MOSCOVICI, 1961). A TRS insere-se no campo da psicologia social e admite-se que as representações são construídas e reconstruídas pelos agentes sociais alocando-se de acordo com sua posição no universo da comunicação social, com o indivíduo ativo na construção das próprias representações (JESUINO, 2011; TURA, 2004).

A TRS ocupa-se em investigar fenômenos sociais desde sua gênese, evolução e transformação. Os fenômenos sociais podem ser desencadeados por múltiplos fatores,

isolados ou em conjunto, e podem ser históricos, culturais, processo saúde doença ou ainda fenômenos relacionados ao contexto político (MARKOVÁ, 2015).

A TRS possui dois processos que geram Representações Sociais, a ancoragem e a objetivação. A ancoragem é a organização ou categorização de ideias inicialmente estranhas a imagens comuns, ou seja, organiza as ideias em um contexto familiar, já a objetivação, que é o segundo mecanismo que gera Representações Sociais, concretiza as ideias organizadas na ancoragem (MOSCOVICI, 2015).

Dessa forma, a ancoragem “é concebida como o processo de transformar algo estranho e perturbador em algo comum, familiar. Isso ocorre quando somos capazes de colocar um objeto estranho em uma determinada categoria” (PEIXOTO; FONSECA; OLIVEIRA, 2013, p.8).

O processo de ancoragem das Representações Sociais é caracterizado como aquele que enraíza as Representações Sociais e se encarregada de integrar o objeto em linhas de pensamentos já existentes e dá significação à objetivação. De forma que a ancoragem classifica e dar nome a objetos estranhos (MOSCOVICI, 2015).

Já a objetivação é mais complexa e mais atuante que a ancoragem. Ocorre em três etapas distintas: contextualização; formação do núcleo figurativo e utilização dos elementos do núcleo figurativo. É o processo que torna concreto o conjunto de imagens categorizadas no processo de ancoragem, é a objetivação do abstrato (MOSCOVICI, 2015).

Em sua definição, as Representações Sociais podem ser definidas de duas formas distintas e complementares, como elucida Marková (2015). A primeira definição trata as representações sociais como uma teoria interacional do conhecimento, defende que os conceitos de um objeto são construídos e lapidados por meio do senso comum, arraigados na tradição por meio de conhecimentos socialmente e cotidianamente compartilhados por grupos sociais (MARKOVÁ, 2015). A segunda definição (complementar à primeira) insere as representações no campo de fenômenos sociais concretos de forma que a realidade social é obtida por meio de interações entre os indivíduos de um grupo (MARKOVÁ, 2015).

O trabalho de Moscovici foi engrenado pelo pensamento dominante da época de que pessoas comuns não organizavam o pensamento de forma racional (MOSCOVICI; MARKOVÁ, 2000). Tendo em vista estes aspectos ele propôs que os pesquisadores sociais tomem como base de suas investigações empíricas o cotidiano das pessoas e criação de conceitos e realidades por meio da interação social.

Tendo em vista estes aspectos, as Representações Sociais são consideradas como uma forma de conhecimento socialmente compartilhado, produzidas e sustentadas por grupos

sociais específicos, e configura-se como um fenômeno na presente era. Tais definições são corroboradas por Moscovici que teorizou o fenômeno (MOSCOVICI, 2015).

A inserção do termo “social” nas representações confere dinamicidade à teoria. Desta forma, as representações sociais estão em constante mudança, construção, reconstrução e transformação, conferindo, desta forma, maior cientificidade (MOSCOVICI, 2015). Kuhn (2011) descreve a ciência como dinâmica, objetiva e inconclusa, desta maneira as dinâmicas psicossociais enriquecem a teoria. Conforme Marková (2015) as representações sociais são formadas e transformadas conforme a volatilidade dos fenômenos e interações sociais.

A teoria estuda como as questões sociais mudam em um determinado contexto e como os processos sociais são preservados ou inovados a partir de fatos novos e como esses processos se inserem no cotidiano social. Nesta perspectiva, Moscovici (2015) destaca que é a construção das representações que devem ser discutidas enfatizando-se o caráter dinâmico do fenômeno.

A exemplo de fenômeno social complexo relacionado à saúde e doença, destaca-se a problemática do HIV/Aids. Inicialmente, na década de 1981, como um fenômeno social brusco e repentino que desencadeou medo e imagens relacionadas à morte e, atualmente, como um fenômeno inserido em parte de um processo de adoecimento crônico, porém ainda impregnado de estigma (OLIVEIRA, 2013).

A TRS tem sido um importante referencial teórico-metodológico de abordagem do HIV/Aids contribuindo para a construção do conhecimento na área. Desde as primeiras décadas da doença pesquisadores de diversas áreas do conhecimento, como psicólogos e enfermeiros, se apropriaram da teoria para investigar os processos geradores de Representações Sociais do HIV/Aids. Um dos países que mais se destacou na produção mundial sobre as RS do HIV/Aids nos últimos 26 anos foi o Brasil, ficando atrás apenas de Reino Unido e Estados Unidos, conforme indica um estudo bibliométrico realizado em uma importante base de dados mundial (SOUSA et al., 2016).

No Brasil, os estudiosos têm-se ocupado em investigar o fenômeno tomando como embasamento teórico a TRS com diferentes formas de abordagem. As abordagens mais recorrentes são investigações das Representações Sociais de enfermeiros acerca de pessoas vivendo com HIV/Aids (COSTA et al., 2012; DANTAS et al., 2015; NOGUEIRA et al., 2015) e a qualidade de vida de pessoas soropositivas (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015a; COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015b; HIPÓLITO et al., 2016).

Porém, o uso da teoria ainda é tímido em investigações que buscam construções de sentidos e conceitos do HIV/Aids entre idosos (OLIVEIRA et al., 2011; TORRES et al.,

2011), especialmente entre idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde, onde, muitas vezes são participantes ativos de grupos de conversas que tratam da prevenção de doenças.

As Representações Sociais de idosos sobre o HIV/Aids apreendidas em investigações nacionais indicam que o idoso percebe o HIV como uma condição que gera discriminação, representada pela tristeza e preocupação (TORRES et al., 2011).

Em um estudo com idosos vivendo com HIV/Aids foi identificada, nas Representações Sociais, dificuldade do idoso em comunicação a soro positividade à família, além da dificuldade de ser uma pessoa com mais de sessenta anos diagnosticado com uma doença estigmatizada e sem cura (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

Os estudos também indicam lacunas no conhecimento de idosos sobre o HIV/Aids (COSTA, 2016), o déficit no conhecimento está fundamentado principalmente em preconceitos ligados a ideias negativas que prejudicam a adoção de práticas preventivas (BITTENCOURT et al., 2016).

Além disso, estudos atuais com idosos mostram que as Representações Sociais de idosos são negativas e possuem forte associação com a imagem da morte e que a aids é mais comum entre pessoas categorizadas em grupos de riscos como profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homem e relações envolvendo travestis (BITTENCOURT et al., 2016).

Não perceber suas próprias vulnerabilidades ao HIV/Aids influencia a não adoção de práticas para a prevenção e os torna mais vulneráveis (BITTENCOURT et al., 2016).

Nas Representações Sociais de pessoas com mais de 50 anos de idade diagnosticadas com HIV em Goiânia, a presença da imagem da morte determinava as demais representações, refletia medo, isolamento social e dificuldades nos relacionamentos interpessoais (BRASILEIRO; FREITAS, 2006).

Marková (2015) relata que os fenômenos sociais podem apresentar-se como positivos ou negativos envoltos de características multifacetadas. No caso da aids, representações negativas do fenômeno (doença) prejudicam a adesão ao tratamento e os processos de prevenção. Além disso, o estigma torna grupos ditos “não-vulneráveis ou de baixo risco” à maior susceptibilidade.

Partindo da ideia de que as representações surgem de pontos duradouros de conflitos, conforme Moscovici (2015), o caso do HIV/Aids vivenciado nos anos de 1980 persiste na atualidade. Entretanto, não como fenômeno novo de aparição súbita, mas como uma condição de saúde que tende a se cronificar na sociedade atual com aumento da expectativa de vida de pessoas com HIV com possibilidades de um jovem em tratamento antirretroviral chegar a mais de 60 anos (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006; SAMJI, H. et al, 2013). No caso

específico do HIV/Aids, por ser um problema de saúde antigo, a TRS proporciona novos caminhos para discutir problemáticas antigas, mas que apresentam novos aspectos (MOSCOVICI, 2015).

As Representações Sociais da aids tendem a seguir o curso histórico-epidemiológico da doença. O surgimento repentino, associado a altas taxas de adoecimento e morte, falta de informações sobre as reais formas de transmissão culminaram para a formação do estigma em torno da doença (MIRANDA, 2003).

Além disso, tornou-se objeto da mídia e ganhou espaço quase que fixo nos principais noticiários, tanto nacionais quanto internacionais, por meio de informações imprecisas e apelativas sobre a doença trazendo contribuições para a construção de imagens e conceitos negativos, além de associar a doença aos grupos marginalizados como homossexuais e usuários de drogas injetáveis (BARATA, 2005; NATIVIDADE; CAMARGO, 2011; PEREIRA; NICHIATA, 2011).

O papel da mídia na construção social do HIV/Aids é marcado de forma negativa, uma vez que os meios de comunicação trataram o assunto de forma discriminatória, trazendo notícias sobre morte e discurso pautado na moralidade sexual, segregando homossexuais. Há autores que defendem que a mídia sensacionalista é uma das grandes responsáveis pelo aumento do estigma acerca do HIV/Aids (VILLARINHO; PADILHA, 2016).

Neste contexto, o medo vivenciado por profissionais da saúde, pacientes e população no início da epidemia deu-se, principalmente, por causa da falta de conhecimento sobre as reais formas de transmissão, influenciado por meios de comunicação que transmitem notícias que, muitas vezes, não se atem à verdade (VILLARINHO; PADILHA, 2016).

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. A TRS insere-se no campo da psicologia social, em que se admite que as Representações Sociais são construídas e reconstruídas pelos agentes sociais alocando-se de acordo com sua posição no universo da comunicação social, com o indivíduo ativo na construção das próprias representações (MOSCOVICI, 2015)

A abordagem qualitativa nas investigações do campo acadêmico da saúde agrega valor e grande contribuição, especialmente nas investigações sociais, pois se ocupa em aprofundar as discussões científicas a partir da apreensão dos aspectos subjetivos dos participantes (MINAYO, 2012).

Na perspectiva subjetiva, a pesquisa do tipo qualitativa possibilita a produção dos dados a partir de falas dos participantes em interação com o pesquisador no próprio campo empírico. Estes aspectos aproximam o pesquisador do objeto investigado e possibilitam maior compreensão e percepção dos aspectos subjetivos de cada participante da pesquisa, além de abrir um leque de novas possibilidades de investigações (MIRANDA et al., 2013).

Somada à abordagem descritiva, os fatos são observados, registrados e analisados com a interferência do pesquisador permitindo maior familiaridade com o tema, o que torna possível aumentar as discussões por tornar o objeto mais claro (MARCONI; LAKATOS, 2010; GIL, 2011).

3.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Leônidas Antônio Deolindo, localizada no bairro Saci, na Regional Sul de Teresina-PI. A UBS em questão atende a população do bairro e regiões adjacentes contando com os bairros Lourival Parente, 19 de Outubro, Velho Monge, Santa Luzia, Parque São João, Condomínio Verde que te quero Verde, Condomínio Milton Brandão, Distrito Industrial e Parque Saci. A prefeitura municipal de Teresina estima que 16 mil pessoas sejam beneficiadas de forma direta ou indireta. Ressalta-se que foi obtida autorização para realizar a pesquisa (ANEXO A).

Na unidade funcionam 04 equipes de Saúde da Família que prestam cuidados à comunidade. Nela encontram-se cadastrados aproximadamente 800 idosos que são assistidos

pelas equipes de saúde na própria UBS e em domicílio. Os idosos participam de programas como o HIPERDIA, para acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão e Diabetes), além de participarem de atividades educativas para a saúde e atividades culturais desenvolvidas pelas equipes.

Em geral, as equipes de saúde desenvolvem atividades como o agendamento de consultas e consultas eventuais, roda de conversas educativas que abordam temas diversificados, procedimentos (médicos, odontológicos e de enfermagem) e atendimento em domicílio e acolhimento (GARCIA et al., 2006).

3.3 Participantes da pesquisa

Esta pesquisa teve como participantes quarenta e dois (42) idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde do bairro Saci, localizada na região Sul do município de Teresina-PI.

Os critérios de inclusão da amostra foram: pessoas com 60 anos ou mais de idade, independente de gênero, com cadastro na UBS e que procurassem os serviços na unidade de saúde com participação nas atividades desenvolvidas pelas equipes e apresentasse capacidade cognitiva ou mental verificada pelo *Mini Mental Examination* (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) (ANEXO B).

Os critérios de exclusão adotados foram: idosos com capacidade de compreensão alterada e os que não conseguiram desenvolver diálogo com o pesquisador durante a aplicação do *Mini Mental Examination*. Foram excluídos dois idosos por não conseguirem desenvolver diálogo com o pesquisador.

Os dias da semana com maior número de participantes foram segundas, quartas e quintas-feiras devido à rotina da UBS. Nesses dias são atendidos especialmente idosos cadastrados no HIPERDIA, nas terças-feiras não foram realizadas entrevistas, pois conforme rotina prévia da unidade é o dia destinado às visitas domiciliares.

Para definir o número de participantes seguiu-se a técnica da saturação teórica. Foram realizadas entrevistas além da marca a fim de garantir maior confiabilidade quanto à saturação. Dessa maneira, chegou-se a soma de 42 participantes. A técnica da saturação teórica consiste em encerrar uma determinada investigação a partir da captação de informações que se repetem (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

3.4 Técnica e instrumento de produção dos dados

Os dados foram produzidos por meio de entrevistas em profundidade realizadas em uma sala reservada da UBS no período de 25 de Maio a 10 de Agosto de 2016 por livre demanda da UBS. A produção dos dados teve apoio de um instrumento semiestruturado dividido em duas partes: a primeira contendo dados sobre a caracterização sociodemográfica dos idosos como idade, gênero, ocupação, estado civil, escolaridade, religião e renda e a segunda composta por perguntas abertas sobre o HIV/Aids (APÊNDICE A).

A produção dos dados ocorreu em duas etapas: inicialmente foi realizada a caracterização sociodemográfica dos idosos e na segunda etapa, os participantes foram convidados a responder perguntas abertas sobre o HIV/Aids incluindo conhecimentos prévios sobre prevenção, transmissão e participação em atividades educativas para a prevenção. O instrumento usado para a produção dos dados foi adaptado de Lobo (2011).

A primeira parte das entrevistas contendo os dados sociodemográficos foi preenchida à mão pelo pesquisador e a parte das perguntas sobre o HIV/Aids foi gravada em um aparelho *Smartphone*. Posteriormente a parte sociodemográfica foi tabulada no *Microsoft Excel* e as respostas gravadas foram transcritas para *Microsoft Word* e produzido um *corpus* textual contendo as falas dos entrevistados contendo numeração a partir de códigos que permitiu melhoria no anonimato dos participantes.

3.5 Processamento e análise dos dados

Os dados foram processados eletronicamente com suporte do *software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)* e analisados por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) também realizada pelo *IRAMUTEQ* e desenvolvida por Reinert (1990). Trata-se de um programa francês desenvolvido em 2009 por Pierre Ratinaud. Entretanto, seu uso no Brasil só foi iniciado apenas em 2013, desde então o programa tem sofrido constantes atualizações para melhoramento dos testes realizados e incorporação de mais línguas no seu dicionário (CAMARGO; JUSTO, 2016).

No método de análise da CHD ocorre uma classificação dos segmentos de textos em função dos respectivos vocabulários que proporciona o surgimento de classes de segmentos de textos que apresentam vocabulário semelhante entre si agrupados por repetidos testes de Qui-quadrado (CAMARGO; JUSTO, 2016).

O programa tem sua ancoragem no *software* R e possibilita análises estatísticas de corpus textuais, sejam respostas de perguntas abertas, trechos de entrevistas, notícias de jornais e internet, entre outros. O programa possibilita ainda realizar diversas análises estatísticas que variam das mais simples as de alta complexidade como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). Além disso, ainda são possíveis análises lexicais onde as unidades de texto são identificadas, reformatadas e transformadas em Unidades de Contexto Iniciais (MOURA et al., 2014).

Para esta pesquisa foram adotadas as seguintes etapas: transcrição das entrevistas, construção do *corpus* textual constituído de quarenta e duas (42) entrevistas e formatado de acordo com as orientações disponíveis no tutorial do IRAMUTEQ (CAMARGO; JUSTO, 2016). Optou-se pelas seguintes variáveis fixas conforme ilustra o **Quadro 01**:

Quadro 01: Banco de dados para decodificar variáveis

Participante	Sexo	Religião
*Part_01 a *Part_42 (Participantes entrevistados)	*Sex_1 a *Sex_2 *Sex_1 – Feminino *Sex_2 – Masculino	*Relig_1 a *Relig_2 *Relig_1 – Católica apostólica *Relig_2 – Evangélica protestante

Fonte: IRAMUTEQ, 2016.

A análise por meio da Classificação Hierárquica Descendente está ilustrada em um dendograma gerado pelo *software* e ilustra a relação entre as respectivas classes

3.6 Aspectos éticos e legais

A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí no mês de Maio de 2016 sob CAAE 53300416.0.0000.5214 e número do parecer 1.576.974 (ANEXO C). A coleta de dados foi iniciada a partir da autorização do CEP conforme estabelece a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que versa sobre os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Todos os participantes foram informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). Ressalta-se que não houve identificação dos nomes dos participantes, pois estes foram codificados e as entrevistas numeradas de um (1) a quarenta e dois (42), com números escolhidos de forma aleatória e não obedecendo a ordem em que ocorreram.

É importante destacar que os dados coletados na presente pesquisa estão mantidos sob sigilo mediante responsabilidade dos pesquisadores e a privacidade dos participantes é

garantida pelos pesquisadores que seguem todas as recomendações éticas do Conselho Nacional de Pesquisa (CNS) (466/12) (BRASIL, 2012).

Não houve identificação dos participantes em nenhuma das etapas da pesquisa, mesmo diante da divulgação dos resultados parciais ou finais. Os benefícios para os participantes se configuram em ampliação do conhecimento das subjetividades sobre a problemática da prevenção do HIV/Aids de forma que as Representações Sociais elaboradas por idosos sobre o HIV/Aids podem influenciar a prática assistencial das equipes de saúde da família.

As pesquisas que envolvem seres humanos resultam em riscos, ainda que sejam mínimos. Sabe-se que os danos podem ser tardios ou imediatos ocorrendo no momento da coleta de dados e podem afetar o sujeito ou a comunidade que ele faz parte. O fato de conceder entrevista para uma pesquisa científica pode gerar constrangimento, pois envolve dados de cunho pessoal. Além do constrangimento, os participantes podem sentir-se desconfortáveis por questionamentos sobre o conhecimento de uma determinada infecção sexualmente transmissível.

Desse modo, é importante destacar que as informações coletadas na presente pesquisa são mantidas sob sigilo mediante responsabilidade dos pesquisadores e o constrangimento foi minimizado por meio de um espaço reservado para a realização das entrevistas individuais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes da pesquisa é apresentada a seguir na **Tabela 01** contendo gênero, idade, ocupação, estado civil, religião, escolaridade e renda. A maioria dos idosos é do gênero feminino 36 (85,7%), de idade entre sessenta (60) e setenta (70) anos, aposentados 38 (90,5%), casados 22 (52,4%), católicos 38 (90,5%), com renda de um a dois salários mínimos 18 (42,9%) e com ensino fundamental completo 17 (40,5%).

Tabela 01: Caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa. Teresina-PI, 2016.

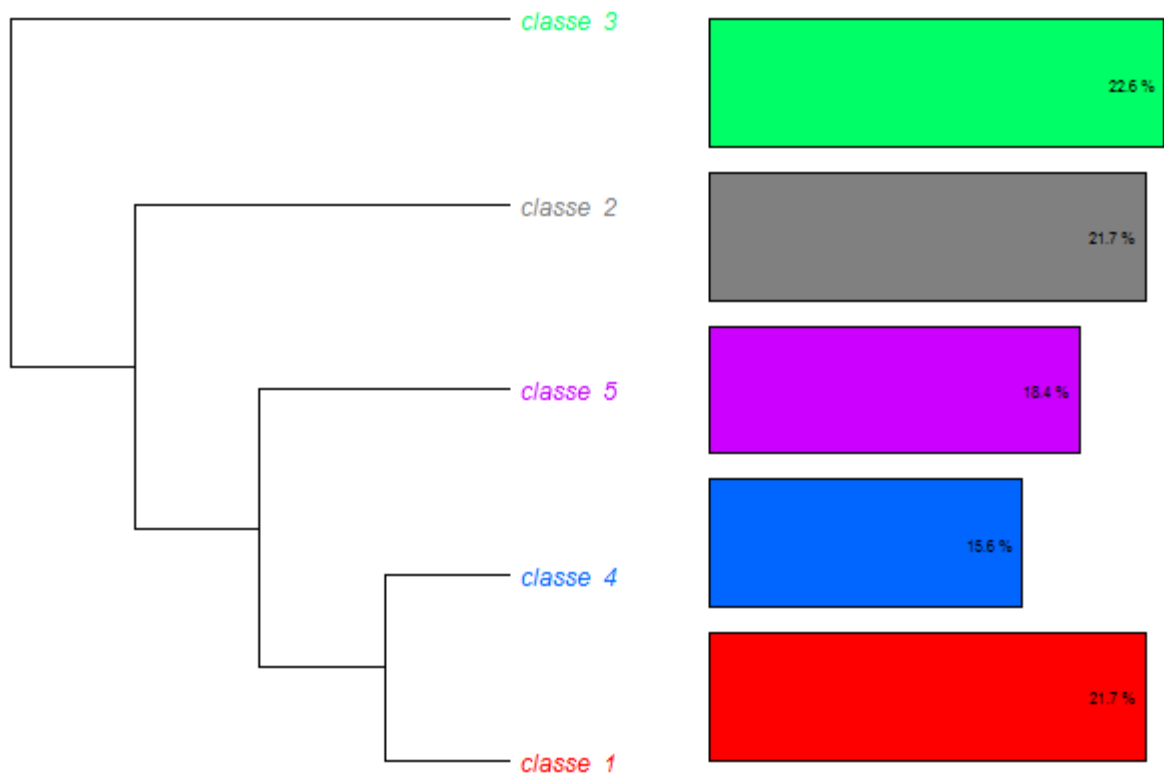
Variável	Frequência	Percentual
Gênero		
Feminino	36	85,7
Masculino	06	14,3
Idade		
60 - 70	28	66,6
71 - 80	09	21,4
81 - 90	05	9,6
Ocupação		
Aposentado	38	90,5
Do lar	4	9,5
Estado Civil		
Casado (a)	22	52,4
União estável	01	2,4
Solteiro (a)	07	16,7
Viúvo (a)	12	28,6
Religião		
Católico	38	90,5
Evangélico	04	9,5
Renda		
Até 1 SM*	03	7,1
Entre 1 e 2 SM	18	42,9
Entre 2 e 3 SM	10	23,8
Entre 3 e 4 SM	03	7,1
Mais de 4 SM	08	19
Escolaridade		
Não alfabetizado	03	7,1
Ens**.Fundamental	17	40,5
Ens. Médio	16	38,1
Ens. Superior	06	14,3
Total	42	100

*SM = Salário mínimo, **Ens. = Ensino

Após o processamento dos dados pelo *software IRAMUTEQ* foram identificadas 424 Unidades de Contexto Elementar (UCE) classificadas em 509 segmentos de texto que representam 83,30% do aproveitamento do material. Os segmentos aproveitados foram

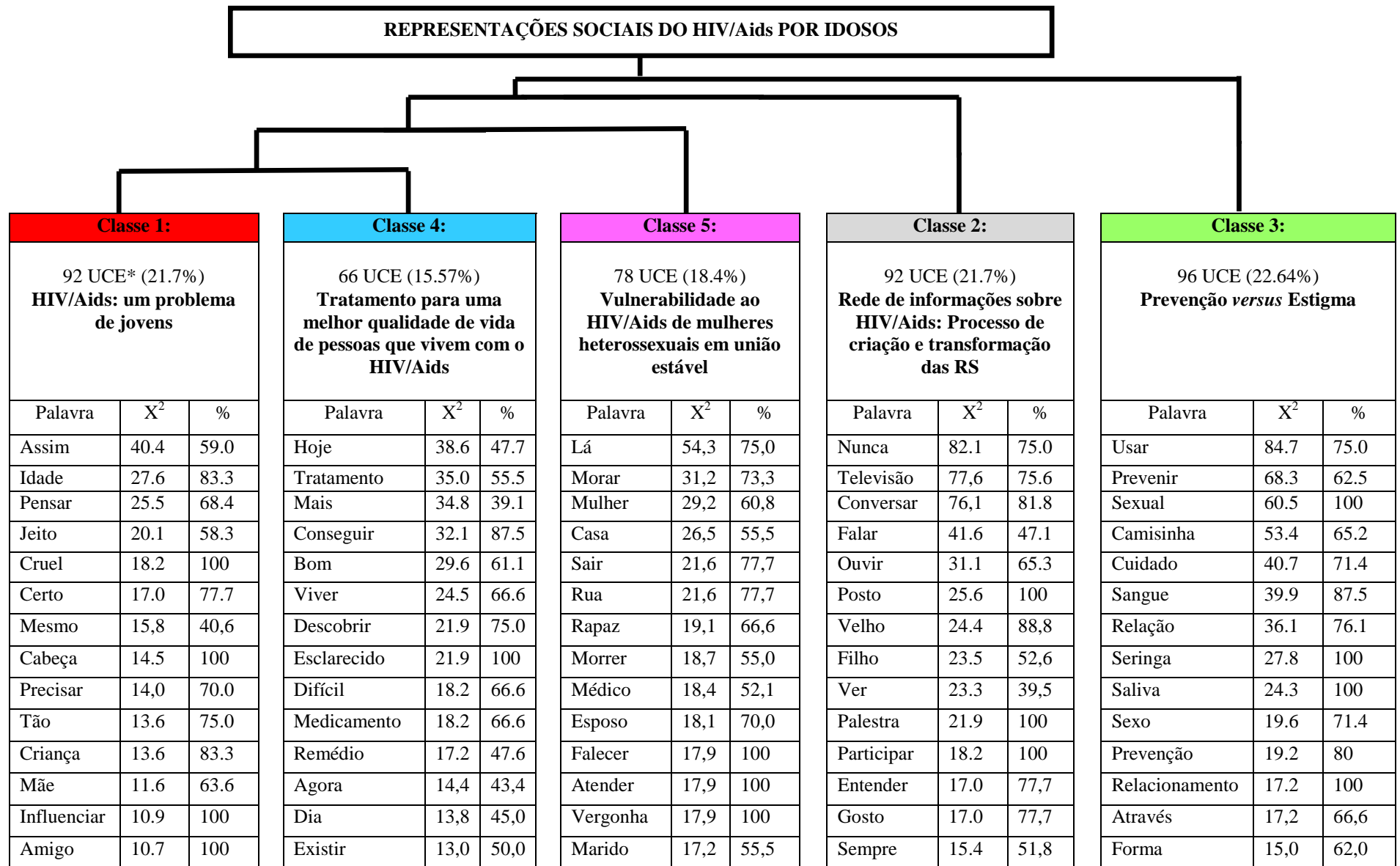
divididos em 05 classes. Cada classe é descrita pelos vocábulos que tiveram maior associação com a classe (X^2) e mais significativos (frequência). As 05 classes dividem-se da seguinte forma: Classe 01, com 92 UCE's e 21.7% do total aproveitado; Classe 02, com 92 UCE's e 21.7% do total aproveitado; Classe 03, com 96 UCE's e 22.64% do total aproveitado; Classe 04, com 66 UCE's e 15.57% do total aproveitado e a Classe 05, com 78 UCE's e 18.4% do total aproveitado conforme dendograma ilustrado na **Figura 01**.

Figura 01: Dendograma das classes obtidas a partir do *corpus*. Teresina – PI, 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A construção do dendograma apresentado na **Figura 02** foi guiada pelas palavras com frequência igual ou maior a frequência média e valor de X^2 mais elevado de cada classe.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Legenda: *Part_ = participante; *Relig_ = religião; *Sex_ = sexo

Figura 02. Estrutura temática das representações sociais do HIV/Aids por idosos. UCE – Unidades de Contexto Elementares.

Variáveis	X ²	%
*Part_11	24,3	

Variáveis	X ²	%
*Part_41	09,2	50,0
*Part_18	05,3	38,4
*Sex_2	05,2	28,2
*Part_36	04,0	42,8

Variáveis	X ²	%
*Part_19	11,3	40,6
*Part_31	08,6	75,0
*Part_42	04,6	66,6
*Relig_2	04,4	41,6
*Part_37	04,1	44,4

Variáveis	X ²	%
*Part_16	15,4	64,2
*Part_08	08,1	53,8

Variáveis	X ²	%
* Part_03	12,8	83,3
* Part_40	04,0	60,0

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da pesquisa.

Legenda: *Part_ = participante; *Relig_ = religião; *Sex_ = sexo

Figura 02. Estrutura temática das representações sociais do HIV/Aids por idosos. UCE – Unidades de Contexto Elementares.

Classe 1: HIV/Aids: um problema de jovens

A Classe 1 está diretamente relacionada à classe 4 e possui 92 UCE's, com 21,7% das falas analisadas. Composta pelos vocábulos (assim, idade, pensar, jeito, cruel, certo, mesmo) com associação significativa ($p < 0,0001$). Nesta classe, os idosos identificam os jovens como o grupo mais vulnerável ao HIV/Aids pela facilidade de serem influenciados por amigos. Os idosos se excluem dos riscos de adquirir o vírus e percebem a doença como problema do outro, conforme pode ser observado no extrato:

Mais fácil de pegar são os jovens, muito fácil, porque hoje a liberdade tá muito grande você ver raramente um idoso com adis ou uma mulher mais nova (Ent. 6).

Eu acho que é só os jovens que podem pegar aids mais. Por que jovem não tem juízo, agora uma pessoa como eu na minha idade ai sim a gente pensa nas coisas, mas esses meninos de agora não pensam não (Ent. 21)

Então eu só sei de aids isso, que é uma doença transmissível que deve, que as pessoas jovens tem que ter muito cuidado e que deve se precaver contra na hora do sexo. É uma coisa maligna que devasta a juventude (Ent.24”)

Também requer muito cuidado principalmente por parte de jovem que não sabe e não conhece o aprofundamento, o perigo que tem e se deixam levar. Precisa de muita conscientização sobre aids quando já ta com o problema e antes para evitar para não correr esse risco (Ent. 28)

A maioria dos jovens quer fazer da maneira deles eu tenho até uma mensagem muito linda que diz assim que jovem a gente deve aproveitar enquanto eles estão pequenos porque quando crescem eles já vão ouvir o outro (Ent. 29)

É tão tal que tem pai e mãe que não tem mais voz com seus filhos eu grito na minha casa no caso da aids essa liberdade influencia eu vejo é muito vizinhas minhas dizendo que vão para festa tal e nem sabem a hora vem (Ent. 29)

Outros colegas que pode ter informação errada porque os colegas têm a mesma idade e continua com o mesmo pensamento sobre a doença (Ent. 33).

As Representações Sociais dão forma ao objeto a ponto de ser partilhado por um grupo de pessoas em que os elementos do cotidiano se agregam ao objeto compartilhado e passam a fazer parte dele (MOSCOVICI, 2015). Os aspectos novos são enquadrados em um modelo já existente “sob pena de não ser nem compreendido, nem decodificado” (MOSCOVICI, 2015, p.34). A autoexclusão de vulnerabilidade reflete a pouca compreensão do objeto, pois se associa o risco de contrair o vírus aos comportamentos ditos de pessoas de menor idade, sem compreender sua própria condição.

Autores reforçam que ações educativas devem ser direcionadas para a desconstrução social do conhecimento de idosos sobre o HIV/Aids, o que é visto por eles como um

problema de saúde do outro (BEZERRA et al., 2015). Creditar o HIV/Aids a um problema de jovens deprecia a adoção de medidas preventivas pelos idosos, o que influencia o aumento de sua susceptibilidade ao HIV. O estudo de Bezerra et al. (2015) corrobora as falas destacadas nessa classe, pois os autores identificaram que os idosos se excluam da vulnerabilidade ao HIV atribuindo esta susceptibilidade a vários outros grupos populacionais.

A autoexclusão reflete a transmissão de representações criadas ainda nas primeiras décadas da doença quando era vista como uma doença do outro, especialmente de grupos como homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Entretanto, a compreensão dos participantes sobre a problemática perpassa o aparente baixo nível de conhecimento demonstrado e traz reflexões sobre a forma como o sistema público de saúde aborda doenças relacionadas ao comportamento sexual de idosos. Mesmo entre idosos vivendo com HIV assistidos em centros especializados, o conhecimento sobre formas de transmissão do vírus é baixo e apresenta lacunas que interferem na adoção de medidas preventivas (QUADROS et al., 2016).

A sexualidade da pessoa idosa é um comportamento invisibilizado para profissionais de saúde e o comportamento destes profissionais mediante a questão reflete na adoção ou não de medidas preventivas. Admitir que idosos não possuam vida sexual ativa implica na não adoção de atividades educativas que promovam a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ALENCAR; COISAK, 2014). O comportamento sexual do grupo é, assim, despercebido nos serviços de saúde e torna-se prática desconsiderada por profissionais de todos os níveis de atenção. Pessoas mais velhas só são questionadas nos serviços de saúde sobre práticas sexuais quando os profissionais de saúde se deparam com o diagnóstico positivo para HIV do idoso. Esses fatos contribuem para o aumento das taxas de diagnóstico tardio entre idosos (ALENCAR; COISAK, 2015).

É necessário que haja diálogo entre profissionais da saúde e sua clientela idosa sobre questões relacionadas a práticas sexuais, infecções sexualmente transmissíveis, vulnerabilidades e prevenção, pois usuários bem informados e com acesso a assistência de qualidade poderão ter maiores chances de aderir a práticas sexuais seguras e diminuir os riscos de contrair o vírus. Além disso, os diagnósticos para HIV poderão ser realizados cada vez mais cedo.

Na atenção primária à saúde brasileira o idoso é categorizado como grupo que recebe assistência às doenças crônicas não transmissíveis, especialmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes. Um profissional que realiza solicitação de teste rápido de HIV para idosos possui um diferencial que pode influenciar em articulações para a prevenção. Tais

articulações podem ser inseridas na rotina da Unidade de Saúde por meio de conversas sobre a temática durante a assistência do cotidiano.

A realização de solicitações de teste rápido para HIV não irão diminuir o número de pessoas vivendo com HIV, mas contribuem para a redução de diagnósticos tardios e mostra a sensibilidade do profissional de saúde para a questão (ALENCAR; CIOSEK, 2015). É papel das instituições formadoras fornecerem suporte teórico-prático que contemplem conteúdos sobre a saúde da pessoa idosa com foco na vida sexual, especialmente com ações desenvolvidas na atenção básica (ALENCAR; CIOSEK, 2015).

Além da baixa compreensão sobre suas próprias vulnerabilidades e falta de sensibilidade dos profissionais de saúde existem óbices nos órgãos públicos em articular estratégias que promovam a prevenção do HIV/Aids na população idosa brasileira.

Mesmo com todos os avanços conseguidos até a atualidade e com os esforços do Ministério da Saúde do Brasil concentrando recursos em campanhas educativas com ênfase na prevenção e na distribuição de preservativos, direcionados para fornecer informações adequadas e suficientes para a prevenção do HIV, percebe-se que as informações não alcançam as pessoas de forma equivalente (TRIGUEIRO et al., 2016). Além disso, pessoas com mais de sessenta anos fazem parte do grupo que menos recebe informações sobre prevenção de HIV/Aids (QUADROS et al., 2016).

O Brasil avançou muito no combate ao HIV/Aids e se tornou centro de discussões quando lançou o programa de distribuição gratuita de antirretrovirais por meio do Sistema Único de Saúde. Entretanto, conforme relatam especialistas, houve recuo no combate ao HIV/Aids, sobretudo campanhas preventivas (SEFFNER; PARKER, 2016).

O retrocesso em campanhas educativas para a prevenção tem efeitos negativos no senso comum da população geral. No caso da população idosa, torna-se mais grave, pois além de as ações para prevenção específicas para o grupo serem escassas, eles não se reconhecem como um grupo que pode adquirir o vírus. Não perceber riscos e vulnerabilidades induz à adoção de práticas sexuais desprotegidas, facilitando o aumento de riscos de contrair a infecção.

O HIV/Aids não é exclusivo à população jovem, mas uma condição que atinge qualquer faixa etária. A transição epidemiológica há anos já foi percebida por especialistas. No mundo, nos anos de 2006 e 2007 houve aumento expressivo de pessoas vivendo com HIV com idade igual ou superior a 50 anos. Nos Estados Unidos e no Brasil se percebeu a mesma tendência de aumento. Aproximadamente 15% de todas as pessoas vivendo com HIV nos

EUA em 2007 tinha mais de 50 anos, no Brasil 50% dos casos novos em relação ao ano de 1996 possuía mais de 50 anos (SANTOS; ASSIS, 2011).

O fato de os participantes desta pesquisa reconhecerem a doença como um problema de jovens pode ter suas origens em conhecimentos disseminados no início da deflagração da doença, quando idosos não eram rotulados como um grupo de risco. Sabe-se que à época, ações voltadas para a prevenção entre pessoas com mais de sessenta anos eram eventos raros (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

Dessa forma, as informações sobre prevenção não foram suficientes a ponto de mudar o pensamento criado no início da disseminação da doença e são transmitidas no cotidiano dos idosos. Logo, os conteúdos representacionais apreendidos nessa classe sobre o HIV/Aids por idosos fundamentam-se na ideia de que é uma doença de pessoas jovens. Observa-se, portanto, construções que excluem a pessoa idosa do risco prejudicando a adesão a práticas sexuais seguras.

Classe 4: Tratamento para uma melhor qualidade de vida de pessoas que vivem com o HIV/Aids

A Classe 4 está diretamente relacionada à Classe 1 e é composta por 66 UCE's e 15.57% das falas analisadas. Composta pelos vocábulos (hoje, tratamento, mais, conseguir, bom, viver, descobrir, esclarecido, difícil, medicamento, remédio), todos com associação significativa ($p < 0,0001$). Na presente classe observa-se mudança na representação da aids que deixa de ser associada diretamente à morte e passa a ser vista como uma doença crônica por influência da terapia antirretroviral, conforme se observa a seguir:

É uma doença feia até que agora ela já tá mais assim, mas no começo quando ela foi descoberta o estado dela matava mais rápido, mas devido aos remédios aos coquetéis a pessoa dura até mais. (Ent. 7)

“Eu sei que a doença não é uma coisa boa, tem pessoas que vivem muitos anos com a aids isso vai depender do tratamento que ele faz”. (Ent. 8).

Hoje com a tecnologia, com os medicamentos mais potentes o aidético consegue conviver com a doença como diabetes, pressão alta, eu conheço gente assim eu mesmo tenho sessenta e três anos e tenho diabetes e pressão alta controlada e convivo normal. (Ent.13)

Hoje já tem muito medicamento, remédio que resolve e ajuda as pessoas a viver mais. É difícil a pessoa conseguir ficar boa no outro tempo quando eu era mais nova eles não chamavam de aids naquele, tempo eles chamavam doença venérea. (Ent. 17)

Hoje em dia as pessoas já estão mais esclarecidas já têm essas coisas (medicamentos) para ele como é que se diz, o tratamento específico. Naquela época o tratamento era difícil até o médico tinha receio. (Ent. 19)

Os idosos atribuem à aids a imagem de doença crônica tratável. Os avanços obtidos através da terapia antirretroviral implementada no sistema público de saúde brasileiro com distribuição gratuita aumentou a expectativa de vida de pessoas com HIV/Aids e provocou mudanças na percepção popular da doença, que passou a ser figurada como um processo de adoecimento crônico. Os conhecimentos foram incorporados no cotidiano das pessoas e transformaram suas representações adquiridas nas primeiras décadas da doença.

Conforme Marková (2015), a Teoria das Representações Sociais aborda a gênese e evolução dos fenômenos sociais de forma que as representações são formadas e transformadas à medida que contexto social muda. Considerando a dinamicidade e interatividade da Teoria, a exemplo de fenômeno complexo relacionado à saúde/doença, insere-se o caso do HIV/Aids que desperta representações diferentes conforme a transição de situação social.

A mudança representacional é resultado direto dos benefícios produzidos por meio da terapia antirretroviral que ocasionou notável redução dos casos de morbidade e mortalidade causadas pelo HIV e aumentou a expectativa de vida de pessoas vivendo com HIV (GRANGEIRO et al., 2014).

A cronificação da aids pode ser caracterizada pelo aumento significativo da expectativa de vida e ocasiona ampliação das discussões científicas da área, influenciando estudiosos a mudarem os focos de suas investigações. Com o aumento da sobrevivência, passou-se a discutir aspectos da qualidade de vida de pessoas com HIV, aspectos antes desvalorizados pela inerência da doença à morte (BENJAMIN et al., 2013).

As novas possibilidades de discussão, em decorrência do aumento da expectativa de vida, centram-se em abordar questões que interferem na qualidade de vida de pessoas com HIV. Destaca-se o estigma social por causar danos à qualidade de vida e acarretar traumas biopsicossociais (HERRMANN et al., 2013). O estigma em torno da doença interfere na adesão às práticas preventivas e às terapias antirretrovirais. Líderes mundiais apontam que o estigma é a principal causa do poder destruidor do HIV/Aids na sociedade atual e produz efeitos negativos no tratamento (WINSKELL; HILL; OBYERODHYAMBO, 2011).

A baixa adesão às terapias antirretrovirais e o uso incorreto e descontínuo da associação medicamentosa prejudicam a qualidade de vida de pessoas com HIV aumentando complicações em decorrência da infecção (GALVÃO et al., 2015). Entretanto, a adesão ao

tratamento é um processo complexo que envolve questões sociais e afetivas tais como renda familiar e situação conjugal. Pessoas de baixa renda e sem parceiro apresentam mais dificuldades para aderir ao tratamento e possuem menor qualidade de vida (MUTABAZI-MWESIGIRE et al., 2014; GALVÃO et al., 2015).

Entretanto, mesmo os idosos atribuindo à aids a imagem de doença crônica tratável, ocasionando uma discreta mudança representacional, percebe-se que há resquícios da ancoragem da enfermidade em imagens construídas nas primeiras décadas da doença com associação direta à morte, conforme pode ser observado nas falas a seguir:

Na minha visão é um câncer com um nome diferente que as pessoas não gostam nem de falar o nome câncer, chama é aquela doença, aquele problema (...) que não conseguem absorver pelo grau muito alto de falta de cura. Por que a pessoa quando acha que ta com câncer pronto chegou num ponto final é do mesmo jeito com a aids. (ent. 18).

É muito perigosa, é morte, adquiriu pronto. Só deus, porque pra ele tudo pode, mas para nós humanos não. É como câncer, ta aqui remédio tal que cura o câncer, ainda não teve (Ent. 29)

Associar a aids à morte remete ao período do seu descobrimento, o que implica a observação de resistência de representações que continuam populares, mesmo em face das evoluções positivas da medicina e sociedade. Aqui, os idosos atribuem valor simbólico à aids comparando-a com câncer, ambas no sentido fatal. Para Jodelet (2001), uma das características da representação, em sua relação com o objeto, é substituí-lo para lhe dá significação, ou seja, simbolizar para interpretar: a representação da morte célere e inevitável em associação da aids ao câncer.

As memórias de morte que são compartilhadas pelo grupo são simbolicamente representadas de uma forma peculiar, pois o conhecimento de outras doenças é incorporado no cotidiano e compartilhado conjuntamente pelo grupo para objetificar a aids. As imagens da aids construídas no passado da aids ainda são presentes na sociedade contemporânea e apresentam forte associação com sofrimento e morte, mesmo entre profissionais da saúde, o que corrobora o estigma e o comportamento discriminatório que permanecem presentes nas representações (MACHADO et al., 2016). A perspectiva de mudança representacional é lenta e pode ser percebida em idosos à medida que a doença é distanciada da consequência fatal (OLIVEIRA, 2013).

Representações negativas do HIV/Aids são frequentes. Entre pessoas que se percebem com diagnóstico positivo para o HIV elas figuram simbolizadas pelo medo da morte e pelo

medo de desafios diante da nova condição de saúde. Um dos elementos que corrobora o medo relacionado ao diagnóstico positivo é o enfrentamento de relacionamentos afetivos e sociais (BRAGA et al., 2016).

Nessa classe, percebe-se que há tendência de mudança nas Representações Sociais da aids, onde há aceitabilidade da ideia de convivência com a doença por esta ter adquirido um caráter crônico, bem como pela eficácia dos antirretrovirais no prolongamento da expectativa de vida e consequente redução da mortalidade. Contudo, ainda resistem imagens negativas relacionadas ao medo e à morte. Esses resquícios negativos prejudicam a adoção de medidas preventivas para o HIV bem como a adesão ao tratamento de pessoas que se descobrem com diagnóstico positivo. Essas questões contribuem para a corroboração do estigma.

Classe 5: Vulnerabilidade ao HIV/Aids de mulheres heterossexuais em união estável

A classe 5 se relaciona e determina as Classes 1 e 4, possui 78 UCE's e 18.4% das falas analisadas. Composta pelos vocábulos (lá, morar, mulher, casa, sair, rua, rapaz, morrer, médico, esposo, falecer, atender, vergonha, marido, perguntar) todos com associação significativa ($p < 0,0001$).

Os idosos atribuem o risco de contágio a mulheres em união heterossexual estável e apontam os cônjuges como responsáveis unilaterais pela contaminação ancorando-se em elementos culturais brasileiros, como o patriarcado e a visão de que o homem é o único responsável pela transmissão, vitimizando a figura feminina.

Quem tem mais chance de pegar aids às vezes é até uma senhora casada que o marido é mulherengo da rua. Ele pega na rua e transmite para a esposa é a coisa mais comum que está acontecendo, ta muito comum. Eu conheço uma mulher que ela tinha o marido dela e ela pegou dele e hoje ela faz tratamento, mas ela tem porque pegou do marido (ent. 37)

O marido da gente a gente não sabe o que ele ta aprontando na rua homem é homem, ou seja, a gente não sabe por mais que eu tente nunca soube de nada dele, nunca soube. (Ent. 4)

Sempre falo ao meu marido que ele deve se prevenir de todas as formas para eu não pegar, porque se eu pegar aids eu mato ele. (Ent. 8)

Você não deve confiar em mais ninguém, nem no seu próprio marido que é seu cônjuge, você está ali com ele é aquela coisa que você acredita que não vai acontecer, ai fica aquela coisa surreal. (Ent. 11)

Mulher casada pode pegar do marido se ele fizer na rua sem camisinha, as casadas podem pegar do seu próprio marido. (Ent. 14)

Acho que até casado pode pegar porque o marido pode sair e pegar uma mulher que tenha e transmitir para a esposa. Eu e meu marido a gente conversava a noite e eu

falava: olha seu sem vergonha no dia que tu sair ai atrás de outra eu não te quero mais. (Ent. 22).

A atribuição da responsabilidade pelos casos de infecção de mulheres em união heterossexual estável e pelos cuidados preventivos em relação às infecções sexualmente transmissíveis é direcionada à figura do homem. Essas crenças associadas à passividade da mulher na relação sexual e no matrimônio são construídas a partir de contatos dos idosos com casos vivenciados em seu contexto social cotidiano e se inserem no senso comum, produzindo representações.

Para Moscovici, é uma das funções das Representações Sociais serem

[...] prescritivas, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado (MOSCOVICI, 2004, p.34).

A responsabilização da figura masculina traz implicações negativas para práticas sexuais seguras entre casais heterossexuais em união estável. A maioria dos casos de contaminação de mulheres idosas ocorre por coito de orientação heterossexual. Entre os anos 2007 e 2010, 82% dos casos de HIV em mulheres maiores de 50 anos foram provenientes de relações heterossexuais (CDC, 2013).

A escassez de estudos sobre vulnerabilidades de mulheres ao HIV bem como sobre os riscos para as que não vivem com HIV resultou em pouca preocupação com a promoção de sua saúde sexual bem como o desenvolvimento de ações direcionadas para aquelas com mais de 50 anos (DURVASULA, 2014).

Se o HIV/Aids entre idosos é um problema de saúde invisível para as organizações prestadoras de cuidado e para a sociedade, a situação agrava-se entre mulheres idosas, pois o cuidado torna-se negligenciado ao somarem-se estigmas relacionados ao sexo na terceira idade, discriminação de gênero, o próprio envelhecimento e a aquisição de infecção sexualmente transmissível (DURVASULA, 2014).

Frequentemente, em serviços primários de atenção à saúde, mulheres idosas não são questionadas sobre práticas sexuais nem encaminhadas para a realização de teste rápido para o HIV por serem consideradas candidatas de probabilidade baixa para adquirir a infecção. O equívoco das equipes de saúde que adotam tais práticas desconsidera a transição epidemiológica e o aumento de casos entre pessoas mais velhas. Nos Estados Unidos, até

2015, pelo menos 50% de todos os casos de HIV/Aids estaria concentrado entre pessoas com idade igual ou superior a 50 anos (CDC, 2008; DURVASULA, 2014).

A falta de visibilidade da problemática pode contribuir para o aumento de diagnósticos tardios. Entre mulheres, o problema da falta de orientação e prestação de assistência de qualidade se intensifica quando se tratam identidades marginalizadas como mulheres lésbicas, bissexuais e transexuais, por sofrerem discriminação nos serviços de saúde. A falta de visibilidade, a discriminação e estigma afastam mulheres dos serviços de atenção básica e prejudicam a promoção da saúde (DURVASULA, 2014). Além disso, trazem implicações que prejudicam a comunicação de profissionais de saúde com pessoas idosas sobre a temática.

Um dos desafios para a promoção da saúde sexual de pessoas idosas é aperfeiçoar a comunicação e as formas de abordagens, implicando em melhorias para a população senil, uma vez que saúde sexual está associada à qualidade de vida (FARRELL; BELZA, 2012).

Pessoas idosas não se sentem desconfortáveis ao serem abordadas por profissionais de saúde sobre práticas sexuais e vida sexual ativa (FARRELL; BELZA, 2012). Idosos em Washington manifestaram desejo de conversar com médicos e enfermeiras sobre comportamentos sexuais, e as idosas se sentiram mais confortáveis para conversar tanto com profissionais da medicina ou da enfermagem (FARRELL; BELZA, 2012).

A atribuição de responsabilidade da prevenção do HIV ao homem levanta importante discussão sobre a promoção da saúde sexual de casais, especialmente pelas evidências científicas sobre o baixo conhecimento de mulheres em união estável sobre o HIV/Aids, o que corrobora os resultados evidenciados neste estudo.

O conhecimento sobre o HIV de mulheres mais velhas em união estável é baixo em diversas realidades sociais, tanto em países desenvolvidos como Estados Unidos quanto em países em desenvolvimento, como países africanos (VILLEGAS et al., 2013; AILINGER; CORTES; MOLLOY, 2016). Há presumível unicidade cultural sobre estes aspectos associados à sexualidade da mulher.

Pelo fato de a promoção da saúde sexual de casais idosos manter-se pouco abordada na atenção primária à saúde, e frequentemente mulheres em união estável depositarem sua confiança e segurança sexual nos parceiros, fazem-se necessárias intervenções com foco no casal, arquitetadas por profissionais de saúde com competência de habilidade técnicas. Cabe aos profissionais de saúde, inicialmente, compreenderem e elucidarem arranjos complexos de relacionamentos afetivos que possam fazer parte do grupo que será assistido para se iniciar ações de promoção e prevenção da saúde sexual com foco no casal (CRANKSHAW et al., 2016).

Compreender a dinamicidade de cada casal e como se dão os arranjos afetivos e sexuais é importante para a inserção de ações de prevenção do HIV/Aids focadas em casais (CRANKSHAW et al., 2016).

Em relacionamentos afetivo-sexuais em que estão envolvidas mais de duas pessoas, frequentemente, as diferenças de gênero prejudicam o gênero dito mais vulnerável, especialmente na adoção de práticas sexuais seguras. Mulheres que vivem com HIV na África do Sul conheciam relações simultâneas de seus parceiros, mas encontraram dificuldades de discutir métodos de prevenção, como o uso de camisinha, e o principal óbice foi manter comunicação saudável com o parceiro (CRANKSHAW et al., 2016).

Entretanto, um estudo revelou experiências positivas de mulheres negras sobre incentivar os parceiros a se testarem para o HIV e demonstrou que a conversa entre casais aumenta a confiança nos relacionamentos e traz resultados positivos para adoção de práticas sexuais seguras (NOLTE; KIM; GUTHRIE, 2016).

A utilização de estratégias que envolvam parceiros para o teste de HIV é pouco abordada e a adoção delas representa uma ferramenta importante para a prevenção. Mulheres que se sentem confortáveis em conversar com seus parceiros sobre condições sexuais e sobre o teste representam um passo importante para a prevenção da transmissão heterossexual para mulheres em união estável, principalmente porque a maior parte das novas transmissões de HIV entre mulheres dá-se por coito heterossexual (NOLTE; KIM; GUTHRIE, 2016).

Em adição, para que a utilização de estratégias para a promoção da saúde sexual de casais obtenha sucesso, é necessário que os serviços de saúde estabeleçam relação de confiança com usuários. Uma dificuldade enfrentada por mulheres negras canadenses para a adesão a prevenção do HIV foi a falta de empatia dos profissionais de saúde (WILLIAMS et al., 2009).

Narasimhan et al. (2016) apontam que mulheres mais velhas vivendo com HIV sofrem mais discriminação e enfrentam dificuldades para aderir a práticas sexuais seguras, incluindo acesso para aquisição de preservativos. Além disso, outras dificuldades estão presentes: pouca capacidade de negociação para o sexo seguro e pouco acesso aos serviços de saúde.

As Representações Sociais apreendidas nessa classe, a partir das falas dos idosos, revelam que existe vulnerabilidade mulheres heterossexuais em união estável ao HIV, porém, a prevenção e diminuição de riscos figura como um processo no qual não se têm controle e nem pode ser alterado. Ser contaminada pelo parceiro masculino parece ser a ordem natural dos acontecimentos.

A transferência de “culpa” para a figura masculina se configura um obstáculo para a prevenção de HIV/Aids, pois a responsabilidade é transferida à figura do cônjuge macho, contramão da compreensão dos aspectos de prevenção que devem ser mútuos ao casal, com inclusão de negociação para praticas sexuais seguras por meio de diálogo.

Classe 2: Rede de informações sobre HIV/Aids: Processo de criação e transformação das Representações Sociais

A Classe 2 determina as Classes 1, 4 e 5 e possui 92 UCE's e 21.7% das falas analisadas. Ela é constituída pelos vocábulos (nunca, televisão, conversar, falar, ouvir, posto, velho, filho, ver, palestra, participar, entender, gosto, sempre) todos com associação significativa ($p < 0,0001$). Nesta classe é possível observar interação social entre idosos e como as informações sobre o HIV/Aids chegam até eles e são compartilhadas.

É notória a influencia da mídia televisiva no processo de criação, evolução e transformação das Representações Sociais do HIV/Aids pelos idosos participantes da investigação. Além disso, a interação pessoal ocorre entre membros da comunidade de residência dos idosos que compartilham informações sobre HIV/Aids no cotidiano, criando uma rede de informações. Esta rede é alimentada de forma direta pela mídia e as informações são compartilhadas no meio social em que os idosos estão inseridos. Estes aspectos podem ser observados a seguir.

Hoje as coisas estão mudadas eu vejo as pessoas conversando sobre o assunto eu vejo também passando nos programas de televisão porque eu assisto muito a esses programas que falam de saúde. (Ent. 4)

Sempre tenho visto muita gente morrendo de aids que não teve cura, ainda não vi um se curar. Eu vejo nos bairros as pessoas conversando a gente já tem visto muitos sequinhos parecidos com o tuberculoso que é a mesma doença só faz mudar o nome. (Ent. 5)

Ao apertar a mão ela não pega. No sexo ela pega isso eu sei por que vejo na televisão, mas nunca conheci de perto uma pessoa que tenha a doença (Ent.8)

Eu sou muito antenada na internet, eu gosto de ouvir, eu gosto de participar, eu gosto muito de ouvir palestra na televisão. (Ent.11)

Eu vejo mais informações sobre aids é pela televisão eu nunca tive assim uma palestra só mesmo lá no hospital quando eu ia visitar ele (irmão idoso diagnosticado com HIV). (Ent. 15)

Ao longo dos anos a televisão e o HIV/Aids não estabeleceram boas parcerias em decorrência de matérias sensacionalistas editadas por alguns veículos de comunicação detentores de grandes audiências. Os conhecimentos sobre o HIV/Aids construídos e influenciados pela mídia podem apresentar vieses e interferir na adoção de práticas sexuais seguras de acordo com as fontes de informações assistidas, que priorizam a audiência em número, a despeito do seu papel social.

Conforme Moscovici (2015), a modernidade proporcionou a inclusão de novos meios de comunicação de grande alcance, disseminado à possibilidade de circulação de novas ideias legitimando as representações. Contudo, é necessária atenção para os processos simbólicos que se estabelecem a partir da disseminação de informações para vários grupos sociais.

Frequentemente, grandes veículos de comunicação publicam matérias sensacionalistas em torno de figuras públicas e suas relações com diagnósticos positivos para o HIV. A publicação de informações com esses conteúdos alcançam número elevado de pessoas de diferentes faixas de idade e exercem efeitos diferentes em cada grupo. A necessidade de atrair leitores e curiosos por meio de matérias sensacionalistas faz dos meios de comunicação ferramenta disseminadora do estigma, já presente na sociedade atual, fortalecendo conhecimentos prejudiciais às práticas preventivas (THE LANCET HIV; 2015).

O papel da mídia na construção de imagens do HIV/Aids é bem descrito na literatura atual e narra histórico de disseminação de imagens negativas relacionadas ao medo de enfrentamento da doença e forte associação com a morte. Os sentimentos negativos associados à discriminação foram robustecidos por matérias sensacionalistas que integraram a doença aos comportamentos socialmente reprováveis, causando condenação e morte social para pessoas que viviam com HIV (VILLARINHO; PADILHA, 2016).

Os processos de estigmatização e discriminação adotados pela sociedade e serviços de saúde tornam-se influenciados pela mídia através de matérias apelativas com o objetivo de prender a atenção de expectadores e criam uma simbolização negativa corroborada ao longo dos anos. Nas primeiras décadas da epidemia, as informações publicadas pela mídia tiveram grande controle pela falta de conhecimento do vírus e da doença de forma que o imediatismo da notícia ocasionou a disseminação de informações equivocadas em canais de televisão e rádio (VILLARINHO; PADILHA, 2016).

Entretanto, na atualidade, mesmo diante do avanço ocorrido no conhecimento científico sobre o HIV/Aids ainda é possível observar o grande poder negativo que a mídia exerce sobre o HIV/Aids na publicação de notícias sensacionalistas. Estas notícias são mais frequentes quando se trata de figuras públicas. O que se percebe é que o tipo de matéria sofre

alterações e o estigma e a discriminação são divulgados de forma mais elaborada, a exemplo de um caso recente envolvendo um ator de *Hollywood* noticiado em site fornecendo informações que induziam os leitores a identificarem a pessoa e mais suas possíveis parcerias sexuais (THE LANCET HIV; 2015).

Os meios de comunicação parecem não se interessar por temas que englobam prevenção e aumento do conhecimento sobre o HIV/Aids por meio de matérias informativas através de conteúdos educativos. Por não garantirem audiência, não são produzidos (JOHNSON, 2013). Entretanto, os meios de comunicação em massa podem ser usados como ferramentas poderosas para a prevenção do HIV/Aids quando os conteúdos veiculados na mídia são intermediados por instituições de saúde. Estudos internacionais relatam experiências exitosas com campanhas de prevenção em televisão e rádio. Nos Estados Unidos, campanhas midiáticas são usadas para retardar a iniciação sexual entre jovens afro-americanos e brancos por meio do direcionamento de mensagens de risco (NOAR et al., 2014).

Experiências positivas com o uso de televisão e rádio para promover a prevenção do HIV/Aids foram obtidas em países como Zâmbia e Bangladesh. Os resultados indicaram que pessoas com mais acesso às campanhas de prevenção divulgadas pela televisão estavam mais predispostas a fazer uso do preservativo por ter maior conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV (VAN ROSSEM; MEEKERS, 2007; JESMIN; CHAUDHURI; ABDULLAH, 2013). Já no Brasil, não há regularidade em campanhas preventivas para o HIV/Aids em grandes meios de comunicação, e campanhas para o público idoso são mais raras ainda (BRASIL, 2016).

Mesmo o Ministério da Saúde promovendo esse tipo de campanha, as informações não contemplam todos os públicos e os idosos ficam a margem das publicidades, pois estas campanhas, frequentemente, possuem pessoas jovens como protagonistas, a exemplo da última propaganda de 30 segundos em TV aberta do MS (BRASIL, 2016).

É importante destacar que campanhas descritas na literatura são mediadas por instituições de saúde que têm objetivos de alcançar um número grande de pessoas e fornecer informações verdadeiras sobre HIV a fim de aumentar o conhecimento da população e diminuir o estigma. Já em programações independentes que objetivam audiência e retorno comercial, há o risco de exposição a informações equivocadas que influenciam tanto a perpetuação do estigma quanto a adoção de práticas preventivas.

Além da necessidade de abordagem nos meios de comunicação em massa mediada por instituições de saúde, a questão é pouco discutida junto à clientela idosa na Estratégia Saúde da Família:

Eu vejo falar de aids pela televisão e algumas pessoas conversando também no bairro. Aqui no posto eu nunca conversei sobre isso. (Ent. 7)

Para que o HIV/Aids seja abordado por profissionais de saúde na atenção primária, antes é necessário considerar que idosos possuem vida sexual ativa. Comportamentos sexuais de idosos cadastrados em ESF são deficientes, em especial pelo pouco uso de preservativo e por não realizarem teste para HIV (PAULINO et al., 2014).

Ainda que em realidades de países desenvolvidos, como Estados Unidos, a prevenção do HIV/Aids em serviços de atenção primária à saúde é pouco abordada, mesmo com pessoas que vivem com HIV. Considera-se que há necessidade de treinamento para os profissionais da atenção primária a fim de contemplarem as necessidades de saúde da pessoa idosa de forma integral (SANDFORT; COLLIER; GROSSBERG, 2013).

Percebe-se também abordagem do tema no convívio familiar, ainda que tímida, mas revela-se uma transformação no comportamento cultural, pois se discutem assuntos considerados tabus, que incluem comportamentos sexuais dos participantes. Observa-se a seguir.

Os filhos agora estão mais abertos já conversam mais às vezes eles querem dizer, mas ficam calados, mas eu também falo do assunto porque também os tempos são outros já foi o tempo que ninguém falava nada. (Ent. 4)

só os meus filhos que conversam sobre isso eu já ouvi eles falando já vi que tem já vi falando que tem essa doença de aids mas eu acho que é uma coisa que é semjeito. (Ent.16)

Discutir práticas sexuais, adoção de medidas de prevenção e incentivo para realização do teste de HIV no ambiente familiar é uma ferramenta importante tanto para a promoção da saúde sexual quanto na evolução da prevenção (NOLTE; KIM; GUTHRIE, 2016).

Ainda é possível observar a construção de figuras simbólicas locais que representam a problemática do HIV/Aids e tiveram influência na construção das representações, ancorada em conceitos criados no início da década de 1980:

Inclusive uma vez o Joaquim dos Velhos (Figura pública diagnosticado com aids que viveu na comunidade) deu até uma entrevista sobre isso ai ele entrou numa piscina e ninguém quis banhar e ele ainda zangou-se, para ver a ignorância dele, ele deveria era admitir que o pessoal tinha razão. (Ent.23)

Diminuiu, não vejo mais falar em aids. Teve um tempo que falaram muito em aids, naquele tempo do Joaquim dos Velhos (Ent. 31)

Eu conheci o Joaquim dos Idosos que morreu de aids aqui no hospital, ele era forte, um homem bonito, mas morreu magrinho, ele emagreceu bastante. (Ent. 35)

Os participantes desta pesquisa tiveram convívio local, durante anos, com uma figura que vivia com HIV, o Joaquim dos Velhos, líder comunitário envolvido em atividades diretas com o cotidiano da comunidade. Ficou conhecido por seus trabalhos sociais e a luta diária contra o estigma e discriminação. Foi incentivador de campanhas de prevenção do HIV/Aids. Assim, parte das representações do HIV/Aids pelos idosos teve forte influência das relações com Joaquim dos Velhos.

Investigações mostram que a construção de representações sociais do HIV/Aids teve influência da mídia e de figuras de destaque nos contextos sociais. No contexto brasileiro, destaca-se o cantor Cazusa, frequentemente presente nas construções simbólicas do HIV/Aids por ter sido um dos primeiros brasileiros de vida pública a confirmar o diagnóstico positivo e falar abertamente sobre sua condição de saúde (GOMES et al., 2012).

As imagens da aids que emergiram nessa classe, associadas à figura de Joaquim dos Velhos, integradas ao emagrecimento e morte, são semelhantes às imagens que foram construídas e disseminadas com o caso de Cazusa. Nas representações sociais de pessoas que vivem com HIV no Rio de Janeiro, a figura de Cazusa foi fortemente associada com morte e transmitiu a ideia de terminalidade de vida (BRAGA et al., 2016).

Logo, a construção e transformação das representações sociais são influenciadas por uma rede de informações que os idosos têm acesso como propagandas e veiculadas pela televisão e rádio principalmente, através de conversas com membros da família e da comunidade, além de terem sofrido forte influência de uma figura de destaque na comunidade.

As imagens negativas que emergiram das falas dos idosos foram construídas por meio do acesso às programações veiculadas em rede nacional, do conhecimento prévio sobre o HIV/Aids e com Joaquim dos Velhos. Como observado nas falas, não se percebem intervenções educativas para a promoção da saúde sexual dos idosos protagonizadas pela ESF da comunidade.

Classe 3: Prevenção *versus* Estigma

A Classe 3 determina as outras quatro classes e se constitui como a mais relevante. É composta por 96 UCE's e 22.64% das falas analisadas. É constituída pelos vocábulos (usar, prevenir, sexual, camisinha, cuidado, sangue, relação, seringa, saliva, sexo, prevenção, relacionamento, através) todos com associação significativa ($p < 0,0001$). Nesta classe observa-se a citação da camisinha como principal método preventivo associado às informações sobre as formas de transmissão do vírus. Observa-se a seguir:

A pessoa pega sem se prevenir, sem usar camisinha, sem ter precaução. (Ent.3)

É uma perigosa por que a transmissão é sexual a pessoa quando não se previne acontece esses tipos de coisas é uma doença transmissível. (Ent. 4)

Eu dizia sempre pra ela (filha) se prevenir, usar camisinha e ela insistia que não gostava de usar, mas ainda assim eu sempre a alertava para usar a pílula anticoncepcional e a camisinha para evitar a aids e outras doenças venéreas. (Ent. 8)

Tá ai os preservativos e as pessoas não querem são poucas pessoas que querem porque camisinha não é só para evitar filhos é para evitar doenças e quando não usa se pega uma pessoa já infectada com certeza vai ser o próximo. (Ent. 9)

A camisinha é identificada como principal método de prevenção contra o HIV/Aids. Porém, os idosos não se percebem como vulneráveis e apontam outras pessoas para uso do preservativo não se incluindo como um grupo que usa ou necessita usar preservativo.

Linhas de investigação têm reforçado uma tese de que a aids é vista como uma doença do outro, revelando estereótipos reforçados no cotidiano social (LEAL; COÊLHO, 2016; MAFRA et al., 2016). A visão de doença do outro influencia a cultura de prevenção do HIV/Aids.

Conforme Marková (2015), as representações sociais podem apresentar esperança para os grupos e transformar os comportamentos das sociedades. Entretanto, tais representações também podem apresentar perigo ou ameaça. As características das representações se revelam de inúmeros tipos, uma delas é por meio dos diálogos interpessoais.

As representações negativas, bem como a percepção da necessidade do uso do preservativo como uma necessidade do outro, prejudicam a adesão à práticas preventivas. A limitada adesão de idosos ao uso de preservativo é um assunto recorrente em estudos internacionais e é influenciada por questões como baixo nível de conhecimento sobre o vírus, envolvimento afetivo com parceiros sexuais e multiplicidade de parceiros (SCHICK, 2010; MILROD; MONTO, 2016 ROSENBERG et al., 2017).

Mesmo entre idosos de idade mais elevada com vida sexual ativa e em condições socioeconômicas favoráveis, a adesão ao uso do preservativo é módica, como evidenciou um estudo norte-americano (SCHICK, 2010). Na África do Sul, idosos estão vulneráveis ao HIV pela reduzida adesão ao uso do preservativo e por se envolverem com múltiplos parceiros sexuais (ROSENBERG et al., 2017).

A diminuta adesão ao uso do preservativo tem contribuído para aumento das taxas de infecção do HIV entre pessoas idosas, especialmente entre idosos de baixa renda clientes de profissionais do sexo, conforme evidenciado por pesquisadores chineses (CHEN et al., 2016). O envolvimento de idosos com profissionais do sexo e a dispensa do uso de camisinha têm sido relatado em outras realidades, como nos Estados Unidos onde eles se apresentaram pouco preocupados com o uso de preservativo, principalmente por se envolverem emocionalmente com os parceiros sexuais (MILROD; MONTTO, 2016).

Justificativas para o não uso de preservativo têm sido evidenciadas e discutidas em estudos realizados em países como Nigéria e Malawi pautadas na ideia de que o preservativo diminui o prazer sexual. Além de justificarem o não uso pela redução do prazer sexual, existe desinteresse de casais em fazer uso de preservativo em relações com histórico de longa duração (ANGLEWICZ; CLARK, 2013; AYOOLA et al., 2014).

Pode-se considerar que há diminuta adesão de idosos ao uso do preservativo em diversas regiões do planeta e em contextos sociais diferentes, mesmo com conhecimento dos seus benefícios e das formas corretas do uso.

Considerar que a população está envelhecendo e que os idosos são vulneráveis ao HIV é necessário para iniciar ações de redução de risco e educação sobre a prevenção do HIV a fim de nortear a cultura de prevenção.

Além disso, percebe-se presença de estigma nas falas analisadas. O vocábulo “sexual” presente na classe, com forte associação, não está relacionado apenas ao sexo entre pessoas heterossexuais, mas faz menção às relações homossexuais. Os idosos citaram antigos grupos de risco descritos no início da doença como usuários de drogas injetáveis, homossexuais e profissionais do sexo. Estas representações sociais se remetem ao estigma da doença.

Para mim tem mais risco de pegar essa doença as pessoas que são [...] como é que se diz? Que são [...] que fazem sexo com outros homens, não me recordo o nome, mas é homem com homem. (Ent.1)

Eu acredito que o aidético é aquele que vive [...] homem com homem, gera sempre pelo ânus e é uma doença que depois de tá dentro é difícil de ser curada. (Ent. 5)

O grupo de risco todo mundo sabe, eu não tenho nada contra, eu respeito, eu convivo muito bem são pessoas também, quando realmente eles assumem realmente são pessoas ótimas, são os homossexuais, um grupo de risco. (Ent. 18)

Segundo diz os estudiosos que tem umas categorias que são mais propensas a ter a doença como homossexual e usuários de drogas ou pessoas que são desinformadas que tem menos conhecimento. (Ent. 23)

O homossexual tem mais chance de pegar aids é o mais perigoso eu acho que sim, porque o próprio Joaquim dos Velhos relatou que porque ele era homossexual, ele declarou na televisão uma vez, eu assisti. (Ent. 23)

Existe ai o cruzamento de homossexuais, que dizem ser muito perigoso, e dizem que é o jeito mais fácil de ter a doença pode gerar a doença nessa relação homossexual de homem com homem, mais fácil do que na relação homem com mulher porque dizem que quando a mulher sofre essa doença já vem do homem. (Ent. 36)

Pra não pegar tem que evitar, usando camisinha e evitando ter sexo com uma pessoa que pode ter, por exemplo, com outros homens, porque tem homem que não é homossexual, mas participa e fica viciado, se acostuma e ai termina pegando também. (Ent. 36)

As formas de se prevenir é usando a camisinha, ter cuidado pra não se contaminar com sangue, com as agulhas infectadas. Eu vejo muito falar dessas coisas na televisão. (Ent. 41)

Apesar de os idosos apontarem a camisinha como principal método de prevenção e mostrarem certo nível de conhecimento sobre as formas de transmissão do vírus, o estigma simbólico emerge nas falas. Conforme Marková (2015), representações negativas de uma determinada doença prejudicam claramente tratamento e prevenção.

Nesse processo, o estigma aloca grupos que não se percebem como de risco ou vulneráveis a maior exposição e vulnerabilidade. Acreditar que apenas homossexuais estão susceptíveis a adquirirem a infecção faz com que os idosos tenham limitada adesão às práticas preventivas.

As construções simbólicas do HIV/Aids se baseiam em conhecimentos disseminados no início do descobrimento da infecção quando foram segregados grupos de risco que concentravam homens que fazem sexo com homens (HSH), profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. No Brasil, um estudo mostrou que até o ano de 2008 era possível apontar grupos de risco com destaque para HSH (LAZARINI et al., 2012).

Entretanto, as discussões atuais abandonaram o conceito de “grupo de risco”. Atualmente, foca-se em comportamento de risco e a ideia de grupo de risco é evitada. A transição epidemiológica da aids é o principal fator para a mudança de pensamento em relação aos antigos grupos de risco, pois o vírus atinge todos os grupos sociais (BRASIL, 2014).

Porém, o estigma com antigos grupos de risco é evidente. O discurso estigmatizante fundamenta-se principalmente em falas moralistas pautadas em ideologia religiosa. Em países da África, o estigma do HIV/Aids é maior naqueles com número elevado de protestantes pentecostais que propagam a associação do HIV/Aids com o pecado, o que prejudica a moralidade cristã (WINSKELL; HILL; OBYERODHYAMBO, 2011).

Os danos causados pelo estigma afetam, além da adesão ao tratamento e prevenção do HIV/Aids, a qualidade de vida. As implicações negativas do estigma podem atingir todos os níveis da promoção de saúde (CHOLLIER; TOMKINSON; PHILIBERT, 2016).

Para pessoas vivendo com o HIV, o estigma pode afetar a dimensão psicossocial causando problemas como ansiedade, comprometendo a saúde mental e física (BRANDT et al., 2016). Para pessoas que vivem com HIV, o estigma pode desencadear medo, depressão, problemas em relacionamentos afetivos e angústia relacionada à manutenção de segredo sobre o resultado do teste para HIV, como evidenciado entre mulheres vivendo com HIV nos Estados Unidos (DAVTYAN et al., 2016). Resultados semelhantes dos efeitos negativos do estigma foram encontrados na Indonésia (CULBERT et al., 2015).

Entretanto, em sociedades mais conservadoras como o Egito, o estigma pode ter desdobramentos mais sérios com efeitos imediatos como pessoas terem medo de usar os mesmos serviços de saúde que pessoas vivendo com HIV, medo de ser assistido por médicos que cuidam de pessoas vivendo com HIV ou mesmo comportamentos antiéticos de médicos que se recusaram atender pessoas portadoras do vírus (LOHINIVA et al 2016).

Collins et al. (2016) descrevem que o estigma pode barrar ou prejudicar o acesso aos serviços de atenção ao HIV. De fato, os danos causados pelo estigma são evidenciados em todo o mundo e se sustenta por inúmeros fatores como: acesso a informações erradas sobre o HIV/Aids, crenças religiosas e condições socioeconômicas desfavoráveis. Na Rússia, a doença é vista como vergonhosa e atrapalha a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids, afastando-as dos serviços de saúde e da assistência do governo (SHILOVSKAYA, 2015).

Condições como encarceramento, idade elevada, questões de gênero e raça agravam o estigma do HIV/Aids (CULBERT et al., 2015; DAVTYAN et al., 2016; FREEMAN, 2016). Entre pessoas idosas vivendo com HIV/Aids, o estigma tem maiores desdobramentos negativos por envolver questões como o próprio envelhecimento, redução da vitalidade e produtividade no mercado de trabalho que se somam à nova condição de saúde (FREEMAN, 2016).

Autores têm descrito que a combinação de estigma relacionado ao HIV e idade avançada contribui para diagnósticos tardios e baixa adesão ao tratamento, além disso, prolonga o início da terapia antirretroviral (MOORE, 2012; RICHARDS et al., 2013). Nesse sentido, intervenção para diminuição do estigma devem ser incluídas em planos de campanhas de prevenção do HIV/Aids. Porém, é necessário compreender a fundamentação do estigma, ou seja, é necessário que os profissionais de saúde conheçam as crenças e conhecimentos dos idosos sobre o HIV/Aids.

Os idosos heterossexuais, por acreditarem que o HIV/Aids é restrito a homens que fazem sexo com homens, se percebem fora do campo de risco. Esse fato contribui de maneira significativa para a diminuição da adoção de práticas preventivas. Este estudo fornece informações sobre um sistema de crenças e conhecimentos de idosos sobre o HIV/Aids que pode servir de subsídio para a formulação de estratégias para a promoção e prevenção da saúde sexual da pessoa idosa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que as Representações Sociais elaboradas por idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde sobre o HIV/Aids situam-se em classes de sentido que assimilam o HIV/Aids como um problema típico de jovens, percebidos como mais vulneráveis e suscetíveis, vulnerabilidade também estendida às mulheres em relacionamento heterossexual e estável; como uma doença passível de tratamento mas que ainda carrega o estigma da morte associada a ela, especialmente pelo reforço que a mídia exerce neste sentido; os meios de prevenção são informados principalmente pela mídia televisiva e têm a camisinha como principal instrumento; o sexo homossexual entre homens ainda é mencionado com umas das formas centrais de contágio, corroborando o discurso marginalizante das primeiras décadas da epidemia do vírus e afastando os idosos da adesão à práticas preventivas.

A compreensão de como as Representações Sociais interferem na prevenção do HIV/Aids é resolvida especialmente na atenção à rede de informações a que os idosos têm acesso sobre o HIV/Aids, singularizando os métodos preventivos à camisinha e excluindo-os da abordagem por desacreditarem sua prática sexual e por acreditarem que o HIV/Aids é uma doença do outro. A atenção primária reforça esse cuidado periférico ao não intervir por meio de estratégias específicas para promoção da saúde sexual do idoso. A cultura do sexo masculino como dominante no coito também provoca interferências na prevenção do HIV/Aids ao responsabilizar a figura do macho pela contaminação, com a mulher figurando como vítima passiva e sem protagonismo da própria saúde sexual.

O protagonismo da atenção primária nessa questão é necessário e deve ser iniciado com conversas sobre práticas sexuais dos idosos. Pois, considerar o idoso como potencialmente capaz de ter uma vida sexual ativa é o primeiro passo para o desenvolvimento de intervenções preventivas que melhorem o conhecimento sobre o HIV/Aids.

Estabelecer vínculo com idosos para a promoção da saúde sexual deve ser feito por meio de conversas, mesmo que sejam realizadas informalmente nos atendimentos rotineiros na Unidade Básica de Saúde ou em visitas domiciliares e por meio de intervenções educativas que englobem os idosos da comunidade.

Por não adotarem uma cultura prevencionista, outras investigações são necessárias a fim de se identificar formas estratégicas para sensibilizar a população idosa sobre suas vulnerabilidades e diminuição do estigma.

REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G.; BATISTA, L. H. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 10 – 19, jan./mar., 2013.
- AILINGER, R. L.; CORTES, L. R. Z.; MOLLOY, S. B. Beliefs about HIV in Low-Income Nicaraguan Women. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, Denver, Colorado, v. 27, n. 6, p. 849-854, mai. 2016.
- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 229-235, jan./fev. 2015.
- ANDRADE, H. A. S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M. I. P. O. Aids em idosos: vivências dos doentes. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.712-719, out./dez. 2010.
- ANGLEWICZ, P.; CLARK, S. The effect of marriage and HIV risks on condom use acceptability in rural Malawi. **Social Science & Medicine**, Boston, Massachusetts v. 97, p. 29-40, jun. 2013.
- ARAÚJO, C. L. O.; MONTEIRO, A. C. S.. Qual a perspectiva da pessoa idosa em relação ao HIV/AIDS?. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, São Paulo, v. 14, p. 243-256, dez. 2011.
- ARRAES, C. O. et al. Masculinidade, vulnerabilidade e prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/HIV/Aids entre adolescentes do sexo masculino: representações sociais em assentamento da reforma agrária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n.6, p.1266-73, Nov./dez. 2013.
- AYOOLA, O. D. et al. Pattern, challenges and correlates of condom use among Nigerians living with HIV infection. **Asian Pacific journal of tropical biomedicine**, Washington, USA v. 4, p. 198-203, mai. 2014.
- BATISTA, A. F. O. et al. Idosos: associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-48, 2011.
- BARATA, G. F. A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983 a 1992) [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2005.
- BENJAMIN, H. et al. Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population. **AIDS Care**. Londres, Reino Unido, v. 25, n.4, p.451-458, ago. 2013.
- BEZERRA, V. P. et al. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.36, n.4, p.70-76, out./dez. 2015.

BITTENCOURT, G. K. et al. Concepções de idosos sobre vulnerabilidades ao HIV/AIDS. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, Évora, Portugal, v. 2, n. 1, abr. 2016.

BRAGA, R. M. O. et al. Representações sociais do HIV/AIDS para as pessoas que convivem com a síndrome. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.1-6 abr./jun. 2016.

BRANDT, C. P. et al. Examining anxiety sensitivity as an explanatory construct underlying HIV-related stigma: Relations to anxious arousal, social anxiety, and HIV symptoms among persons living with HIV. **J Anxiety Disord**, Países Baixos, ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, dispõe sobre a regulamentação da lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Diário Oficial da União. Brasília (DF), 1996.

_____. Portaria do Gabinete do Ministério de Estado da Saúde de nº 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, n. 237, 13 dez. 1999. Seção I, p. 20 – 24.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília (DF), 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de ética e Pesquisa (CONEP). **Resolução nº 466/2012, sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília DF, 2012.

_____. Portal da saúde. 2014. Acesso em 08 de janeiro de 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/286-aids/9048-atualmente-ainda-ha-a-distincao-entre-grupo-de-risco-e-grupo-de-nao-risco>>

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, 2015.

_____. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Campanha do Ministério da Saúde sobre Prevenção Combinada, 2016.

BRASILEIRO, M.; FREITAS, M. I. F. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 789-795, set./out. 2006.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Florianópolis-SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **HIV/AIDS among persons aged 50 and older**. CDC HIV/AIDS FactS. 2008.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Diagnoses of HIV infection among adults aged 50 years and older in the united states and dependent areas, 2007–2010.** HIV Surveillance Supplemental. 2013.

CHEN, Y et al. Declining Inconsistent Condom Use but Increasing HIV and Syphilis Prevalence Among Older Male Clients of Female Sex Workers: Analysis From Sentinel Surveillance Sites (2010–2015), Guangxi, China. **Medicine**, Market Street Philadelphia, PA, v. 95, n. 22, e3726, mai. 2016.

CHOLLIER, M.; TOMKINSON, C.; PHILIBERT, P. STIs/HIV Stigma and health: A short review. **Sexologies**, Marseille, France, v. 25, n. 4, p. 71-75, abr. 2016.

COLLINS, A. B. et al. Navigating identity, territorial stigma, and HIV care services in Vancouver, Canada: A qualitative study. **Health & place**, Edinburgh, Scotland, v. 40, p. 169-177, jun./jul. 2016.

COSTA, T. L. et al. Pessoas com HIV/Aids nas representações sociais de enfermeiros: análise dos elementos centrais, contranormativos e atitudinais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.20, n.6, p.1091-1099, nov./dez. 2012.

COSTA, T. L. D.; OLIVEIRA, D. C. D.; FORMOZO, G. A. Qualidade de vida e AIDS sob a ótica de pessoas vivendo com o agravo: contribuição preliminar da abordagem estrutural das representações sociais. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.31, n.2, p.365-76, fev. 2015a.

COSTA, T. L.; OLIVEIRA, D. C.; FORMOZO, G. A. O setor saúde nas representações sociais do HIV/Aids e qualidade de vida de pessoas soropositivas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.475-483, jul./set. 2015b.

COSTA, M. S.. Crenças, práticas e representações sociais sobre HIV/Aids construídas por mulheres idosas. Tese de Doutorado, Universidade Federal da Paraíba, 2016.

CRANKSHAW, T. L. et al. Expanding the relationship context for couple-based HIV prevention: Elucidating women's perspectives on non-traditional sexual partnerships. **Social Science & Medicine**, Boston, Massachusetts, v. 166, p. 169-176, out. 2016.

CULBERT, G. J. et al. Correlates and experiences of HIV stigma in prisoners living with HIV in Indonesia: a mixed-method analysis. **J. Assoc. Nurses. AIDS Care**, Denver, Colorado, v. 26, n. 6, p. 743-757, Nov./Dez. 2015.

DANTAS, M. D. S. et al. HIV/AIDS: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p. 323-330, abr./jun. 2015.

DAVTYAN, M. et al. Women of Color Reflect on HIV-Related Stigma through PhotoVoice. **J. Assoc. Nurses. AIDS Care**, Denver, Colorado, v. 27, n. 4, p. 404-418, jul./ago. 2016.

DURVASULA, R. HIV/AIDS in older women: unique challenges, unmet needs. **Behavioral Medicine**, New York, USA, v. 40, n. 3, p. 85-98, ago. 2014.

FARRELL, J.; BELZA, B. Are older patients comfortable discussing sexual health with nurses? **Nursing research**, Minneapolis, Minnesota, v. 61, n. 1, p. 51-57, jan./fev. 2012.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, München, Germany, v. 12, n. 3, p. 189-198, nov. 1975.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas [Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions]. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FREEMAN, E. Understanding HIV-related stigma in older age in rural Malawi. **Social Science & Medicine**, Boston, Massachusetts, v. 164, p. 35-43, jul. 2016.

GALVÃO, M. T. G. et al. Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV/Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 48, jan./fev. 2015.

GARCIA, M. A. A. et al. A atuação das equipes de saúde da família junto aos idosos. **Rev. de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 9, n. 1, p. 4-14, jan./jun. 2006.

GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v.44, n.4, p.743-749, ago. 2010.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. **Rev Latinoam Enferm.** São Paulo, v.19, n.3, 1-8, mai./jun. 2011.

GOMES, A. M. T. et al. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 111-20, jan./abr. 2012.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GRANGEIRO, A. et al. The HIV-Brazil Cohort Study: Design, Methods and Participant Characteristics. **PLoS ONE**. San Francisco, California, v. 9, n.5, p.e95673, jul. 2014.

HERRMANN, S. et al. HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. **Health Qual Life Outcomes**, Hamilton, Canada, v.8, n.11, p.11:56, abr. 2013.

HIPOLITO, R. L. et al. A teoria das representações sociais e a qualidade de vida\ hiv\ aids: revisão integrativa de literatura. **Rev. pesqui. cuid. fundam**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.3609-3623, jan./mar. 2016.

JACOBS, R. J.; THOMLISON, B. Self-silencing and age as risk factors for sexually acquired HIV in midlife and older women. **J Aging Health**. Texas, USA, v.21, n.1, 102-28, fev. 2009.

JESMIN, S. S.; CHAUDHURI, S.; ABDULLAH, S. Educating women for HIV prevention: does exposure to mass media make them more knowledgeable? **Health care for women international**, Carolina do Norte, USA, v. 34, n. 3-4, p. 303-331, jan. 2013.

JESUINO, J. C. Um conceito reencontrado. IN: ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: TECHNOLITIK, 2011. 668p.

JIANG, H. et al. Determinants of progression to AIDS and death following HIV diagnosis: a retrospective cohort study in Wuhan, China. **PloS one**. San Francisco, California, v.8, n.12, p.83078, dez. 2013.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001. p. 17-44.

JOHNSON, M. A. More Than Pop Culture: Depictions of HIV in the Media and the Effect on Viewer's Perception of Risk. **Journal of homosexuality**, New York v. 60, n. 8, p. 1117-1142, jul. 2013.

KUHN, T. S. **La estructura de las revoluciones científicas**. Fondo de cultura económica, 2011.

LAZARINI, F. M. et al. Tendência da epidemia de casos de aids no Sul do Brasil no período de 1986 a 2008. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 960-968, Jan. 2012.

LEAL, N. S. B.; COELHO, A. E. L. Representações sociais da AIDS para estudantes de Psicologia. **Fractal rev. psicol**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 9-16, jan./abr. 2016.

LOBO, MÁRCIO PEREIRA. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS: Representações sociais de idosos residentes em zona rural**. 2011. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

LOHINIVA, A. L. et al. HIV Stigma Toward People Living With HIV and Health Providers Associated With Their Care: Qualitative Interviews With Community Members in Egypt. **J. Assoc. Nurses. AIDS Care**, Denver, Colorado, v. 27, n. 2, p. 188-198, mar./abr. 2016.

MACHADO, Y. Y. et al. Representações sociais de profissionais de saúde sobre HIV/AIDS: uma análise estrutural [Health personnel's social representations of HIV/AIDS: a structural analysis]. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.1-6, jan./mar. 2016.

MAFRA, R. L. P. et al. Aspectos de gênero e vulnerabilidade ao HIV/aids entre usuários de dois dos Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids de São Luís, Maranhão. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 641-651, jul./set. 2016.

MARCONI, M. A. ; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARKOVÁ, I. Representations, Social Psychology of. **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**. v.2, n.espp, p. 443-9, dez. 2015.

MERGUI, A.; GIAMI, A. Representations of sexuality among HIV-positive young adults. **Sexologies**, Marseille, France, v. 23, n. 1, p. 5-8, jan. 2013.

MILROD, C.; MONTO, M. Condom Use, Sexual Risk, and Self-Reported STI in a Sample of Older Male Clients of Heterosexual Prostitution in the United States. **American Journal of Men's Health**, New Orleans, USA, v. 10, n. 4, p. 296-305, jan. 2016.

MINAYO, M. C. S.. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Ciencia & saude coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MIRANDA, A. F. B. História da AIDS em Santa Catarina: características de uma epidemia [dissertação]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde, Ciências Médicas. Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.

MIRANDA, S. M. et al. Aspectos éticos em pesquisas qualitativas da enfermagem: uma abordagem reflexiva. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, Piauí, v. 2, n. 4, p. 92-96, out./dez. 2013.

MOORE, A. R. Older people living with HIV/AIDS (OPLWHA) in Lomé, Togo: personal networks and disclosure of serostatus. **Ageing Int**. Londres, Reino Unido, v.38, n.3, p.218-232, set. 2012.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse, son image et son public: étude sur la représentation sociale de la psychanalyse**. Presses universitaires de France. 1961.

MOSCOVICI, S.; MARKOVÁ, I. **Ideas and their development: a dialogue between Serge Moscovici and Ivana Marková**. In: Moscovici Serge (Ed.), Social Representations. In: Gerard, Duveen (Ed.). Polity Press, London, p. 224-286, 2000.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 2ª ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 11.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

MOURA, L. K. B. et al. Revisão integrativa sobre o câncer bucal. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 5, p.164-175, set./out. 2014.

MUTABAZI-MWESIGIRE, D. et al. Perceptions of quality of life among Ugandan patients living with HIV: a qualitative study. **BMC Public Health**. Londres, v.14, n.334, p.14-343, abr. 2014.

NARASIMHAN, M. et al. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. **Reproductive Health Matters**, Londres, Reino Unido, v. 24, n. 48, p. 43-51, fev. 2017.

NATIVIDADE, J. C.; CAMARGO, B. V. Elementos caracterizadores das representações sociais da AIDS para adultos. **Temas Psicol**. São Paulo, v.19, n.1, p.179-92, jun. 2011.

NEGIN, J. et al. HIV attitudes, awareness and testing among older adults in Africa. **AIDS Behav**. Connecticut, USA, v.16, n.1, 63 - 68, jan. 2012.

NOAR, S. M. et al. Development and implementation of mass media campaigns to delay sexual initiation among African American and White youth. **Journal of health communication**, Washington, USA, v. 19, n. 2, p. 152-169, jan. 2014.

NOGUEIRA, V. P. F. et al. Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 331-337, mai./jun. 2015.

NOLTE, K.; KIM, T.; GUTHRIE, B. "Taking Care of Ourselves": The Experiences of Black Women Approaching and Encouraging Male Partners to Test for HIV. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, Denver, Colorado, article in press, nov. 2016.

OLIVEIRA, A. F. B. et al. Idosos: associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-48, jan./mar. 2011.

OLIVEIRA, D. C. D. et al. O Significado do HIV/aids no processo de envelhecimento. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.353-358, jul./set. 2011.

OLIVEIRA, D. C. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. spe, p. 276-286, jan./fev. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial de envelhecimento e saúde. 2015. Acesso em 12 de dezembro de 2015. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

PAULINO, M. C. F. O. et al. Análise dos comportamentos sexuais de idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 49-61, set./dez. 2014.

PEREIRA, A. L.; NICHATA, L. Y. I. The civil society against aids: collective demands and public policies. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3249-357, jul. 2011.

PEIXOTO, A. C. S.; FONSECA, H. O.; OLIVEIRA, R. M. S. R. Ancoragem. **Cadernos CESPUC de Pesquisa. Série Ensaio**, Belo Horizonte, v. 1, n. 23, p. 8-12, jun./dez. 2013.

PRATT, G. et al. Human immunodeficiency virus (HIV) in older people. **Age Ageing**, Glasgow, Montana, v.39, n.3, p.289-94, mai. 2010.

QUADROS, K. N. et al. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, Minas Gerais, v. 6, n. 2, p.2140-2146 jan./abr. 2016.

REINERT, M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. **Bulletin de méthodologie sociologique**, França, v. 26, n. 1, p. 24-54, mar. 1990.

- RICHARDS, E. et al. Neglected older women and men: exploring age and gender as structural drivers of HIV among people aged over 60 in Uganda. **Afr. J. AIDS Res.**, Ontario, Canada, v.12, n.2, p.71-78, 2013.
- ROSENBERG, M. S. et al. Sexual Behaviors and HIV Status: A Population-Based Study Among Older Adults in Rural South Africa. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)**, San Francisco, v. 74, n. 1, p. 1-9, jan. 2017.
- SAGGIORATO, A. K. S.; TREVISOL, F. S. Percepções sobre AIDS e comportamento sexual em idosos da cidade de Tubarão, Santa Catarina. **DST j. bras. doenças sex. transm**, v. 27, n. 1-2, p.29-34, 2015.
- SALDANHA, A. A. W.; FELIX, S. M. F.; ARAÚJO, L. F. Representações sobre a Aids na velhice por coordenadoras de grupos da terceira idade. **Psico USF**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 95-103, 2008.
- SAMJI, H. et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. **PLoS one**, San Francisco, California, v. 8, n. 12, p. e81355, dez. 2013.
- SANDFORT, T. G. M.; COLLIER, K. L.; GROSSBERG, R. Addressing sexual problems in HIV primary care: experiences from patients. **Archives of sexual behavior**, New York, v. 42, n. 7, p. 1357-1368, out. 2013.
- SANTANA, P. P. C. et al. Evidências científicas de enfermagem acerca do HIV/AIDS entre idosos. **Revista Baiana de Enfermagem**, Bahia, v. 29, n. 3, p. 278, jul./set. 2015.
- SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 147-157, jan./mar. 2011.
- SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os antirretrovirais. **Revista Enfermagem Uerj**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 455-462, jul./set 2006.
- SCHICK, V. et al. Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: implications for sexual health promotion for older adults. **The journal of sexual medicine**, New York, USA, v. 7, n.5, p. 315-329, out. 2010.
- SEFFNER, F.; PARKER, R. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu – SP, v. 20, n. 57, p. 293-304, fev. 2016.
- SHILOVSKAYA, M. M. Is HIV/AIDS a disability? Stigma and discrimination of people living with HIV and AIDS in the Russian Federation. **HIV & AIDS Review**, Bydgoszcz, Poland, v. 14, n. 1, p. 9-14, Jul. 2015.

SILVA, M. M.; VASCONCELOS, A. L. R.; RIBEIRO, L. K. N. P. Caracterização epidemiológica dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais, Pernambuco, Brasil, 1998 a 2008. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 2131-2135, out. 2013.

SILVA, L. C. D. et al. Psychosocial impact of HIV/aids diagnosis on elderly persons receiving care from a public healthcare service. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.821-833, out./dez. 2015.

SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, Maria Imaculada F. Representações de profissionais da atenção primária sobre risco ocupacional de infecção pelo HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 08, jul./ago. 2010.

SOUSA, L. R. M. HIV/AIDS As an Object of Social Representations: a Bibliometric Study. **International Archives of Medicine**, Asturias, Espanha, v.9, n.399, p. 1-8, dez. 2016.

SMITH, R. et al. HIV transmission and high rates of late diagnoses among adults aged 50 years and over. **AIDS**, San Francisco, California, v.24, n.13, p.2109-2115, ago. 2010.

SOUZA, N. R. et al. Perfil da população idosa que procura o Centro de Referência em DST/AIDS de Passos/MG. **J Bras Doenças Sex Transm.** Amazonas, v.23, n.4, p.198-204, out. 2011.

STEPANSKI, R. L. UNAIDS Global Report 2012: tradução do relatório do UNAIDS sobre a epidemia global da AIDS. 2014.

TEIXEIRA, E.; OLIVEIRA, D. C. O. Representações sociais de educação em saúde em tempos de AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 810, set./out. 2014.

THE LANCET, H. I. V. Celebrity, the media, and HIV- not always easy bedfellows. **The lancet. HIV**, v. 2, n. 12, p. 501, 2015.

TORRES, C. C. et al. Social representations of the HIV/AIDS: searching for the senses built for elderly. **Rev. pesqui. cuid. fundam.**, Rio de Janeiro, v.3, (5, n. esp), p.121-128, dez. 2011.

TURA, L. F. R. Rerepresentações coletivas e representações sociais: notas introdutórias. IN: TURA, L. F. R.; MOREIRA, A. S. P. **Saúde e representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, UFPB, 2004. 253p.

TREPKA, M. J. et al. Rural AIDS diagnoses in Florida: Changing demographics and factors associated with survival. **The Journal of Rural Health**. Lexington, KY, v. 29, n.3, p.266-280, jun. 2013.

TRIGUEIRO, D. R. S. G. et al. Aids e cárcere: representações sociais de mulheres em situação de privação de liberdade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n.4, p.554-561, jul./ago. 2016.

UNAIDS. JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012.

VAN ROSSEM, R.; MEEKERS, D. The reach and impact of social marketing and reproductive health communication campaigns in Zambia. **BMC Public health**, Londres, Reino Unido, v. 7, n. 1, p. 352, jan. 2007.

VILLARINHO, M. V.; PADILHA, M. I. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da AIDS (1986-2006). **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianopolis, v. 25, n. 1, p. 1-9, jan./mar. 2016.

VILLEGAS, N. et al. Predictors of self-efficacy for HIV prevention among Hispanic women in South Florida. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, Denver, Colorado, v. 24, n. 1, p. 27-37, jan./fev. 2013.

WILLIAMS, C. C. et al. HIV prevention risks for Black women in Canada. **Social Science & Medicine**, Boston, Massachusetts, v. 68, n. 1, p. 12-20, jan. 2009.

WINSKELL, K.; HILL, E.; OBYERODHYAMBO, O. Comparing HIV-related symbolic stigma in six African countries: Social representations in young people's narratives. **Social science & medicine**, Boston, Massachusetts, v.73, n.8, p.1257-1265, jul. 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO

Estamos realizando uma pesquisa sobre as representações sociais da AIDS por idoso, e lhe convidamos para responder a alguns questionamentos. Ressaltamos que suas respostas serão mantidas sob sigilo e usadas apenas para fins científicos. Queremos deixar claro que nesta pesquisa não existem resposta certas ou erradas, o que importa são suas respostas. Agradecemos suas participação

Entrevista n ____ Data: ____/____/2015. Horário inicial: ____ / Final ____

<p>ROTEIRO DE ENTREVISTA</p> <p>Gênero: () M - Masculino / F - Feminino</p>	<p>Idade: _____</p>	<p>Ocupação:</p> <p>_____</p>
Estado Civil: _____		
Religião: _____		
Escolaridade: _____		
Renda Familiar: _____		
<p>Como o senhor(a) adquiri informações para se prevenir de doenças <input type="checkbox"/> TV / <input type="checkbox"/> Rádio / <input type="checkbox"/> computador (internet) / <input type="checkbox"/> Jornal / <input type="checkbox"/> serviço de saúde <input type="checkbox"/> com os vizinhos / <input type="checkbox"/> com profissionais (equipe de enfermagem, médico, ACS) da USF / <input type="checkbox"/> conversas com vizinhos e parentes / <input type="checkbox"/> outros _____</p>		

Adaptado de Lôbo (2011)

- | |
|--|
| <p>A) Como o (a) senhor (a) define a AIDS?</p> <p>B) Para o senhor (a) como é que uma pessoa pode pegar AIDS?</p> <p>C) Como o (a) senhor (a) representa a AIDS?</p> |
|--|

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: Representações sociais do HIV/AIDS por idosos

Pesquisadora responsável: Prof.^a Dra. Maria Eliete Batista Moura.

Pesquisador Participante: Laelson Rochelle Milanês Sousa (Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI).

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí (UFPI) /Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado.

E-mail para contato: jirs2015@jirs2015.com.br, laelson@hotmail.com

Telefone para contato: (86) 98161-5992

Local da coleta de dados: Sala reservada na Unidade Básica de Saúde Sacy.

O Sr(a) está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste instrumento de coleta de dados de forma voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder estes instrumentos, é muito importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que tiver. Estamos a sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes da sua decisão em participar. Este estudo está sendo conduzido pela **Prof.^a Dra. Maria Eliete Batista Moura**. Depois de esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de autorizar este estudo, assine este documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. O Sr(a) tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Esclarecimento sobre a pesquisa:

Objetivos do estudo:

- Apreender as Representações Sociais elaboradas por idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde, sobre o HIV/AIDS.
- Analisar como as representações sociais de idosos se articulam com a prevenção do HIV/AIDS.

Período de participação para obtenção dos dados: em torno de trinta minutos.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas sobre seus dados sociodemográficos e nos permitir gravar em *Smartphone* suas respostas sobre os seguintes questionamentos: Como o (a) senhor (a) define a AIDS? Para o senhor (a) como é que uma pessoa pode pegar AIDS? Como o (a) senhor (a) representa a AIDS? e com isso possibilitar melhor entendimento de suas respostas.

Riscos: As pesquisas que envolvem seres humanos resultam em riscos, ainda que sejam mínimos. Sabe-se que os danos podem tardios ou imediatos ocorrendo no momento da coleta de dados e pode afetar o sujeito ou a comunidade que ele faz parte. O fato de conceder entrevista para uma pesquisa científica pode gerar constrangimento, pois serão coletados dados de cunho pessoal. Além do constrangimento, os sujeitos poderão sentir-se desconfortáveis ao serem questionados sobre o conhecimento de uma determinada doença sexualmente transmissível. É importante destacar que os dados coletados na presente pesquisa serão mantidos sob sigilo mediante responsabilidade dos pesquisadores, a privacidade dos sujeitos será garantida pelos pesquisadores que garantem seguir todas as recomendações éticas do Conselho Nacional de Pesquisa (CNS) (466/12). Os autores se responsabilizarão por quaisquer danos relacionados à pesquisa. O sujeito poderá retirar o consentimento até antes da publicação da pesquisa.

Não haverá identificação dos sujeitos em nenhuma das etapas da pesquisa, mesmo diante da divulgação dos resultados parciais ou finais.

Benefícios: Ao participar da pesquisa científica os participantes estarão contribuindo na construção de conhecimento atualizado acerca da temática Os benefícios para os sujeitos se configuram em ampliação do conhecimento das subjetividades sobre a problemática da prevenção do HIV/AIDS de forma que as representações sociais elaboradas por idosos sobre o HIV/AIDS pode influenciar na prática assistencial das equipes de saúde da família.

Sigilo: Todos os dados coletados na presente pesquisa serão usados exclusivamente para fins científicos, desta forma os pesquisadores se responsabilizam e se comprometem com o total sigilo das informações e garantem o anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 que versa sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, na Pró-Reitoria de Pesquisa - PROPESQ, no Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone (86) 3237-2332, e-mail cep.ufpi@ufpi.br.

Consentimento

Eu _____ tive pleno conhecimento das informações que me foram repassadas sobre o estudo "**Representações sociais do HIV/AIDS por idosos**". Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os riscos mínimos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimento permanentes e que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso à pesquisa. Concordo voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer tempo, antes ou durante o mesmo.

Local e data

Assinatura - nº identidade

Prof.^a Dra. Maria Eliete Batista Moura
RG: 271.499

Laelson Rochelle Milanês Sousa
RG: 2.735.854

ANEXOS

Anexo A

AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO BAIRRO SACI NO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI

Aceito o mestrando **Laelson Rochelle Milanês Sousa**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), a desenvolver seu projeto intitulado **Representações sociais do HIV/AIDS por idosos**, sob orientação da pesquisadora responsável **Prof.ª Dra. Maria Eliete Batista Moura**. Tal pesquisa tem como objetivos: Apreender as Representações Sociais elaboradas por idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde, sobre o HIV/AIDS e analisar como as representações sociais de idosos se articulam com a prevenção do HIV/AIDS. O procedimento para coleta de dados consistirá em entrevistas que serão gravadas em aparelho MP4 das respostas conforme perguntas elaboradas pelos pesquisadores.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que se segue abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/2012 CNS/MS,
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa.
- No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Teresina-PI, 29 de junho de 2016.

Maria do Ólinda Amorim
Assinatura e carimbo do responsável

ANEXO B

Mini-Exame do Estado Mental

Orientação Temporal – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- *Que dia é hoje?*
- *Em que mês estamos?*
- *Em que ano estamos?*
- *Em que dia da semana estamos?*
- *Qual a hora aproximada?* (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação Espacial – pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- *Em que local nós estamos?* (consultório, dormitório, sala – apontando para o chão)
- *Que local é este aqui?* (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)
- *Em que bairro nós estamos? Ou qual rua mais próxima?*
- *Em que cidade nós estamos*
- *Em que Estado nós estamos?*

Memória Imediata: *Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir:* carro, vaso, tijolo

(dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir. Se não atingir o escore máximo: Soletrar MUNDO de trás para frente. Considere o maior resultado.

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o participante acabara de repetir – 1 ponto para cada

Nomeação: peça para o participante da pesquisa nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) – 1 ponto para cada

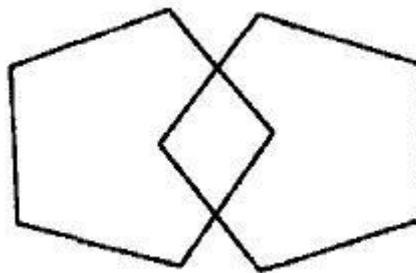
Repetição: *Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.* Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

Comando: *Pegue este papel com a mão direita* (1 ponto), *dobre-o ao meio* (1 ponto), e *coloque-o no chão* (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o participante da pesquisa pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Leitura: mostre a frase escrita “FECHE OS OLHOS” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: *alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer*. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto)

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto)



Adaptado de: FOLSTEIN, M.F ; FOLSTEIN, S.E. MCHUGH, P. Minimentalestat: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinicians. **J Psychiatr Res** 12:189-198; 1975 e SILVA, M. P. da et al . Impacto da parada cardíaca induzida nas funções cognitivas após o implante de cardiodesfibrilador. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas , v. 59, n. 1, Feb. 2009

ANEXO C



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO HIV/AIDS POR IDOSOS

Pesquisador: Maria Eliete Batista Moura

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53300416.0.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.576.974

Apresentação do Projeto:

O objetivo da pesquisa é apreender as Representações Sociais elaboradas por idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde, sobre o HIV/AIDS e analisar como as representações sociais de idosos se articulam com a prevenção do HIV/AIDS. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa guiada pela Teoria das Representações Sociais. O estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde Sacy localizada na Regional Sul de Teresina-Pi. Terá como participantes idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Sacy, localizada na região Sul.

Objetivo da Pesquisa:

Apreender as Representações Sociais elaboradas por idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde, sobre o HIV/AIDS.

Analisar como as representações sociais de idosos se articulam com a prevenção do HIV/AIDS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As pesquisas que envolvem seres humanos resultam em riscos, ainda que sejam mínimos. Sabe-se que os danos podem ser tardios ou imediatos ocorrendo no momento da coleta de dados e pode afetar o sujeito ou a comunidade que ele faz parte. O fato de conceder entrevista para uma

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br





UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.576.974

pesquisa científica pode gerar constrangimento, pois serão coletados dados de cunho pessoal. Além do constrangimento, os sujeitos poderão sentir-se desconfortáveis ao serem questionados sobre o conhecimento de uma determinada doença sexualmente transmissível.

Benefícios:

Os benefícios para os sujeitos se configuram em ampliação do conhecimento das subjetividades sobre a problemática da prevenção do HIV/AIDS de forma que as representações sociais elaboradas por idosos sobre o HIV/AIDS pode influenciar na prática assistencial das equipes de saúde da família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo envolve a construção da definição do HIV/AIDS baseada no conhecimento socialmente compartilhado pelos idosos, adquiridos ao longo dos anos. Nesse sentido, consideramos relevante para a saúde pública, sobretudo por ser um grupo historicamente marginalizado, além de o público alvo envolvido ser o idoso.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão de acordo com as orientações da Resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_660191.pdf	25/05/2016 01:35:30		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoCompletoVersao2.pdf	25/05/2016 01:31:27	Maria Eliete Batista Moura	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.576.974

Investigador	ProjetoCompletoVersao2.pdf	25/05/2016 01:31:27	Maria Eliete Batista Moura	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAVERSAO2.pdf	25/05/2016 01:27:57	Maria Eliete Batista Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEVersao2.pdf	25/05/2016 01:27:34	Maria Eliete Batista Moura	Aceito
Outros	CurriculosLattes.pdf	05/02/2016 12:06:43	Maria Eliete Batista Moura	Aceito
Outros	Cartadeencaminhamento.pdf	05/02/2016 12:04:28	Maria Eliete Batista Moura	Aceito
Outros	Instrumentodecoleta.pdf	05/02/2016 12:03:54	Maria Eliete Batista Moura	Aceito
Outros	Termodeconfidencialidade.pdf	05/02/2016 12:03:16	Maria Eliete Batista Moura	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	05/02/2016 12:01:27	Maria Eliete Batista Moura	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoInstitucional.pdf	05/02/2016 12:00:54	Maria Eliete Batista Moura	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodospesquisadores.pdf	05/02/2016 12:00:12	Maria Eliete Batista Moura	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	05/02/2016 11:58:41	Maria Eliete Batista Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 03 de Junho de 2016

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeg nº 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br