



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA**

**VULNERABILIDADE E ASCENSÃO DA DOENÇA: SIGNIFICADOS DA AIDS  
PARA IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**CAJAZEIRAS – PB**

**2014**

**CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA**

**VULNERABILIDADE E ASCENSÃO DA DOENÇA: SIGNIFICADOS DA AIDS  
PARA IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF, como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Iluska Pinto da Costa

**CAJAZEIRAS – PB**

**2014**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

P644v PIMENTA, Cláudia Jeane Lopes  
Vulnerabilidade e ascensão da doença: significados da Aids  
para idosos assistidos na atenção primária. / Cláudia Jeane  
Lopes. Cajazeiras, 2014.  
68f. : il.  
Bibliografia.

Orientador(a): Iluska Pinto da Costa.  
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Significado. 2. Aids. 3. Idoso. I. Costa, Iluska Pinto da.  
II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU -616.98:578.828-053.9

CLÁUDIA JEANE LOPES PIMENTA

**VULNERABILIDADE E ASCENSÃO DA DOENÇA: SIGNIFICADOS DA AIDS  
PARA IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores – CFP, da Unidade Acadêmica de Enfermagem – UAENF como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Iluska Pinto da Costa

Orientadora (Escola Técnica de Saúde – CFP/UFCG)

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Eliane Leite de Sousa

Membro (UAENF/UFCG)

---

Prof.<sup>a</sup> Ma. Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues

Membro (UAENF/UFCG)

## DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais Jean e Claudeny, aos meus irmãos Thamires e Davi, a minha avó Lourdes, ao meu namorado Thiago e as minhas amigas Iluska e Nayla.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus por esta conquista e por me dar forças para seguir em frente e superar os diversos obstáculos. O caminho foi difícil, foram muitas noites mal dormidas e muitas preocupações, mas também foi cheio de momentos alegres, divertidos e realmente cativantes. Aprendi muito ao longo desta trajetória acadêmica, tive a oportunidade de conhecer novas pessoas, reafirmar os meus valores, vivenciar situações complicadas, mas também enriquecedoras, e de adquirir conhecimentos importantes para a minha vida pessoal e profissional.

O curso de enfermagem foi um importante marco para o meu desenvolvimento pessoal e intelectual, pois a partir dele, modifiquei o meu modo de observar e interagir com o mundo e com as pessoas ao meu redor. Sentirei uma enorme saudade de tudo o que vivenciei na universidade, como as conversas com os amigos, as aulas e estágios, as organizações de eventos, os congressos, os seminários, as reuniões sobre os trabalhos, as aulas vagas em que Thiago e eu ficávamos sentados nos bancos e até daquele friozinho na barriga antes de começar qualquer prova. Cada momento, por menor que tenha sido, foi extraordinário e único, não podendo jamais, ser revivido da mesma maneira ou com a mesma intensidade.

Agradeço aos meus pais, Jean e Claudeny, por me incentivar e me apoiar em todos os momentos da minha vida, me proporcionando os mais valiosos ensinamentos e me mostrando que desistir não é uma opção.

Agradeço aos meus irmãos, Thamires e Davi, por me ajudar em todos os momentos que necessitei e por contribuir diretamente para a realização desse sonho.

Agradeço a minha avó Lourdes, por me incentivar a seguir em frente e superar todos os obstáculos, sempre acreditando em Deus e agradecendo a Ele por todas as bênçãos que me foram concedidas.

Agradeço ao meu namorado Thiago, por me apoiar e incentivar em todas as etapas da minha vida, estando sempre ao meu lado nos bons e maus momentos, a pessoa que sempre acreditou em mim, mesmo quando nem eu acreditava. Quem confiou na minha capacidade e nas minhas decisões, me ajudando em tudo o que eu precisava, dentro e fora de sala de aula.

Agradeço a minha amiga Nayla, por todo o incentivo que me deu, pelos momentos engraçados, pelas conversas divertidas, pelas indicações de séries e animes, por aceitar as minhas opiniões sobre os seus livros, por me escutar, por me ajudar sempre que eu precisava,

e principalmente, por ser minha amiga desde a 7ª série e continuar sendo pelo o resto das nossas vidas.

Agradeço a minha amiga e orientadora Iluska, por tudo o que me ensinou, pela maravilhosa convivência e amizade que adquirimos a partir do projeto de extensão e pela enorme dedicação e auxílio durante todas as etapas de realização da monografia.

Agradeço a minha amiga Mônica, que me proporcionou importantes conhecimentos e depositou sua confiança em vários momentos durante o projeto de extensão e mesmo após o seu término.

Agradeço a todos os amigos que adquiri durante o curso e em especial a Letícia Milena, Camila Cíntya, Gabrielle Oliveira, Miriane Medeiros e Thaynara Filgueiras pelos incríveis momentos que passamos juntas.

Agradeço aos meus amigos e companheiros de estágio, Dinorah e Jocélio, por todas as experiências, ensinamentos, momentos de descontração e problemas superados durante o estágio supervisionado I.

Agradeço as minhas amigas Irla Maria, Fernanda Avelino, Natália Xavier, Tamilles Cristina, Islaini Barros, Islânia Soares, Aline Vieira e Thaise Alencar por todos os bons e maus momentos que partilhamos durante o estágio supervisionado II em Campina Grande, onde superamos os desafios e crescemos juntas ao longo desse período em um ambiente completamente novo e inóspito.

Agradeço a todos os funcionários e ACS's da USF Mutirão por todos os momentos que passamos juntos e em especial a Kalline, Rosinha e Glorinha, por toda a confiança depositada e por tudo o que me ensinaram durante o estágio.

Agradeço a todos os professores que compartilharam seus conhecimentos e a sua enorme sabedoria comigo, ajudando diretamente a conquistar esta vitória, especialmente a Arieli Nóbrega, Rosimery Cruz, Fábio Marques, Milena Costa, Mônica Paulino, Rosilene Moreira, Berenice Gomes, Alba Rejane, Eliane Leite, Luciana Assis, Aíssa Romina, Maria do Carmo, Mary Melquíades e Renata Diniz.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização deste sonho, resultando em uma importante conquista que ficará marcada como uma etapa essencial da minha vida.

*“Nada pode ser obtido sem uma espécie de sacrifício, é preciso oferecer algo em troca, de valor equivalente. Esse é o princípio básico da alquimia, a lei da troca equivalente.”*

Edward e Alphonse Elric – FullMetal Alchemist: Brotherhood.



PIMENTA, C. J. L. **Vulnerabilidade e ascensão da doença: significados da Aids para idosos assistidos na atenção primária.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, 2014.

## RESUMO

O presente buscou conhecer os significados de idosos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o HIV/Aids na terceira idade. Trata-se de um estudo de campo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido com todos os idosos cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) de três Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cajazeiras – PB. A seleção da amostra ocorreu de forma aleatória simples, por meio de sorteio, totalizando 26 participantes. Como instrumentos para a coleta de dados foram utilizados um questionário sociodemográfico e um roteiro de entrevista semi-estruturado. Os dados sociodemográficos foram analisados pelo método estatístico descritivo e seus discursos foram analisados utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Os resultados obtidos demonstraram que a maioria dos participantes era do sexo feminino (69,2%), com faixa etária predominante de 60 a 69 anos (50%), casados (50%), renda por meio da aposentadoria com 1 salário mínimo (73,1%), nível de escolaridade variando entre ensino fundamental incompleto (34,6%) e analfabetismo (27%), e arranjo familiar predominante entre 1 a 3 pessoas (73,1%). Em relação aos discursos analisados, foram evidenciadas três categorias: Conhecimentos dos idosos sobre a AIDS, dividida em seis subcategorias: Definição, Fontes de Informação, Gravidade, Transmissão, Tratamento e Prognóstico; Conhecimentos sobre prevenção e controle, onde se identificou duas subcategorias derivadas, Métodos de Prevenção e Meios de Controle; e, Responsabilidade individual e coletiva, na qual emergiram três subcategorias, Individual, Coletiva e Sem conhecimentos. Os resultados demonstraram que existem muitas lacunas em relação aos conhecimentos dos idosos sobre o HIV/Aids, suas formas de prevenção e controle, o que torna estes sujeitos ainda mais vulneráveis a adquirir a doença. Também se observou a necessidade de mais intervenções por parte dos profissionais de saúde para este público para um enfrentamento adequado esta problemática.

**PALAVRAS-CHAVE:** Significado. Aids. Idoso.

PIMENTA, C. J. L. **Vulnerability and ascension of the disease: the meanings about Aids by elderly patients in assistance from primary health care.** Completion of course work (Undergraduate Nursing) - Federal University of Campina Grande, 2014.

### **ABSTRACT**

The present study aims to investigate the meanings about HIV/AIDS by elderly patients of the Family Health Care. This is a qualitative and descriptive-exploratory study, developed with all elderly patients registered at the Monitoring System of Hypertenses and Diabetics (HIPERDIA) from three units of Family Health Care (USF), Cajazeiras-PB. The selection for sample was made randomly through the sweepstakes, totaling 26 participants. A sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview were used as instruments for data collection. Demographic data was analyzed by descriptive statistical method and the speeches were analyzed using the technique of content analysis proposed by Bardin. The results demonstrated that most participants were female (69.2%), with age predominantly in 60-69 years (50%), married (50%), income through retirement with one minimum wage (73,1%), education level ranging from incomplete elementary education (34,6%) until illiteracy (27%), and family arrangement predominantly between 1-3 people (73,1%). Regarding the speeches analyzed, were found three categories: Knowledge from elderly about the Aids, divided into six subcategories: Definition, Sources of Information, severity, Transmission, Treatment and Prognosis; Knowledge about prevention and disease control, which identified two derived subcategories, Prevention Methods and Means of Control; and, individual and collective responsibility, revealing three subcategories, Individual, Collective and Without knowledge. The results showed that there are many gaps in relation to the elderly knowledge about HIV/Aids, in prevention and control, and this makes the subjects become more vulnerable to acquiring the disease. It was also noted that is necessary more interventions by health professionals for this support and an appropriate confront about this problem.

**KEYWORDS:** Meaning. Aids. Elderly.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACD – Atendente de Consultório Dentário;  
ACS – Agente Comunitário de Saúde;  
AIDS/SIDA – Acquired Immune Deficiency Syndrome / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida;  
APS – Atenção Primária à Saúde;  
DST – Doença Sexualmente Transmissível;  
ESF – Estratégia Saúde da Família;  
HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos;  
HIV – Human Immunodeficiency Virus / Vírus da Imunodeficiência Humana;  
HPV – Human Papiloma Virus / Papiloma Vírus Humano;  
HUAC – Hospital Universitário Alcides Carneiro;  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;  
MP3 – MPEG 1 Layer-3;  
PSF – Programa Saúde da Família;  
SUS – Sistema Único de Saúde;  
TARV – Terapia Anti-retroviral;  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;  
UDI – Usuários de Drogas Injetáveis;  
UFCG – Universidade Federal de Campina Grande;  
USF – Unidade de Saúde da Família.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, Cajazeiras – PB, 2014.....	26
--	----

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Conhecimento dos idosos sobre a Aids” .....	29
<b>Quadro 2</b> – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Conhecimentos sobre prevenção e controle” .....	40
<b>Quadro 3</b> – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Responsabilidade sobre o combate da Aids” .....	43

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO HIV/AIDS.....	16
2.2 HIV/AIDS E O ENVELHECIMENTO.....	17
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AO CONTROLE DO HIV/AIDS EM IDOSOS.....	19
<b>3 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>22</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA.....	22
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	23
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	23
3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	24
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	25
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	26
4.2 CATEGORIAS DE ANÁLISE TEMÁTICA.....	28
4.2.1 CONHECIMENTOS DOS IDOSOS SOBRE A AIDS.....	28
4.2.2 CONTROLE E PREVENÇÃO DA AIDS.....	40
4.2.3 RESPONSABILIDADE SOBRE O COMBATE DA AIDS.....	43
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem sofrendo, a partir das décadas de 1940 e 1960, um processo de transição demográfica, onde ocorreu uma diminuição da taxa de mortalidade infantil e de natalidade, resultando em um processo de envelhecimento populacional (LIMA; BUENO, 2009). Diante disso, Tannure et al. (2010) afirma que essa evolução é caracterizada por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicações contínuas e exames periódicos.

Ao se avaliar o transcurso gerado pelo envelhecimento populacional, percebe-se a ocorrência de grandes mudanças sociais, culturais e econômicas, no contexto individual e coletivo, influenciando diretamente na composição dos arranjos familiares modernos (CAMARANO; KANSO, 2010).

No cenário atual, percebe-se que os idosos estão mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis como o HIV/Aids, uma vez que na década de 1980, a principal forma de transmissão do vírus, nessa faixa etária, era por meio de transfusão sanguínea, porém, hoje se observa que o contato sexual desprotegido é o modo mais comum de contágio (LAZZAROTTO et al. 2008). Essa modificação da forma de propagação do vírus é atribuída por Melo et al. (2002) ao grande avanço da medicina e da indústria farmacêutica, que têm assegurado à pessoa idosa o prolongamento da sua vida sexual ativa.

A escassez de campanhas direcionadas à população idosa com a finalidade de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's), aliada ao preconceito relacionado ao uso do preservativo por esses indivíduos, expõe uma grande parcela destes ao risco de contrair a infecção pelo HIV (PEREIRA; BORGES, 2010).

Nessa conjuntura, surge a necessidade de abranger a prevenção e o controle do HIV/Aids, também aos idosos, pois estes indivíduos, quando jovens, não foram informados e orientados sobre o uso de preservativo e na maioria das vezes não se veem vulneráveis à infecção.

De acordo com Fiocruz (2011), a partir de 1998 o Ministério da Saúde recomenda a aplicação da Abordagem Sindrômica das DST's para seu tratamento oportuno e consequente diminuição da incidência do HIV, e a Lei nº 9.656/1998 define como obrigatória a cobertura de despesas hospitalares com Aids pelos seguros-saúde privados, sem assegurar despesas com a terapia antirretroviral. Nos dias de hoje, a prevenção das DST/HIV/Aids, é atribuída

prioritariamente a Atenção Primária a Saúde (APS), representada por estratégias do Ministério da Saúde como a Saúde da Família.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), compreendida como uma estratégia para a viabilização do Sistema Único de Saúde torna-se um projeto estruturante com potencial para promover transformação interna do sistema de saúde, uma vez que, objetiva a reorganização das ações e dos serviços de saúde, solicitando a ruptura entre a dicotomia das ações de saúde coletiva e das ações da atenção clínica individual, bem como entre as educacionais e assistenciais, contemplando em seu cotidiano complexo, desafios aos profissionais de saúde, como a prevenção do HIV/Aids, pois, muitas vezes, os profissionais de saúde não consideram os mais velhos como sexualmente ativos, deixando escapar oportunidades de detecção e diagnóstico precoce, como também não realizando educação em saúde sobre o tema. E as pessoas idosas, nas quais ainda é intenso o desejo sexual, experimentam por essa razão, um sentimento de culpa e de vergonha, não expressando assim a estes profissionais suas dúvidas e anseios (BRASIL, 2006a; RODRIGUES, 2008).

Dessa forma, o Ministério da Saúde (2006b) alerta para a necessidade de se investigar, a desinformação dos idosos e os significados da doença para essa faixa etária, associados ao preconceito de quem os assiste, o que contribui para o desenvolvimento de uma prática incompatível com a área da saúde, pois, faz-se imprescindível que o profissional de saúde considere com naturalidade a ocorrência de atividade sexual na terceira idade, e que encaminhe, quando indicado, essa pessoa para o exame do HIV, tornando essa prática um procedimento rotineiro, da mesma forma como é feito junto ao segmento mais jovem da população.

O interesse em realizar este estudo decorre da minha vivência durante os estágios em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Cajazeiras, onde os profissionais não tinham a prática de orientar os idosos a respeito da importância do uso do preservativo e das formas de prevenção das DST's. A partir disso, surgiu a necessidade de conhecer como os significados sobre o HIV/Aids estão presentes no cotidiano dos idosos e como isso os afeta, principalmente, no que concerne à aceitação das medidas de prevenção e controle da mesma na Estratégia Saúde da Família, visto que essa doença avança sobre as pessoas idosas e que ainda se encontra revestida de estigma e preconceito pungente em nossa sociedade.

A relevância deste estudo concentra-se na compreensão de como os idosos entendem a Aids para que sejam desenvolvidas ações voltadas a inserir cada vez mais essa população no contexto da prevenção da doença, haja vista que as pesquisas demonstram uma grande difusão



dela nessa faixa etária, respondendo pelo que o Ministério da Saúde (2006b) expõe como emergência da Aids na população acima de 60 anos. Com os resultados desse estudo poder-se-á contribuir para as reflexões dos que elaboram políticas de controle do HIV/Aids, levando em conta o contexto biopsicossocial do usuário idoso da Atenção Primária, e que possam ser desenvolvidas junto a esse público envolvendo a prevenção do HIV/Aids de forma holística.

A partir do exposto, identificaram-se as seguintes questões norteadoras: Quais os significados do HIV/Aids para os idosos atendidos na Atenção Primária? Os idosos estão recebendo as informações necessárias para a prevenção do HIV/Aids? Existe vulnerabilidade entre esta população?

Diante disso, o presente estudo tem como objetivos conhecer os significados verbalizados acerca do HIV/Aids pelos idosos assistidos na Atenção Primária, identificar o conhecimento dos idosos sobre as formas de prevenção e de transmissão do HIV/Aids, e conhecer a opinião dos idosos sobre a responsabilidade dos profissionais e da população diante do controle do HIV/Aids.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 Contexto histórico do HIV/Aids

Em sua trajetória, a Aids aparece no cenário mundial em 1981, nos Estados Unidos, sendo inicialmente identificada em homossexuais e usuários de drogas. Na atualidade percebe-se o avanço dessa doença sobre a população idosa. De acordo com Maschio et al. (2011), dados epidemiológicos evidenciam que no Brasil, desde seu surgimento até junho de 2009 foram diagnosticados 13.665 casos de Aids em pessoas com 60 anos ou mais e destes, 8.959 em homens e 4.696 em mulheres.

Segundo Fiocruz (2011), já no final da década de 1970, nos Estados Unidos da America, Haiti e África Central ocorrem os primeiros casos suspeitos da infecção, porém só foi definida realmente em 1982. O mesmo autor evidencia que no Brasil, o primeiro caso foi detectado em São Paulo, e classificado como Aids no início da década de 1980. Também data dessa época a identificação da transmissão por transfusão sanguínea e primeira denominação como a Doença dos 5 H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável), Hookers (profissionais do sexo em inglês) (BRASIL, 2006a; SILVA, 2011).

Em 1983 o Brasil identifica o primeiro caso de Aids entre mulheres e os primeiros relatos de transmissão heterossexual do vírus e de contaminação de profissionais de saúde. Até então as notícias dos jornais a identificam como o “câncer gay”. Nessa época o HIV-1 é isolado e caracterizado no Instituto Pasteur, na França, e em 1985 o agente etiológico causador da Aids é denominado *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) (FIOCRUZ, 2011).

O Ministério da Saúde (2006a) expõe que em sua primeira fase, de 1980 a 1986, caracterizava-se pela transmissão homo/bissexual masculino, de escolaridade elevada. Em seguida, de 1987 a 1991, caracterizava-se pela transmissão sanguínea e pela participação de usuários de drogas injetáveis – UDI, dando início nessa fase a um processo relativamente simultâneo de pauperização e interiorização da epidemia, onde houve a infecção de indivíduos com baixos níveis de escolaridade e de inúmeros casos em cidades do interior do país. Nos últimos anos, de 1992 até os dias atuais, um grande aumento de casos por exposição heterossexual vem sendo observado, assumindo cada vez maior importância o número de casos em mulheres.

Hoje, a principal via de transmissão em crescimento é a heterossexual (em 1991, 15,7%; em 1997, já se atinge a cifra de 36,3%; em 2003, 58,3%, mantendo-se essa tendência até os dias atuais), porém, percebe-se o avanço dessa doença também sobre os idosos, e sabe-se que no decorrer do surgimento da doença, o número de casos notificados ao Ministério da Saúde na década de 80, em pessoas idosas, era de apenas 240 em homens e 47 em mulheres. Na década de 90, verifica-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres e ainda, até junho de 2005, o total de casos nessa população passou para 4.446 em homens e 2.489 em mulheres. Passados 5 anos, o número de casos de Aids em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos passou para 60.367, em 2010, representando um aumento significativo aumento (BRASIL, 2010; SILVA, 2011).

## **2.2 HIV/Aids e o envelhecimento**

A doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), conhecida como Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids), tem apresentado o caráter de uma epidemia multifacetada e de difícil controle, onde podemos citar o crescente e silencioso envolvimento da população com idade igual ou superior a 50 anos como uma das situações mais preocupantes enfrentadas atualmente no cenário da atenção à saúde (RODRIGUES; PRAÇA, 2010), principalmente pelo fato de existirem profissionais despreparados para lidar com a sexualidade do idoso, levando consigo e transmitindo para o paciente, conhecimentos obsoletos e embasados em saberes do senso comum, facilmente invalidados por qualquer estudo científico.

A repercussão da doença impulsionou o desenvolvimento de inúmeras pesquisas a seu respeito. Nesse contexto a primeira publicação sobre Aids na população idosa ocorreu em 1984, no entanto, a despeito do aumento do número de casos em idosos, não foram realizados de igual modo, o aumento do número de pesquisas que abrangessem esse tema, principalmente, no que se refere ao conhecimento dessa população sobre a transmissão sexual do HIV. Tal fato foi evidenciado em uma revisão de literatura realizada acerca do HIV/Aids em pessoas acima de 50 anos, que incluiu publicações entre 1989 e 2001, identificando que poucos foram os estudos desenvolvidos sobre os riscos e as formas de transmissão do HIV/Aids (SAVASTA, 2004; SILVA, 2011).

Nesse sentido, Lima (2011), em trabalho original sobre o conhecimento de homens idosos em relação ao HIV/Aids e suas formas de prevenção e transmissão, evidenciou que

27% dos idosos afirmaram formas incorretas de transmissão como o beijo e através do ar, e 9% não conhecia nenhuma forma.

Entre as pessoas acima de 50 anos, segundo Barbosa e Struchiner (2002), as estimativas de suscetibilidade por idade têm demonstrado que o “risco relativo de infecção pelo HIV” apresenta crescimento depois dos 40 anos. Tal fato indica que essa faixa etária demanda a necessidade de campanhas de prevenção, assim como sua inserção em ensaios clínicos, e a promoção de intervenções educativas voltadas para essas pessoas e para seus cuidadores formais e informais.

No entanto, o que se percebe é o avanço do HIV/Aids em pessoas idosas no Brasil emergindo como um problema de saúde pública, nos últimos anos, e é a partir desse aspecto, que o Ministério da Saúde (2006b) relaciona tal crescimento ao incremento da notificação de transmissão do HIV após os 60 anos de idade e o envelhecimento de pessoas infectadas pelo HIV. A incidência de Aids entre as pessoas idosas está em torno de 2,1%, sendo a relação sexual a forma predominante de infecção. Entretanto, há uma crescente evidência de que esse grupo está se infectando cada vez mais, não só pelo HIV, mas também por outras doenças sexualmente transmissíveis como sífilis, gonorréia, entre outras.

De acordo com Silva (2011) a taxa de incidência (por 100.000 hab.) de casos de Aids em homens na faixa etária de 50 a 59 foi de 24,9 em 2010, índice superior à taxa de incidência dos homens na faixa etária de 20 a 24 anos, que apresentou índice de 15,8. As mulheres de 50 a 59 anos apresentaram uma incidência de 19,3, número relativamente superior ao das mulheres com idades de 20 a 31. Tornando-se assim, uma realidade preocupante visto que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2009), no Brasil, a população de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos cresce a cada ano e estima-se que em 2025 os idosos chegarão a 32 milhões de pessoas, representando 11,4% da população.

Nessas circunstâncias, Silva (2011) e Maschio et al. (2011) chamam atenção para o fato de que, embora se apresente como doença, a Aids em pessoas acima de 50 anos sinaliza para uma gama de fatores intrínsecos à mesma, o que sugere a necessidade de se levar em conta não apenas os fatores biológicos, mas também as suas implicações psicológicas e sociais, que afetam direta e indiretamente o idoso e seus familiares envolvidos com o processo de acometimento pela doença.

Os mesmos autores ainda afirmam que o próprio estímulo a socialização do idoso, acaba por facilitar o surgimento de relacionamentos que podem ou não resultar em relacionamentos de cunho sexual. Analogamente, o trabalho de valorização da autonomia das

peças na maturidade e na velhice deve partir, também, da consideração de que estas pessoas possuem o direito à livre expressão da sua intimidade, à vivência subjetiva do seu corpo e ao exercício da sexualidade, mas concebendo a prevenção em relação as DST/HIV/Aids como processo essencial para saúde desses indivíduos.

### **2.3 Políticas públicas direcionadas ao controle do HIV/Aids em idosos**

Os autores Silva e Paiva (2006) revelam que em 2005, após constatação do elevado aumento do número de idosos com Aids, o Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde estabeleceu parceria com a Coordenação de Saúde do Idoso do mesmo Ministério, objetivando desenvolver insumos educacionais, abordando o HIV/Aids, para a saúde e prevenção dirigidas a essa população para utilização nos níveis estadual e municipal.

Nesse sentido, Silva (2011) e Lima (2011), pontuam que essa parceria foi fundamental para diminuição do número de casos, pois foi observado que a Aids afeta as mais diversas faixas etárias, assim os idosos não estariam imunes ao acometimento pela doença. Corroborando com essa premissa, ainda se percebe a existência entre profissionais de saúde sobre a falsa crença de que a Aids, dificilmente, ocorrerá nessa fase, por acreditarem na inexistência de uma vida sexualmente ativa nessa população, acarretando em diagnóstico tardio, gerando diversos problemas para o paciente e para a saúde pública brasileira.

Contrariamente a esse pensamento, pesquisas demonstram ser cada vez maior a utilização de terapias hormonais e a descoberta de novos fármacos que têm contribuído, de forma significativa, para uma melhoria da atividade sexual neste segmento populacional, expondo o meio sexual como a principal via de contaminação da Aids entre os idosos. Por outro lado, esta melhoria na qualidade da vida sexual na velhice, não é acompanhada por igual política de saúde de prevenção das DST's, bem como de uma melhor compreensão do próprio processo de envelhecimento pelos idosos e pela população em geral. O exercício da sexualidade nessa população, sem o uso correto do preservativo feminino ou masculino, evidencia uma grande vulnerabilidade para DST's como o HIV/Aids. Nesse contexto, entende-se como vulnerabilidade segundo o Ministério da Saúde (2006a), o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, diante de uma determinada doença, condição ou dano.

Segundo Ayres (2006), a vulnerabilidade pode expressar-se no plano individual, social e programático/institucional. Esses autores afirmam que ao se considerar o plano individual, todas as pessoas são, em algum grau, vulneráveis à infecção por HIV e as suas consequências, e está relacionada a comportamentos e práticas de risco, que podem ou não, deixar os indivíduos suscetíveis à infecção pelo vírus. No plano social, a vulnerabilidade refere-se à avaliação de aspectos relacionados à coletividade como acesso à informação, investimento do Estado em saúde, acesso aos serviços de saúde, aos aspectos sociopolíticos e culturais, entre outros. E por último, no plano programático, a vulnerabilidade corresponde à existência ou não de ações institucionais direcionadas para a questão da Aids, tais como programas de prevenção e tratamento.

Nesse nível, o grau de vulnerabilidade será determinado por aspectos como: compromisso das autoridades, cooperação entre as áreas interinstitucional e intersetorial (saúde educação, bem-estar social, trabalho, etc.), planejamento, gerenciamento das ações e capacidade de resposta das instituições envolvidas (SILVA, 2011). É precisamente nesse último aspecto que a Estratégia de Saúde da Família, enquanto estratégia de políticas governamentais do Ministério da Saúde engloba, também, dentre seus diversos programas, o de prevenção e controle das DST's e HIV/Aids, inclusive entre os usuários com 60 anos ou mais. Para se compreender o papel crucial dessa estratégia para o controle dessas doenças, faz-se necessário adentrar as origens da mesma.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi implantando no Brasil em 1994, propondo-se a desenvolver ações de promoção e proteção do indivíduo, da família e da comunidade, na unidade de saúde, ao nível da atenção primária (HENRIQUE; CALVO, 2009). Além disso, visava incorporar e reafirmar os princípios básicos utilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – Universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários atendidos na rede primária de atenção à saúde (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Inicialmente como Programa, a ESF originou-se com a reformulação das prioridades do Ministério da Saúde em relação à Atenção Primária, sendo proposta como caminho para reorganização da atenção à saúde do cidadão brasileiro, com vistas a tornar efetivo o que preconiza os princípios básicos do SUS. A ESF atua com uma elevada cobertura populacional, facilidade de acesso e atendimento integral aos indivíduos em seu contexto familiar, buscando solucionar, ainda na atenção primária, os principais agravos à saúde

pública (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANNA, 2008; FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (1996) os profissionais atuantes na ESF devem possuir capacidade técnica e precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo, visando a promoção da saúde coletiva e a prevenção de agravos e doenças, enfatizando sempre, na formação do vínculo com a comunidade a qual assiste.

É nesse sentido, que para se tornarem eficientes as ações de prevenção e controle das DST's e HIV/Aids, nos usuários com 60 anos ou mais, faz-se necessário que esses profissionais reconheçam, respeitem e compreendam as experiências (vivas), os signos (no exercício de sentir) que compõe os espaços familiares desses sujeitos, suas emoções e dinâmicas individuais e em seu espaço social.

## **3 MATERIAL E MÉTODOS**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de campo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Para Sampieri, Collado e Lucio (2006) em um estudo descritivo seleciona-se uma série de questões e mede-se ou coleta-se informações sobre cada uma delas, para assim descrever o que se pesquisa. Em contrapartida, a abordagem exploratória possibilita a familiarização com fenômenos relativamente desconhecidos.

A opção pela abordagem qualitativa pauta-se em Bardin (2011) ao afirmar que ela nos permite analisar a presença ou ausência de uma característica ou de um conjunto de características num determinado fragmento de mensagem que é tomada em consideração. Dessa forma, a pesquisa qualitativa nos proporciona uma grande amplitude diante da análise dos dados colhidos, possibilitando a elaboração de novas hipóteses e a avaliação dos indicadores inicialmente estabelecidos.

### **3.2 Caracterização do local da pesquisa**

Esta pesquisa foi desenvolvida no município de Cajazeiras no estado da Paraíba, localizado no alto sertão paraibano a 475 km da capital João Pessoa e com população de 58.437 habitantes, segundo o Censo Brasileiro de 2010. Esse município é o oitavo mais populoso do estado e o primeiro de sua microrregião, apresentando uma área de 586, 275 km<sup>2</sup> e tem como limites os municípios paraibanos de Santa Helena e São João do Rio do Peixe ao norte, São José de Piranhas ao sul, Nazarezinho e novamente São João do Rio do Peixe a leste e Bom Jesus e Cachoeira dos Índios a oeste. O mesmo, conta ainda, com uma rede de 16 Unidades de Saúde de Família, onde 12 são urbanas e quatro rurais, e cada equipe é composta basicamente por enfermeiro, médico, dentista, técnicos de enfermagem, atendente de consultório dentário (ACD) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (IBGE, 2010; CAJAZEIRAS, 2014).



### **3.3 População e amostra**

Conforme Hulley (2003), a população-alvo de um estudo consiste no grupamento completo de pessoas que apresentam um determinado conjunto de características, sendo a amostra, o subconjunto dessa população disponível para estudo. Sob esta ótica, a população dessa pesquisa foi formada por todos os idosos atendidos pelas Unidades de Saúde da Família USF Maria José de Jesus, USF Simão de Oliveira e USF Dr. Vital Rolim, e que estão cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), por serem indivíduos vulneráveis ao HIV/Aids, que, na maioria das vezes, recebem orientações apenas sobre as doenças crônico-degenerativas e têm sua sexualidade esquecida pelos profissionais de saúde. A seleção da amostra ocorreu de forma aleatória simples, por meio de sorteio, onde foram escolhidos 10 idosos de cada unidade.

### **3.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram utilizados como critérios de inclusão ter 60 anos ou mais e ser cadastrado nas USF acima citadas e no HIPERDIA. Como critério de exclusão: não ser lúcido de modo que não consiga responder os questionamentos da entrevista.

### **3.5 Instrumento de coleta de dados**

O instrumento utilizado para a coleta foi um roteiro de entrevista semi-estruturado (APÊNDICE A). Para Minayo (2007) a entrevista, pode ser entendida no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de coleta de informação sobre determinado tema científico e ao ser semi-estruturada, combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

Nesse aspecto buscou-se na entrevista caracterizar sociodemograficamente os participantes da pesquisa e focar as questões norteadoras que abordaram os significados dos idosos sobre a gravidade do HIV/Aids e à sua transmissão; sobre a prevenção do HIV/Aids; as atitudes dos idosos frente ao controle da doença e sobre a parcela de responsabilidade dos profissionais da ESF e da população para este controle.

### **3.6 Procedimento de coleta de dados**

Em um primeiro momento, houve o contato com os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família selecionadas, a fim de identificar os indivíduos com 60 ou mais cadastrados nas unidades e no HIPERDIA. Posteriormente os idosos foram selecionados através de sorteio, sendo dez de cada unidade.

O início da coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro / Universidade Federal de Campina Grande (HUAC/UFCG) CAAE Nº 12154013.0.0000.5182 (ANEXO B).

A partir disso, foram identificados os endereços dos idosos e os mesmos foram procurados em seus domicílios para uma conversa amigável, tendo por finalidade a explicação do conteúdo da pesquisa, o esclarecimento da participação voluntária no estudo, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B).

A fim de dinamizar a coleta foi utilizado um dispositivo de MP3, para gravar todas as entrevistas com a finalidade de arquivar os dados de forma segura e prática, facilitando as análises.

### **3.7 Processamento e análise de dados**

Os dados sociodemográficos dos sujeitos foram analisados pelo método estatístico descritivo, sendo organizados e apresentados em tabelas através do sistema Excel<sup>®</sup>, e seus discursos foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), a qual, organiza-se em torno de três polos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material e 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase em que se organiza o material a ser analisado com o objetivo de torná-lo ativo, sistematizando as ideias iniciais desenvolvidas pelo pesquisador. Trata-se da organização propriamente dita por meio de quatro etapas distintas: (a) leitura flutuante, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a entender o que conteúdo expresso no texto; (b) escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; (c) formulação das hipóteses e dos objetivos; (d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de

indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise (BARDIN, 2011; MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

A exploração do material constitui a segunda fase da análise de conteúdo, a qual consiste essencialmente em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. A partir disso, são definidas as categorias e subcategorias a fim de delimitar a temática a ser analisada, compreendendo-se, dessa forma, os pilares da e para a reflexão conceitual acerca do conteúdo abordado (SOUZA JÚNIOR; MELO; SANTIAGO, 2010).

Em seguida, a partir do conteúdo exposto no discurso dos sujeitos, são elaboradas as unidades de registro, definidas como unidades de significação codificada e correspondente ao segmento de conteúdo considerado unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial; e logo após, são escolhidas as unidades de contexto, elemento de compreensão para codificar a unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cuja perspectiva tem por finalidade identificar a significação precisa da unidade de registro (BARDIN, 2011). A terceira e última etapa é o tratamento dos resultados obtidos e a sua devida interpretação, onde os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, permitindo-se estabelecer diversas formas de condensar e expor em relevo as informações obtidas através da análise (BARDIN, 2011).

### **3.8 Aspectos éticos**

A pesquisa seguiu as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa com Seres Humanos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, na medida em que todos os sujeitos receberam informações sobre a proposta do estudo. Após estarem cientes e concordarem em participar da pesquisa, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e neste termo, foram assegurados aos participantes do estudo esclarecimentos sobre os objetivos, justificativa e métodos da pesquisa, assim como, o direito de desistir da participação em qualquer fase desta, sem prejuízo algum, o direito ao anonimato, a confidencialidade e a privacidade, atentando ainda para o sigilo profissional e para a garantia da utilização das informações apenas para fins acadêmicos e científicos.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos estão abaixo apresentados em duas fases: caracterização sociodemográfica da amostra e conteúdos de teor qualitativo, dispostos em quadros e discutidos segundo literatura sobre a temática objeto deste estudo.

### 4.1 Caracterização da amostra

Participaram do presente estudo 26 idosos, já que do total dos 30 idosos selecionados, quatro se encaixavam nos critérios de exclusão previamente definidos. A partir dos dados sociodemográficos colhidos, foram analisadas as variáveis sexo, idade, estado civil, renda, escolaridade, número de filhos e arranjo familiar, conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes do estudo, Cajazeiras – PB, 2014**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>			<b>Escolaridade</b>		
Feminino	18	69,2	Nenhuma	7	27
Masculino	8	30,8	Fund. Incompleto	9	34,6
<b>Idade (anos)</b>			Fund. Completo	3	23,1
60 – 69	13	50	Médio Completo	4	15,3
70 – 79	12	46,2	<b>Numero de filhos</b>		
80 – 89	-	-	0 – 4	20	76,9
≥ 90	1	3,8	5 – 9	4	15,4
<b>Estado civil</b>			≥ 10	2	7,7
Solteiro	6	23,1	<b>Arranjo familiar</b>		
Casado	13	50	Sozinho	1	3,8
Divorciado	2	7,7	1 – 3 pessoas	19	73,1
Viúvo	5	19,2	4 – 5 pessoas	6	23,1
<b>Renfa</b>			<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>
Aposentado mais de 1s/m*	1	3,8			
Aposentado com 1 s/m	19	73,1			
Não aposentado com emprego de 1 s/m	4	15,4			
Não aposentado e desempregado	2	7,7			

Fonte: Pesquisa de campo, 2014. \*Valor do salário mínimo atual: R\$ 724,00.

Observou-se que a grande maioria dos participantes era do sexo feminino (69,2%), o que caracteriza um fato comum na população idosa brasileira, onde, nos anos 2000, para cada 100 mulheres idosas havia 81 homens idosos. Estimativas indicam que em 2050, a aproximação entre o número de idosos do sexo feminino e do sexo masculino se distanciará ainda mais, obtendo-se valores de 100 para 76, respectivamente (LIMA; BUENO, 2009). Os autores Carvalho e Wong (2008), afirmam que, no período de 2000 a 2050, entre os idosos de idade mais elevada, como por exemplo, acima de 80 anos, haverá 100 mulheres para 61 homens, resultando assim, em meados do século, cerca de duas mulheres para cada homem entre os indivíduos mais idosos.

De acordo com Lebrão e Laurenti (2005), o maior percentual de mulheres nas pesquisas decorre da sua maior longevidade, pois, dentre outras causas, estas possuem menor exposição a fatores de risco, como por exemplo, o tabagismo e o etilismo, além das diferentes atitudes entre homens e mulheres em relação à prevenção, controle e tratamento das doenças.

As faixas etárias que concentraram o maior número de idosos foram a de 60 - 69 anos (50%) e a de 70 - 79 (46,2%). Valores semelhantes foram encontrados por Victor et al. (2009) em uma pesquisa com 214 indivíduos sobre o perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família, onde o percentual encontrado foi de 36,9% para a faixa etária de 60 - 65 anos, de 37,4% para 66 - 71 anos e de 18,2% para 72 - 77 anos.

Em relação ao estado conjugal dos idosos, percebeu-se que 50% dos idosos eram casados e 23,1% solteiros. No que se refere à renda individual, 19 idosos (73,1%) eram aposentados e recebiam até 1 salário mínimo, enquanto uma considerável parcela, 7,7% não possuíam aposentadoria ou emprego, evidenciando que estes indivíduos dependem de alguém para prover o seu sustento, o que influencia diretamente nas condições de saúde, moradia e acesso aos bens de serviços e de consumo (VICTOR et al. 2009).

Sobre o nível de escolaridade, constatou-se que a maior parte dos sujeitos estudados apresentava baixos índices de escolaridade, comprovado por 34,6% possuírem o ensino fundamental incompleto e 27% nenhum tipo de escolarização. Em um estudo realizado por Batista et al. (2011) foi obtida uma associação estatisticamente significativa entre escolaridade e conhecimento sobre a AIDS ( $p < 0,01$ ), que pode estar relacionada com a tendência atual da epidemia, acometendo prioritariamente a população com menor escolaridade, o que pode ser justificado por este público apresentar um déficit de conhecimento e acesso a informações

sobre saúde, tornando assim, o nível de escolaridade como um importante fator para a avaliação do risco populacional de transmissão da Aids no Brasil.

No que concerne ao número de filhos, 76,9% dos indivíduos possuíam de 0 a 4 filhos, o que demonstra as mudanças ocorridas no país ao longo das décadas, na qual o número de filhos por casal vem diminuindo drasticamente, como resultado de uma redução acentuada nos níveis de fecundidade, iniciada na segunda metade dos anos 1960 (CAMARANO; KANSO, 2009). A partir disso, nota-se uma inversão na pirâmide de distribuição populacional brasileira, onde há um grande número de idosos e um forte declínio na quantidade de nascimentos, resultando em um acentuado processo de envelhecimento da população mundial, um fenômeno que demanda dos gestores das esferas federal, estadual e municipal uma atenção diferenciada quanto aos investimentos públicos específicos para este público (TAKEMOTO et al. 2011).

Outro dado importante a ser avaliado é o arranjo familiar, onde se constatou que a maioria dos idosos (73,1%) reside com uma a três pessoas em seu domicílio. Esse dado torna-se relevante, uma vez que a família é o principal elo entre o idoso e a sociedade, influenciando direta e indiretamente em suas concepções, valores e atitudes, tornando esta, um elemento fundamental para assegurar a saúde e o bem estar daquele indivíduo.

## **4.2 Categorias de análise temática**

A análise do discurso dos entrevistados será exposta sob a forma de quadros, a fim de permitir uma melhor compreensão da organização da análise do conteúdo expresso pelos participantes. Como consequência disso, ocorreu a identificação de três grupos temáticos norteadores: Conhecimentos dos idosos sobre a Aids, Conhecimentos sobre prevenção e controle, e, Responsabilidade individual e coletiva, os quais foram divididos em subcategorias para que cada temática fosse explorada da melhor forma possível, com o propósito de obter-se a análise detalhada do conteúdo exposto no discurso de cada indivíduo.

### **4.2.1 Conhecimentos dos idosos sobre a Aids**

A caracterização do Quadro 1 proporcionou a identificação da categoria **Conhecimentos dos idosos sobre a Aids** e de seis subcategorias: Definição, Fontes de Informação, Gravidade, Transmissão, Tratamento e Prognóstico.

**Quadro 1 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Conhecimentos dos idosos sobre a AIDS”**

<b>Categoria: Conhecimentos dos idosos sobre a AIDS</b>			
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registro</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Escore</b>
<b>Definição</b>	<b>Doença Incurável</b>	<i>É uma doença que não tem cura né? (A15)</i>	17
	<b>Não possui informação</b>	<i>Eu não sei de nada. Já ouvi falar, mas num sei dizer nada. (A2)</i>	10
	<b>Doença Sexual</b>	<i>É uma doença transmitida, é... pelo... sexualmente né? O que eu vejo dizer, que a Aids é uma doença transmitida né? (A26)</i>	4
	<b>Doença Viral</b>	<i>[...] A AIDS é uma doença que se descobre que está com o vírus. (A8)</i>	3
	<b>Doença Perigosa</b>	<i>A Aids é muito perigosa né? (A20)</i>	3
	<b>Doença Infecciosa</b>	<i>[...] uma infecção generalizada que dá né? (A18)</i>	1
	<b>Crenças Religiosas</b>	<i>Isso é dado por Deus, já para um castigo para a humanidade. (A18)</i>	1
	<b>Sinais e Sintomas</b>	<i>[...] cai o cabelo, fica magro só o coró e o osso [...]. (A19)</i>	1
<b>Fontes de Informação</b>	<b>Meios de Comunicação</b>	<i>[...] eu já tenho assistido pelo rádio, pela televisão [...]. (A23)</i>	7
	<b>Profissionais de Saúde</b>	<i>Quando eu assisti a palestra dos médicos explicaram muito bem [...](A23)</i>	3
<b>Gravidade</b>	<b>Muito Grave</b>	<i>Ela é uma das doenças mais graves que existe hoje. (A8)</i>	22
	<b>Não Grave</b>	<i>[...] num é grave não. (A17)</i>	2
	<b>Não possui informação</b>	<i>Nunca ouvi falar. (A7)</i>	2
<b>Transmissão</b>	<b>Fluidos Corporais</b>	<i>Pelo sexo, pela saliva, sangue, doação e transfusão de sangue [...]. (A1)</i>	7
	<b>Não possui informação</b>	<i>Não sei como pega. (A13)</i>	7
	<b>Mitos e Crenças</b>	<i>Pega de qualquer pessoa que tiver no convívio dela, pega de mão, pega em beijo né? (A20)</i>	5
	<b>Perfuro Cortantes e Objetos Contaminados</b>	<i>Pega em seringa, agulhas contaminadas, até material de dentista pode acontecer né? (A22)</i>	3
	<b>Indivíduo Portador</b>	<i>Sei que fazendo sexo com uma pessoa que já tem. (A5)</i>	3
	<b>Relações Sexuais com Desconhecidos</b>	<i>É fazer relações com quem não conhece [...]. (A13)</i>	1
<b>Tratamento</b>	<b>Uso de Medicamentos</b>	<i>Tem remédio pra combater um pouco, pra ir vivendo né? (A2)</i>	3
<b>Prognóstico</b>	<b>Morte</b>	<i>Mata a pessoa em silêncio, vai matando devagarzinho. (A23)</i>	12
	<b>Cronicidade</b>	<i>[...] depois de pegar fica com ela pra o resto da vida. (A15)</i>	3
	<b>Cura</b>	<i>[...] se tiver o diagnóstico completo no início da doença pode até ser que seja curada [...]. (A8)</i>	1

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Quando se pesquisou sobre os conhecimentos dos idosos em relação à Aids, considerou-se o aspecto cognitivo individual como um importante fator para o entendimento das questões abordadas, sendo, portanto, identificados os sujeitos que tinham ou não a possibilidade de compreensão sobre o assunto discutido.

A construção do conhecimento sobre essa temática não está restrita a questões informativas, mas envolve também a percepção individual sobre o problema em questão, isto é, a compreensão e a capacidade de assimilação dessas informações, com a percepção desses

sujeitos sobre a sua vulnerabilidade (FEITOSA et al. 2010). A partir disso, cada um constrói a sua consciência sobre a doença, incorporando, ao longo da sua trajetória de vida, novos conhecimentos que são influenciados constantemente pela sociedade na qual este sujeito está inserido.

Conforme a avaliação do quadro anteriormente exposto, os conhecimentos mais referidos pelos idosos foram Muito Grave, Doença Incurável e Morte, com escores 22, 17 e 12, respectivamente. Estes significados expressos com maior frequência nessa categoria evidenciam as concepções negativas que cercam o HIV/AIDS, como sendo uma doença na qual o indivíduo portador ao receber o diagnóstico, também recebe a sua sentença de morte, informação esta, que se torna contraditória ao que a literatura científica afirma, na qual se pode conviver bem com a doença e com os indivíduos ao seu redor.

Diante disso, percebemos que a população entrevistada possui conhecimentos errôneos a respeito da doença, os quais podem influenciar, direta ou indiretamente, no risco para o seu desenvolvimento.

Em relação à subcategoria **Definição**, identificaram-se as seguintes unidades de registro: Doença Incurável, Não possui informação, Doença Sexual, Doença Viral, Doença Perigosa, Doença Infecciosa, Crenças Religiosas e Sinais e Sintomas.

Acerca da unidade de registro **Doença Incurável**, a mais repetidamente citada na subcategoria, com frequência de 17 menções durante as entrevistas, percebeu-se que a informação sobre o caráter irremediável da AIDS aparenta ser uma ideia bastante difundida, principalmente de maneira informal, nas conversas entre amigos e familiares. Em um estudo realizado com um total de 535 idosos no Centro de Convivência dos Idosos, em Anápolis – GO, Pereira e Borges (2010) verificaram lacunas a respeito do nível de conhecimento entre os idosos sobre o HIV/Aids, o que, segundo eles, resulta em fatores de risco que podem contribuir para o aumento da infecção nessa faixa etária.

Apesar da Aids ser uma doença incurável, os avanços científicos nessa área, principalmente referentes ao diagnóstico e ao tratamento medicamentoso, oportunizaram uma redução da morbidade e um significativo aumento na sobrevida dos indivíduos portadores, visto que deixou de ser considerada como uma doença incurável, fatal e irreversível, tornando-se uma condição crônica potencialmente controlável, através do uso correto da terapia (REIS; GIR, 2010).

O objetivo da terapia anti-retroviral (TARV) é produzir uma intensa e consistente cessação da replicação do vírus HIV, resultando em níveis indetectáveis de carga viral, onde a



diminuição desta está associada à diminuição relevante de doenças oportunistas, taxas de hospitalização e óbitos decorrentes da Aids (TOULOUMI et al. 2006). Atualmente, há 23 drogas anti-retrovirais disponíveis, com inúmeras possibilidades de esquemas TARV, os quais são escolhidos de acordo com a repercussão na qualidade de vida do portador, pois a maioria desses esquemas possui eficácia semelhante (SOÁREZ et al. 2009).

A segunda unidade de registro, com valor de escore 10, foi **Não possui informação**, revelando que uma grande parte dos entrevistados relata não apresentar nenhum conhecimento sobre o HIV/Aids. Isso pode ser explicado, a princípio, pelo elevado número de participantes analfabetos (27%), tornando assim, o nível de escolaridade de um indivíduo, como um importante fator de proteção contra o HIV/Aids na população idosa, uma vez que, ao possuírem mais anos de estudo, compreendem melhor o risco apresentado pela doença, podendo assim, utilizar corretamente as formas de prevenção.

Corroborando com essa premissa, Souza et al. (2011) durante uma pesquisa com idosos que procuraram um centro de referência para o diagnóstico de DST/Aids durante o período de 1992 a 2009, constataram que a maioria dos pacientes atendidos (40%) cursou apenas o ensino fundamental e que 23% nunca estudaram. Os autores Sousa, Suassuna e Costa (2009) em estudo realizado com indivíduos com mais de 59 anos com diagnóstico de HIV/Aids, constataram em ambos os sexos, um maior número de indivíduos com menor grau de escolaridade.

Com base no exposto, podemos afirmar que o nível de escolaridade é um importante fator para avaliar o risco de desenvolvimento do HIV/Aids em uma determinada população, visto que o número de casos é maior nos estratos de menor escolaridade, remetendo à condição de pior cobertura dos sistemas de vigilância e assistência à saúde entre os menos favorecidos economicamente, sob a hipótese de que o grau de escolaridade é uma variável *proxis* importante de estratificação social. (CASTILHO; RODRIGUES-JÚNIOR, 2004).

No que diz respeito à unidade de registro **Doença Sexual**, esta pode ser definida, inicialmente, através do conceito geral de doença, onde Beserra, Araújo e Barroso (2007) afirmam que pode ser compreendida como um processo na qual ocorre uma quebra na homeostase orgânica, que pode ser metabólica, física, genética ou infecciosa, constituindo um momento de trauma e instabilidade para o homem. Dessa forma, uma doença sexual ocorre quando há o rompimento da homeostasia orgânica em decorrência de um patógeno adquirido por via sexual, seja esta oral, retal ou vaginal.

Nesse sentido, constata-se que alguns participantes conhecem a natureza sexual da doença, conforme pode ser observado na seguinte fala: *É uma doença transmitida, é... pelo... sexualmente né? O que eu vejo dizer, que a Aids é uma doença transmitida né? (A26)*. A partir disso, torna-se explícita a necessidade dos profissionais de saúde atribuírem maior foco para as questões relacionadas à sexualidade dos idosos, visto que essa população tem buscado a construção de uma nova identidade para si, ultrapassando o modelo social ideológico posto hegemonicamente e a visão estigmatizadora e cheia de preconceitos (ALMEIDA; PATRIOTA, 2009).

A sexualidade tem uma definição bastante ampla e diversificada, associa-se a hábitos, costumes, significados e atitudes, estando relacionada à história pessoal e constituindo-se em aspecto inerente a todo ser humano. Dessa forma, compreende-se a sexualidade como uma forma de energia que propela o indivíduo não apenas para a reprodução, mas também para a obtenção do prazer, do amor e do erotismo, sendo, portanto, algo intrínseco ao homem (REIS; GIR, 2010).

Na unidade de registro **Doença Viral**, por meio da fala “[...] *A Aids é uma doença que se descobre que está com o vírus. (A8)*”, torna-se evidente o fato de que apenas uma pequena fração dos entrevistados (escore = 3) possui informações sobre a doença ser do tipo viral, uma informação importante e relevante quando relacionada às formas de transmissão das infecções virais, o que demanda um cuidado preventivo diferenciado para esse tipo de agente etiológico.

Obteve-se também uma unidade de registro **Doença Perigosa**, onde uma pequena parte dos indivíduos fala sobre a periculosidade proporcionada pela doença. Apesar desse pensamento surgir apenas três vezes, percebe-se que o fato deles considerarem a doença perigosa, provoca um elemento de maior alerta em relação aos cuidados preventivos contra HIV/Aids, tornando-se assim, um fator de proteção para este público alvo. Entretanto, esta proteção apenas será válida se os mesmos possuírem conhecimento sobre as formas de prevenção e transmissão da doença, caso isso não ocorra, estes indivíduos tornam-se igualmente susceptíveis a adquiri-la.

Sobre a unidade de registro **Doença Infecciosa**, uma paciente demonstrou apresentar conhecimentos sobre o desenvolvimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ser um evento diferente da infecção pelo HIV, exibido através do seguinte núcleo de pensamento “[...] *uma infecção generalizada que dá né? (A18)*”. De acordo com Reis et al. (2010) e Christo (2010), a infecção pelo HIV é uma doença complexa de curso lento e incerto que leva o indivíduo a desenvolver a Aids, uma síndrome caracterizada por elementos

marcadores de caráter oportunístico, como o desenvolvimento de neoplasias e infecções, relacionadas, principalmente, pelo grave e progressivo comprometimento do sistema imunológico, particularmente da imunidade celular.

Outro fator importante em relação às DST's e, sobretudo o HIV/Aids, são as **Crenças Religiosas**, mais uma unidade de registro identificada a partir do discurso dos sujeitos entrevistados. De acordo com Pignatti e Castro (2008), em estudo realizado numa comunidade rural pantaneira, verificou-se que a religiosidade é uma das marcas mais expressivas da cultural local, tanto nas manifestações coletivas quanto nos processos de cura individual das doenças.

Metáforas religiosas aliam-se a metáforas sanitárias para enquadrar o que é puro, limpo, virtuoso e higiênico em contraste com o que é pecaminoso, degradado, sujo e abominável, o que coloca a sociedade diante do fenômeno avassalador da Aids, com significados distintos perante os mais variados pontos de vista, especialmente o religioso (MELLAGI, 2009).

A espiritualidade, destacada por Gomes et al. (2012), se apresenta como um elemento muito presente no cotidiano das pessoas que vivem com o HIV/Aids, superando a dimensão do enfrentamento, apoio, ver e viver a vida, mas se tornando também uma alternativa de cura, sendo alcançada por aqueles que seguem os preceitos estabelecidos pela fé divina. Diante disso, Castanha et al. (2007) salientam que a religiosidade pode ser benéfica ou maléfica para o tratamento, podendo proporcionar suporte emocional ou estimular a interrupção da terapêutica estabelecida, em razão da crença de cura pela fé.

Ainda no que concerne à subcategoria **Definição**, identificou-se a unidade de registro **Sinais e Sintomas**, onde um dos sujeitos pesquisados afirmou que um paciente com Aids é reconhecido, principalmente, por apresentar queda capilar e emagrecimento. Essa perspectiva revela que o referido indivíduo possui um conhecimento deficiente sobre o assunto, pois em diversos quadros patológicos há emagrecimento e perda de cabelo, como por exemplo, o câncer, não podendo assim, serem taxativos para a identificação de um portador da infecção.

A segunda subcategoria encontrada foi **Fontes de Informação**, na qual se obteve duas unidades de registro, Meios de Comunicação e Profissionais de Saúde, onde, a partir das quais, os idosos recebiam orientações sobre o HIV/Aids.

Observou-se que os **Meios de Comunicação** foram os principais veículos para obtenção de conhecimentos acerca do tema, relatados sete vezes por indivíduos diferentes, sendo a televisão a principal fonte de informação relatada por estes.

Isto corrobora com valores encontrados por Santos e Oliveira (2009), com alunos de graduação de uma faculdade do Estado do Paraná, onde a televisão foi a principal fonte de informação referida por estes. Ainda de acordo com essas autoras, a televisão é um veículo de comunicação atualmente importante, pois muitas vezes suprime os espaços vazios de uma educação que deveria ser oferecida na escola e na família.

Para tornar possível entender o comportamento dos idosos é necessário identificar as fontes de informação sobre as DST/Aids a que os sujeitos têm acesso, diante disso, os meios de comunicação social como a televisão, o rádio e jornais são suas principais referências, por atingirem a maior parte da população mundial, independente da idade ou classe social, transformando-os em perfeitos veículos para disseminação em massa de conteúdos educativos e de relevante valor social (LAROQUE et al. 2011).

No que concerne à participação dos **Profissionais de Saúde** na divulgação de informações efetivas acerca da doença, observou-se que apenas uma pequena parcela afirma que recebeu orientações desses profissionais sobre o HIV/Aids, evidenciando que essa prática não é vivenciada por todos os entrevistados.

Segundo Olivi, Santana e Mathias (2008), a dificuldade dos profissionais de saúde em falar sobre a sexualidade do idoso é evidente, pois o conhecimento e o comportamento em relação às DST/Aids são, em geral, tratados apenas para alguns grupos específicos da população, como adolescentes e adultos jovens, excluindo os idosos. A sociedade tem classificado a velhice como um período de assexualidade e até de androgenia, e diante de tantos tabus e normas de comportamento existentes nos séculos anteriores, a sociedade continua com dificuldades em lidar com a questão da sexualidade, principalmente no que se refere ao idoso (PEREIRA; BORGES, 2010).

Essa visão distorcida que muitos indivíduos possuem e, principalmente, dos profissionais de saúde sobre a invulnerabilidade dos idosos acerca das DST's e HIV/Aids, gera um grande fator de risco para esta população, pois com o aumento da população idosa cresce também o número de casos da doença. A problemática do envelhecimento e da AIDS no Brasil passa por uma questão cultural e de exclusão, concentrando-se, especialmente, no preconceito social relacionado ao sexo na terceira idade (POTTES et al. 2007; MASCHIO et al. 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), no período de 2000 a 2013 foram registrados no Brasil 481.437 novos casos de Aids, dos quais 78.308 foram registrados no Nordeste e 4.503 no estado da Paraíba. Somente no ano de 2013, na faixa etária de 60 anos e

mais, foram registrados 592 novos casos de Aids, desse total, 360 eram do sexo masculino e 232 do sexo feminino.

No Brasil, os casos de infecção pelo HIV na faixa etária de mais de 60 anos acontecem predominantemente por transmissão sexual, em decorrência da estigmatização da terceira idade, tanto pelos familiares como pelos profissionais de saúde, ao negarem que nesta fase a pessoa está ativa sexualmente e, dessa forma, vulnerável a adquirir e/ou transmitir o vírus ao(s) parceiro(s) (SOUZA et al. 2011). Dessa forma, Zornita (2008), afirma que 39% da população com 60 anos ou mais têm vida sexual ativa e que predominam as relações heterossexuais com comportamentos de risco, nos quais sexo desprotegido, múltiplos parceiros, abuso de drogas e de medicamentos estão presentes.

O aumento do número de casos entre os heterossexuais trouxe consigo uma expressiva inserção das mulheres no quadro epidemiológico, ou seja, a epidemia experimenta os processos de feminização e heterossexualização da doença (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010). As mulheres vivem em contextos sociais em que vários fatores potencializam suas vulnerabilidades às DST's e à Aids, destacando-se a violência baseada em gênero, em que a mulher não detém a posse de seu corpo; a violência do racismo; a pobreza, a baixa escolaridade e a não garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (TAQUETTE, 2009).

Diante do exposto, percebe-se a dimensão do problema de saúde pública que o HIV/Aids vem se tornando ao longo das décadas, atingindo indivíduos das mais variadas faixas etárias e classes sociais, motivando uma atenção especial, principalmente, para os idosos, onde o número de novos casos vem aumentando ano após ano, necessitando de intervenções urgentes, visto que a maioria das políticas públicas direcionam o foco apenas para os mais jovens, esquecendo-se que a população idosa possui os mesmos riscos relativos à doença.

Quanto à subcategoria **Gravidade**, identificaram-se três unidades de registro: Muito Grave, Não Grave e Não possui informação, dentre as quais a primeira unidade obteve o maior escore em todas as unidades de registro, sendo mencionada 22 vezes no discurso de participantes diferentes.

A unidade de registro **Muito Grave**, evidencia que este núcleo de pensamento é a principal informação adquirida a respeito da Aids, onde podemos observar que a grande maioria dos entrevistados sabia da sua gravidade, entretanto não possui conhecimentos relevantes sobre a transmissão, prevenção ou tratamento, evidenciando desta forma, que a

disseminação de conteúdo sobre a doença está ocorrendo de forma ineficaz e não está atingindo, da maneira necessária, todos os estratos populacionais.

Sobre as unidades de registro **Não Grave** e **Não possui informação**, observou-se que apenas uma pequena quantidade de indivíduos possui conhecimentos errôneos ou precários sobre a doença, na qual ocorreram duas menções para cada unidade de registro. Resultados semelhantes foram encontrados por Coelho et. al (2011), onde observaram um conhecimento geral insatisfatório de DST/Aids em jovens de 15 a 24 anos, visto que a média de respostas corretas foi de 76,2%, variando de 36,6 a 95,2%. Segundo Ferreira (2008), o conhecimento correto a respeito do HIV/Aids é uma condição necessária, mas não suficiente, para a adesão de um comportamento de proteção frente à infecção, e a falta de orientações contribui para aumentar a vulnerabilidade desta população.

Durante os discursos dos participantes foram identificadas a subcategoria **Transmissão** e as seguintes unidades de registro relacionadas a esta: Fluidos Corporais, Não possui informação, Mitos e Crenças, Perfuro Cortantes e Objetos Contaminados, Indivíduo Portador e Relações Sexuais com Desconhecidos.

A primeira unidade de registro evidenciada foi **Fluidos Corporais**, onde detectou-se que uma relevante quantidade de indivíduos (escore = 7) reconhecem os fluidos corporais como a principal forma de transmissão do HIV/Aids. Muitos participantes afirmaram ser o sangue um importante veículo de disseminação da doença, inclusive através da doação e transfusão sanguínea.

Embora esses sujeitos apresentem conhecimentos sobre algumas formas de transmissão, isso não implica, necessariamente, que utilizem essas informações como prevenção ou formas de reduzir os fatores de risco nos quais estão inseridos. Seguindo esse mesmo conceito, Toledo, Takahashi e Guanilo (2011), constataram em seu estudo que embora os adolescentes possuíssem conhecimento acerca da transmissão e formas de prevenção à infecção, notou-se um descompasso entre o discurso e a prática de medidas de prevenção, de fato, uma vez que a maioria não fazia uso do preservativo regularmente.

A partir da análise do discurso dos sujeitos, identificou-se a unidade de registro **Não possui informação**, na qual se percebeu que uma grande quantidade de participantes (escore = 7) não apresentava nenhum tipo de conhecimento a respeito das formas de propagação do HIV/Aids, um fato perturbador, uma vez que estes indivíduos estão inseridos em um grupo de risco e apresentam uma grande susceptibilidade para adquirir o patógeno.

De acordo com a unidade de registro **Mitos e Crenças**, percebeu-se que uma expressiva quantidade de sujeitos (escore = 5) possui conhecimentos equivocados sobre a doença, constatados através do fragmento extraído do discurso de um dos participantes: *Pega de qualquer pessoa que tiver no convívio dela, pega de mão, pega em beijo né? (A20)*. Segundo Gonçalves et al. (2009), é necessário que os profissionais de saúde se posicionem tecnicamente, livres de crenças pessoais e estereótipos sociais, a fim de orientar as ações para a promoção da saúde e da qualidade de vida dos portadores do vírus.

Seguindo essa premissa, Marques Junior, Gomes e Nascimento (2012) afirmam que se faz indispensável discutir os mitos e os preconceitos que ainda envolvem a contração do vírus HIV, o que demanda a criação de estratégias de prevenção que visem contribuir para uma reflexão acerca de como as informações sobre a doença são experienciadas diariamente. A presença de equívocos sobre o HIV/Aids e suas formas de transmissão resultam em uma vida cercada de estigmas e discriminação, que, na maioria das vezes, se torna extremamente estressante e difícil.

Ainda sobre essa temática, foi observado em uma das falas que alguns indivíduos acreditam na transmissão através de microrganismos, o que suscita a hipótese de que a prevenção ocorreria através de métodos de higiene pessoal, como pode ser constatado pelo discurso do participante *A14*, que afirma que a transmissão do HIV/Aids ocorre *Através de germes*. Discursos semelhantes foram encontrados por Garcia e Souza (2010), na qual os depoimentos de alguns participantes indicavam uma associação entre doença e higiene, onde se acredita que todo e qualquer processo de adoecimento é resultando de contágio por microrganismos facilmente elimináveis pelo processo de higienização.

Outra unidade de registro importante encontrada foi **Perfuro Cortantes e Materiais Contaminados**, expresso pela fala: *Pega em seringa, agulhas contaminadas, até material de dentista pode acontecer né? (A22)*, o que, seguindo a premissa anterior, revela que alguns indivíduos possuem informações relevantes sobre o tema, porém, estas devem ser complementadas por profissionais da saúde, a fim de esclarecer as dúvidas e preencher as possíveis lacunas existentes, possibilitando assim, a sua conscientização sobre a vulnerabilidade e um melhor enfrentamento para esta.

A quinta unidade de registro reconhecida foi **Indivíduo Portador**, na qual três participantes informaram que a transmissão do HIV/Aids ocorre, apenas, através da relação sexual com um indivíduo portador da infecção. Diante disso, observamos um insatisfatório conhecimento sobre as suas formas de transmissão, pois, mesmo o indivíduo sendo portador

da doença, a utilização do preservativo durante as relações sexuais previne a sua disseminação.

A última unidade de registro evidenciada na subcategoria Transmissão foi **Relações Sexuais com Desconhecidos**, na qual apenas um entrevistado afirmou que a transmissão ocorre apenas se o ato sexual acontecer com um indivíduo desconhecido, como pode ser evidenciado no trecho a seguir: *É fazer relações com quem não conhece [...]. (A13)*. A partir disso, observa-se que ainda perduram estigmas relacionados ao HIV/Aids, como sendo uma doença do outro e que atinge um público alvo específico.

A crença de que o HIV e a Aids fossem restritos a grupos especiais, aparentemente bem definidos e frequentemente marginalizados, reforçou estereótipos e preconceitos pungentes sobre identidade sexual e sexo imoral, ao invés de ressaltar o que existe de comum em todos os comportamentos sexuais (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010). As transformações ocorridas na sexualidade e os avanços tecnológicos no campo da saúde, como drogas que atuam no desempenho sexual, reposições hormonais, injeções e próteses penianas, aumentaram a qualidade e a frequência das relações sexuais entre os indivíduos mais velhos. Ademais, o uso do preservativo muitas vezes esteve atrelado, historicamente, às DST's e à infidelidade do parceiro na relação psicoafetiva, o que dificulta o diálogo acerca da necessidade do preservativo, como se este apenas devesse ser utilizado por quem se desconhece e/ou desconfia (SOUZA et al. 2011).

A partir de uma pesquisa desenvolvida, Madureira e Trentini (2008) relatam que os sujeitos do estudo consideraram que o sexo seguro e a prevenção de doenças não estão diretamente ligados ao uso do preservativo, mas à confiança e a fidelidade em seus parceiros, sendo este desnecessário em uma relação em que haja esses sentimentos. Isso evidencia um grande fator de risco para a transmissão do HIV/Aids e de diversas outras DST's, pois acreditando que estão em um relacionamento estável, embasado na fidelidade e na confiança, muitos indivíduos não utilizam o preservativo durante as relações sexuais por deter a crença de que são imunes àquilo (SILVA; VARGENS, 2009).

Esta é uma concepção que deve ser combatida, uma vez que grande quantidade de idosos possui relações extraconjugais, onde na maioria das vezes, se vendo com menos oportunidade que os mais jovens, recorrem a serviços de prostituição e não utilizam o preservativo, o que os expõem a um elevado risco de adquirir o HIV/Aids (REIS, 2010).

No que diz respeito à subcategoria **Tratamento**, evidenciou-se que alguns entrevistados possuem informações sobre a existência de tratamento para o HIV/Aids através



do **Uso de Medicamentos**, como é explicitado através do seguinte núcleo de pensamento: *Tem remédio pra combater um pouco, pra ir vivendo né? (A2)*

A terapia anti-retroviral para pacientes vivendo com HIV/Aids resultou em uma redução da morbidade, aumento da sobrevida, melhoria na qualidade de vida, supressão da carga viral e prevenção da transmissão vertical em todo o mundo (FERNANDES et al. 2009). Entretanto, a eficácia desse tratamento está associada ao um processo dinâmico, interativo e contínuo, que envolve os profissionais de saúde e o indivíduo portador da AIDS, e ainda, é diretamente influenciado por fatores internos e externos intrínsecos a cada indivíduo (SILVA; WAIDMAN; MARCON, 2009).

A partir da subcategoria **Prognóstico**, foi possível enumerar três unidades de registro, Morte, Cronicidade e Cura. A primeira, **Morte**, foi citada 12 vezes por participantes diferentes, os quais relataram, com preocupação, que o único futuro esperado pelos portadores do HIV/Aids seria, irremediavelmente, o óbito. Na segunda unidade de registro, **Cronicidade**, observa-se que uma reduzida parcela de entrevistados assegura que o percurso da doença se prolonga durante toda a vida do indivíduo, se tornando algo permanente e irreparável. A última unidade identificada foi **Cura**, encontrada em apenas um discurso, onde o sujeito declarou que se houvesse um diagnóstico precoce, poderia ocorrer a cura para o HIV/Aids.

Segundo Cano et al. (2007), o medo em relação do HIV/Aids ainda ronda o imaginário da população, pois a sociedade acostudou-se a ver na imprensa, em filmes e reportagens da mídia, indivíduos esqueléticos, de pele ressecada, olhos encovados, sem cabelos e afastados do convívio social e do trabalho, tanto por questões físicas, como resultantes do preconceito e da discriminação.

De acordo com Kubler-Ross (1977), ao descobrir ser portador de uma doença fatal, todos os indivíduos passam por um processo composto por cinco estágios, os quais estão relacionados à sua atitude perante a morte. O primeiro estágio seria o da negação e do isolamento, no qual o indivíduo nega a doença ou a gravidade de seu quadro; o segundo estágio é a ira, onde se caracteriza por revolta, inveja e ressentimento; a barganha seria o terceiro estágio, onde o indivíduo tenta negociar com alguma entidade superior em troca de mais tempo de vida; o quarto estágio seria a depressão, onde ocorre o sofrimento pela ideia do afastamento das pessoas e atribuições que desempenha ou desempenhava; e o último estágio é a aceitação, onde o indivíduo possui um desejo, mesmo que implícito, de morrer ou de se sentir livre do sofrimento, vivendo os poucos dias que lhe restam com paz e tranquilidade.

Diante do exposto na categoria “Conhecimentos dos idosos sobre a Aids”, obteve-se uma percepção diferenciada de seu entendimento, pois se evidenciou que muitos idosos possuem expressivas informações sobre o HIV/Aids, entretanto, uma grande quantidade está cercada de mitos, crenças e conhecimentos equivocados, resultando em diversos fatores de risco e em um aumento da vulnerabilidade desta população.

#### 4.2.2 Conhecimentos sobre prevenção e controle

A construção do Quadro 2 possibilitou o desenvolvimento e a análise da categoria **Conhecimentos sobre prevenção e controle** e de duas subcategorias derivadas, Controle e Prevenção. A partir da subcategoria **Métodos de Prevenção**, evidenciou-se a unidade de registro **Uso do Preservativo**, e sobre a subcategoria **Meios de Controle**, identificaram-se cinco unidades de registro divididas em: Não possui informação, Nunca Acontecerá, Avanços da Medicina, Futuro, Crenças Religiosas.

**Quadro 2 – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Conhecimentos sobre prevenção e controle”**

Categoria: Conhecimentos sobre prevenção e controle			
Subcategoria	Unidades de Registro	Unidades de Contexto	Escore
<b>Métodos de Prevenção</b>	<b>Uso do Preservativo</b>	<i>Deve-se evitar transar sem camisinha [...]. (A8)</i>	5
<b>Meios de Controle</b>	<b>Não possui informação</b>	<i>Ah isso aí, eu num, nem sei falar pra você que vai ser controlada. (A23)</i>	11
	<b>Nunca Acontecerá</b>	<i>Nunca, porque infelizmente as pessoas são irresponsáveis. (A18)</i>	6
	<b>Avanços da Medicina</b>	<i>Se o setor da medicina continuar trabalhando será controlada. (A10)</i>	4
	<b>Futuro</b>	<i>Talvez daqui a uns tempos. (A14)</i>	2
	<b>Crenças Religiosas</b>	<i>Ah isso aí somente Deus né? (A13)</i>	1

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

Na subcategoria **Métodos de Prevenção** foi elencada apenas uma unidade de registro **Uso do Preservativo**, o qual se observa que uma pequena, porém, relevante parcela de indivíduos (escore = 5) possui conhecimento de que o preservativo é uma importante forma de prevenção contra o HIV/Aids, entretanto, como afirma Fiocruz (2012), para evitar a transmissão do HIV/Aids é recomendado não somente o uso do preservativo durante as relações sexuais, mas também a utilização de seringas e agulhas descartáveis, o uso de luvas para manipular qualquer tipo de ferida ou fluidos corporais, testar previamente sangue e hemoderivados antes de transfusão, e, além disso, realizar o pré-natal de forma adequada a

fim de diagnosticar o mais previamente possível o HIV, iniciando rapidamente o tratamento com os anti-retrovirais, para evitar a transmissão durante a gestação, através do parto ou no momento da amamentação.

Embora alguns idosos possuam informações sobre a importância do preservativo, faz-se necessário investigar a sua real utilização por estes, visto que muitos indivíduos sabem dos seus benefícios e mesmo assim, apresentam resistência quanto à sua utilização. Há muitos obstáculos para o uso da camisinha: os homens temem perder a ereção e ainda acham que o cuidado só é necessário nas relações com as profissionais do sexo. Já as mulheres não sentem necessidade de exigir o preservativo, porque já perderam a capacidade de engravidar e consideram que não necessitam mais de prevenção (ARAÚJO et al. 2007; SANTOS; ASSIS, 2011).

É bastante comum que mulheres no período pós-menopausa, as quais não possuem mais preocupação com a anticoncepção, sejam pouco incentivadas à utilização do preservativo, embora a sua grande maioria ainda mantenha-se sexualmente ativa. (MINKIN, 2010). Segundo Praça, Souza e Rodrigues (2010), são diversos os fatores que dificultam o uso do preservativo por essas mulheres, como a dificuldade de negociação entre os parceiros para adesão de práticas sexuais seguras, o reduzido conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV, e a limitada percepção do risco de adquirir o HIV, motivada pelo sentimento de confiança e estabilidade vivenciado no relacionamento.

Corroborando com essa premissa, Zawacki et al. (2009) observaram que a convivência de longos anos com o parceiro traz consigo a familiaridade, onde o fato de estar próximo pode atuar como pressuposto de que o parceiro sexual apresenta baixo risco de estar contaminado pelo HIV, tornando assim, o uso do preservativo como um ato desnecessário para o casal.

A partir da subcategoria **Meios de Controle**, observou-se **Não possui informação** como sendo a unidade de registro mais elencada pelos entrevistados, onde se observou um dado preocupante que nos remete à necessidade de efetivas orientações para esse público, tanto sobre conhecimentos relevantes sobre a doença quanto sobre as políticas públicas direcionadas aos portadores da doença, visto que o Brasil apresenta uma longa trajetória de luta para controlar o HIV/Aids, e muitas vezes, essa informação não chega à grande massa populacional.

Em 1994 o Brasil implementou três programas destinados ao controle da Aids, o primeiro projeto, chamado do “Aids I”, ocorreu entre 1994 e 1998 e segundo, o “Aids II”, iniciou em 1998 e foi concluído em 2003, na qual ambos desenvolveram, principalmente,

ações de prevenção para o HIV/Aids, onde quase metade dos recursos estava destinada à prevenção, cerca de 34% aplicados a serviços de tratamento e o restante voltado para o desenvolvimento institucional, a vigilância, a pesquisa e a avaliação nesta área (BRASIL, 2003).

Diante do sucesso dos projetos anteriores, os principais objetivos do projeto Aids III foram a melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência, fortalecimento dos gastos do Programa Nacional de DST/Aids através do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas, e, além disso, a introdução de novas tecnologias no campo de vacinas e tratamento (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Por conseguinte, os mesmos autores postulam que a história da Aids no Brasil é cercada de uma forte mobilização da sociedade civil na luta contra a epidemia, onde as primeiras ações voltadas para o coletivo eram focadas em protestos de rua, difundindo na sociedade o conhecimento sobre a doença, o que estimulou o debate contra o preconceito e a estigmatização sofrida pelos portadores, exigindo, o mais urgente possível, respostas efetivas das esferas governamentais.

A unidade de registro **Nunca Acontecerá** evidencia, através das unidades de contexto inseridas no discurso de seis participantes, que há uma grande descrença da população sobre o controle do HIV/Aids.

**Avanços da Medicina** foi a terceira unidade de registro encontrada, onde quatro entrevistados relataram em seus discursos que o HIV/Aids somente será controlado se houverem avanços tecnológicos nos setores relacionados à medicina, como podemos citar, por exemplo, a farmacologia e a nanotecnologia.

A nanotecnologia é um conjunto de técnicas usadas para manipular a matéria na escala atômica e molecular. Um dos ramos mais promissores da medicina contemporânea e a nanomedicina, que busca novos tratamentos para doenças como o câncer e a Aids. (HERMOSILLA; CARLES, 2007; FAHNING; LOBÃO, 2011).

A indústria farmacêutica, utilizando as inovações geradas pela nanotecnologia e pelos nanomateriais, desenvolve fármacos de liberação controlada, os quais possuem o objetivo de fornecer uma dose terapêutica de uma droga para um local do corpo predeterminado, e manter esta concentração desejada, de modo controlado em velocidade e tempo apropriado, buscando também manter os níveis sanguíneos terapêuticos ótimos e evitar, em níveis plasmáticos, a problemática da toxicidade e/ou doses tóxicas (ALLEN JR; ANSEL; POPOVICH, 2007).

De acordo com Miquelim et al. (2004), o avanço tecnológico ocorrido nas últimas cinco ou seis décadas devido ao desenvolvimento da ciência médica, especialmente na área da saúde, possibilitou uma ampliação na taxa de sobrevivência das pessoas, por proporcionar uma série de alternativas terapêuticas no tratamento das diversas patologias, inclusive o HIV/Aids. Corroborando com essa premissa, Brito, Castilho e Szwarcwald (2000) afirmam que os avanços no campo tecnológico em associação com o melhor conhecimento da etiopatogenia da Aids possibilitaram um expressivo aumento dos conhecimentos e da utilização de tecnologias cada vez mais eficazes, gerando o surgimento de novas propostas de intervenções diagnósticas, profiláticas e terapêuticas.

Sobre a unidade de registro **Futuro**, apenas dois participantes relataram possuir esperanças de que o controle do HIV/AIDS ocorra em um futuro próximo. No que concerne a unidade de registro **Crenças Religiosas**, observou-se que somente um indivíduo afirma acreditar que apenas Deus detém o poder para controlar a disseminação do HIV/Aids, o que nos revela o quanto a religiosidade está inserida em diversos aspectos da vida do ser humano.

#### 4.2.3 Responsabilidade sobre o combate da Aids

Sobre a proposição da **Responsabilidade sobre o combate da Aids**, emergiram três subcategorias, Individual, Coletiva e Sem conhecimentos, onde obtiveram um total de quatro unidades de registro (Quadro 3). Com base na primeira subcategoria **Individual**, observou-se que surgiram seis núcleos de pensamento sobre a responsabilidade ser de caráter **Pessoal**, onde diversos indivíduos asseguraram que este é um dever inerente a cada ser humano, dispensando a interferência de terceiros no processo de combate ao HIV/Aids.

**Quadro 3** – Análise de Conteúdo referente à Categoria “Responsabilidade sobre o combate da Aids”

<b>Categoria: Responsabilidade sobre o combate da Aids</b>			
<b>Subcategoria</b>	<b>Unidades de Registro</b>	<b>Unidades de Contexto</b>	<b>Score</b>
<b>Individual</b>	<b>Pessoal</b>	<i>A primeira responsabilidade deve ser individualmente, cada pessoa tem que ter os seus cuidados [...]. (A26)</i>	6
<b>Coletiva</b>	<b>População em Geral</b>	<i>Todo mundo tem que ter responsabilidade porque a saúde da gente é bom né? É ótimo, precisa ter muito cuidado, cuidado, cuidado mesmo. Todo cuidado é pouco né? (A20)</i>	13
	<b>Profissionais da Saúde</b>	<i>A gente da saúde tem mais do que os outros, sempre tem mais né? (A11)</i>	2
<b>Sem conhecimentos</b>	<b>Não possui informação</b>	<i>Eu num sei não, não sei explicar exatamente. (A13)</i>	4

Fonte: Pesquisa de campo, 2014.

A subcategoria **Coletiva** obteve duas dimensões distintas, onde a grande maioria dos participantes (escore = 13) afirmaram que a responsabilidade do controle da Aids recai sobre todos os membros da sociedade, uma vez que esta é uma epidemia que não apresenta um perfil de vulnerabilidade completamente explícito, pois afeta indivíduos das diversas faixas etárias, classes sociais e níveis de escolaridade, necessitando da implementação de medidas efetivas para reduzir os níveis de risco de determinados grupos, tidos como mais susceptíveis à infecção.

A unidade de registro **Profissionais da Saúde** foi identificada apenas duas vezes, contudo, verifica-se que estes também são importantes agentes para o controle do HIV/Aids, visto que são os responsáveis por disseminar os conhecimentos necessários para a adoção de práticas preventivas eficazes, pois são detentores de conhecimentos indispensáveis para a realização deste processo.

A última subcategoria, **Sem conhecimentos**, surge a partir do conteúdo presente no discurso de quatro participantes, os quais atestam não apresentar nenhum tipo de informação sobre a responsabilidade no que tange o combate da Aids. A partir disso, observamos que ainda existem muitas falhas em relação aos conhecimentos sobre o HIV/Aids, o que demanda uma maior cautela do poder público para a criação de propostas que visem a orientação adequada da população sobre a doença, resultando na diminuição da vulnerabilidade e na atenuação dos fatores de risco, além de proporcionar uma grande redução de gastos para os cofres públicos em decorrência de seu tratamento.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciam que os idosos fazem parte de um grupo de risco em ascensão atualmente, onde o número de casos de HIV/Aids nessa população vem aumentando ao longo dos anos. Foi observado que uma grande quantidade de idosos não possuem nenhum tipo de informação sobre a doença, o que eleva ainda mais a sua vulnerabilidade perante esta, e mesmo para os indivíduos que possuíam saberes relevantes, constatou-se que a maioria destes apresentava conhecimentos errôneos, muitas vezes envoltos em mitos e crenças enraizados no cotidiano da sociedade.

A partir do conteúdo explicitado nos discursos dos participantes, foi possível identificar uma ruptura na relação entre os profissionais da saúde e os idosos, comprovada por estes afirmarem receber orientações, em primazia, dos meios de comunicação em massa, sobretudo da televisão. Diante disso, faz-se necessário que os gestores e/ou responsáveis diretos criem estratégias de promoção à saúde e prevenção dos agravos, principalmente no que concerne ao HIV/Aids e a este público alvo específico, o qual, na maioria das vezes tem sua sexualidade esquecida ou até mesmo ignorada, por parte dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, propiciando a disseminação do conceito de que o idoso é um ser assexuado e que, portanto, não necessita de orientações sobre as DST's.

Desse modo, torna-se imprescindível a realização de novas pesquisas a fim de avaliar os significados da Aids para os idosos e a implicação destes no concerne a sua associação com fatores predisponentes de vulnerabilidade e risco, o que poderá ocasionar a elaboração de políticas públicas que visem a melhoria da qualidade de vida dos idosos e também dos portadores do HIV/Aids, auxiliando assim, no desenvolvimento da saúde pública brasileira.

## REFERÊNCIAS

ALLEN JR, L.; POPOVICH, N. G.; ANSEL, H. C. A. **Formas farmacêuticas e sistemas de liberação de fármacos**. 8.ed. São Paulo: Premier, 2007.

ALMEIDA, L. A.; PATRIOTA, L. M. Sexualidade na terceira idade: um estudo com idosas usuárias do Programa Saúde da Família do bairro das Cidades – Campina Grande/PB. **Qualit@s Revista Eletrônica**. v. 8, n. 1, 2009.

ARAÚJO, V. L. B. et al. Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará. **Rev Bras Epidemiol**. v. 10, n. 4, p. 544-554, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. organizadores. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Hucitec; 2006.

BARBOSA, M. T. S.; STRUCHINER, C. J. The estimated magnitude of aids in brazil: a delay correction applied to cases with lost dates. **Cad de Saúde Pública**, v. 18, n.1, p. 279-285, 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. reimp., 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, A. F. O. 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, 2011.

BENEDICT, S.; HAIGHT, B. K.; JOHNSON, M. Aids in older people: a literature review for clinical nursing research and practice. **Journal of Gerontological Nursing**. v. 24, n.4, p. 8-13, 1998.

BESERRA, E. P.; ARAÚJO, M. F. M.; BARROSO, M. G. T. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: narrativas em uma área de espera. **Rev RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 18-25, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.



\_\_\_\_\_. **Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa. Envolvendo Seres Humanos:** Resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/AIDS. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Aprovado Terceiro Acordo de Empréstimo do Programa Brasileiro de DST/Aids.** Brasília; 2003.

\_\_\_\_\_. **HIV/Aids, hepatites e outras DST:** Caderno de Atenção Básica n.18. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. 197 p. Disponível em: <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>. Acesso em: 02 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa:** Caderno de Atenção Básica n.19. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 192 p. Disponível em: <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>. Acesso em: 02 jan. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS** - Ano VII nº 1 - julho a dezembro de 2009/janeiro a junho de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV - AIDS** - Ano II nº 1 - dezembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Rev da Soc Bras de Med Tropical.** v. 34, n. 2, p. 207-217, 2000.

CAJAZEIRAS, PB. **Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras,** 2014.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos do Brasil. **Rev Bras Estud Popul.** São Paulo, v. 27, n. 1, 2010.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: Velhos e novos resultados. **Texto para Discussão.** n. 1426, 2009.

CANO, M. P. T. et al. O conhecimento de jovens universitários sobre AIDS e sua prevenção. **Rev Eletr de Enferm.** v. 9, n. 3, p. 748-758, 2007.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, n. 24, v. 3, p. 597-605, mar. 2008.

CASTANHA, A. R. et al. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. **Est Psicol.** v. 24, n. 1, p. 23-31, 2007.

CASTILHO, E. A.; RODRIGUES-JUNIOR, A. L. A epidemia da AIDS no Brasil, 1991-2000. **Rev Bras Soc Med Trop.** v. 37, n. 4, p. 312-317, 2004.

CHRISTO, P. P. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e AIDS. **Rev Assoc Med Bras.** v. 56, n. 2, p. 242-247, 2010.

COELHO, R. F. S. et al. Conhecimentos e crenças sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS entre adolescentes e jovens de escolas públicas estaduais da Região Oeste de Goiânia. **Rev de Patologia Tropical.** v. 40, n. 1, p. 56-66, 2011.

FAHNING, B. M.; LOBÃO, E. B. **Nanotecnologia aplicada a fármacos.** 2011. 98f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) – Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo. Vitória, 2011.

FEITOSA, J. A. et al. Aconselhamento do pré-teste anti-HIV no pré-natal: percepções da gestante. **Rev Enfer UERJ.** Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 559-564, 2010.

FERNANDES, J. R. M. et al. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1369-1380, 2009.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública.** v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FERREIRA, M. P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública.** v. 42, n. supl. 1, p. 65-71, 2008.

FIOCRUZ. **A Epidemia da Aids através do Tempo.** Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>>. Acesso em: 6 mai. 2011.

FIOCRUZ. **HIV: sintomas, transmissão e prevenção**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.bio.fiocruz.br/index.php/sintomas-transmissao-e-prevencao-hiv-dpp>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. supl. 2, p. 09-20, 2010.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D.C.; SANTOS, E. I. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc Anna Nery.** v. 16, n. 1, p. 111-120, 2012.

GONÇALVES, T. R. et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: Revisado a literatura. **Psicologia & Sociedade.** v. 21, n. 2, p. 223-232, 2009.

GUERRA, C. P. P.; SEIDL, E. M. F. Adesão em HIV/AIDS: estudo com adolescentes e seus cuidadores primários. **Psicologia em Estudo.** Maringá, v. 15, n. 4, p. 781-789, 2010.

HERMOSILLA, L.; CARLES, M. Nanomedicina: médicos microscópicos. **Rev Científica Eletônica de Psicologia.** Ano 6, n.6, 2007. Disponível em: <[http://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/KB5P1NuxXXW7Kfw\\_2013-5-27-17-30-20.pdf](http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/KB5P1NuxXXW7Kfw_2013-5-27-17-30-20.pdf)>. Acesso em 25 ago 2014.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciênc & Saúde Coletiva.** v. 14 (Supl. 1), p. 1359-1365, 2009.

HULLEY, S.B. **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem Epidemiológica.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

IBGE. **Censo Demográfico do Brasil.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo>> Acesso em : 11 abr. 2012.

\_\_\_\_\_. **Síntese de Indicadores Sociais.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?idnoticia=1476&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?idnoticia=1476&id_pagina=1)>. Acesso em: 19 abr. 2012.

KUBBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer.** São Paulo: EDART, 1977.

LAZZAROTTO, A. et al. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos/Rio Grande do Sul – Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1535-40, 2008.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol**. v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LIMA, I. C. V.; BUENO, C. M. L. B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Rev Saúde e Pesquisa**. v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009.

LIMA, R. F. et al. Conhecimento sobre a AIDS: Visão de Homens Idosos. In: Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, 2., 2011, Campina Grande. **Anais...** Campina Grande, 2011.

LAROQUE, M. F.; et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS), v. 32, v. 4, p. 774-780, 2011.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. **Ciênc & Saúde Coletiva**. v. 13, n. 6, p. 1807-1816, 2008.

MARQUES JUNIOR, J. S.; GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciênc & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 2, p. 511-520, 2012.

MASCHIO, M. B. M. et al. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.32, n.3, p.583-9, 2011.

MELLAGI, A. G. **O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos**. 2009. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MELO, M. R. et al. Síndrome da imunodeficiência adquirida no idoso. **Diagn Tratamento**. v. 7, p. 13-17, 2002.

MENDONÇA, M. H. M.; VANCONCELLOS, M. M.; VIANNA, A. L. A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Cad Saúde Publica**. n. 24, sup 1, p. S4-S5, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa em qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 2007.

MIQUELIM, J. D. L. et al. Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**. v. 16, n. 3, p. 24-31, 2004.

MINKIN, J. M. Sexually transmitted infections and the aging female: placing risks in perspective. **Maturitas**. v. 67, n. 2, p. 114-116, 2010.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO M. F. A. S.; Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, n. 2, p. 358-364, 2009.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**. Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS, T. A. F. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. **Rev Latino-Am Enferm**. v. 16, n. 4, p. 679-685, 2008.

OLLALA, P. G. et al. Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients. **Journal of Acquired Immuno Deficiency Syndromes**. v. 30, n. 1, p. 105-110, 2002.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3249-3257, 2011.

PEREIRA, G. S.; BORGES, C. I. Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. **Rev Esc Anna Nery (Impr.)**. v. 14, n. 4, p. 720-725, 2010.

PIGNATTI, M.; CASTRO, S. P. A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-grossense, MT, Brasil. **Ciênc & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 83-94, 2008.

POTTES, F. A. et al. AIDS e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Rev Bras Epidemiol**. v. 10, n. 3, p. 338-350, 2007.

- PRAÇA, N. S.; SOUZA, J. O.; RODRIGUES, D. A. L. Mulher no período pós-reprodutivo e HIV/AIDS: percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 19, n. 3, p. 518-525, 2010.
- REIS, A. C. et al. Relação entre Sintomatologia Psicopatológica, Adesão ao Tratamento e Qualidade de Vida na Infecção HIV e AIDS. **Psicologia: Reflexão e Crítica.** v. 23, n. 3, p. 420-429, 2010.
- REIS, N. B. **Conhecimento sobre HIV/AIDS entre usuários de drogas.** 2010. 22f. Dissertação (Mestrado) — Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.
- REIS, R. K.; GIR, E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm USP.** v. 44, n. 3, p. 759-765, 2010.
- RODRIGUES, D. A. L.; PRAÇA, N. S. Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 321-327, 2010.
- RODRIGUES, L.C.R. **Programa Saúde da Família: analisando a prática do enfermeiro.** 2008. 138f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2008.
- SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F., LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa.** 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.
- 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. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.
- SANTOS, S. M. S.; OLIVEIRA, M. L. F. Conhecimento sobre AIDS e drogas entre alunos de graduação de uma instituição de ensino superior do estado do Paraná. **Rev Latino-Am Enferm.** v. 17, n. 4, 2009.
- SAVASTA, A. M. HIV: associated transmission risks in older adults – an integrative review of the literature. **Journal of the Association of Nurses in Aids Care,** v.15, n. 1, p. 50-59, 2004.

SILVA, A. L. C. N.; WAIDMAN, M. A. P.; MARCON, S. S. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 62, n. 2, p. 213-220, 2009.

SILVA, C. M.; LOPES, F. M. V. M.; VARGENS, O. M. C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à AIDS. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v. 31, n. 3, p. 450-457, 2010.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev Esc Enferm USP.** v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.

SILVA, J. **O impacto da AIDS na saúde mental e qualidade de vida de pessoas na maturidade e velhice.** 2011. 190f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, João Pessoa, 2011.

SILVA, L.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: Congresso Virtual HIV/AIDS, 7., 2007 **Anais...** 2007.

SOUSA, A. C. A.; SUASSUNA, D. S. B.; COSTA, S. M. L. Perfil Clínico-Epidemiológico de Idosos com AIDS. **DST – J Bras Doenças Sex Transm.** v. 21, n. 1, p. 22-26, 2009.

SOUZA JÚNIOR, M. B. M.; MELO, M. S. T.; SANTIAGO, M. E. A análise de conteúdo como forma de tratamento dos dados numa pesquisa qualitativa em Educação Física escolar. **Movimento.** Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 31-49, 2010.

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

SUÁREZ, P. C. et al. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. **Rev Panm Salud Publica.** v. 25, n. 1, p. 69-76, 2009.

TAKEMOTO, A. Y. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 256-262, 2011.

TANNURE, M. C. et al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 63, n. 5, p. 817-22, 2010.

TAQUETTE, S. Feminização da AIDS e adolescência. **Adolescência & Saúde**. v. 6, n. 1, p. 33-40, 2009.

TOLEDO, M. M.; TAKAHASHI, R. F.; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, M. C. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 64, n. 2, p. 370-375, 2011.

TOULOUMI, G. et al. Highly active antiretroviral therapy interruption: Predictors and virologic and immunologic consequences. **Journal of Acquired ImmunoDeficiency Syndrome**. v. 42, n. 5, p. 554-561, 2006.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009.

ZAWACKI, T. et al. Effects of relationship motivation, partner familiarity, and alcohol on women's risky sexual decision making. **Pers Soc Psychol Bull**. v. 35, n. 6, p. 723-736, 2009.

ZORNITA, M. **Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética**. 2008. 90f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008



## **APÊNDICES**

APÊNDICE A: INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA:**

Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M ( ) F ( ) Idade: \_\_\_\_\_

Moradia: ( ) Zona Urbana ( ) Zona Rural

Renda:

- ( ) aposentado com 1 salário mínimo.
- ( ) aposentado com mais de 1 salário mínimo.
- ( ) não aposentado, com emprego de menos de 1 salário mínimo.
- ( ) não aposentado, com emprego de 1 salário mínimo.
- ( ) não aposentado, com emprego de mais de salário mínimo.
- ( ) não aposentado e desempregado.

Escolaridade:

- ( ) Analfabeto ( ) Fund. completo ( ) Fund. incompleto ( ) Ens. Médio completo
- ( ) Ens. Médio incompleto ( ) Superior completo ( ) superior incompleto

Estado civil: \_\_\_\_\_

Você tem filhos? ( ) Sim. Quantos? \_\_\_\_ ( ) Não

Mora sozinho? ( ) Sim. ( ) Não. Com quantas pessoas? \_\_\_\_\_

**DADOS REFERENTES AOS OBJETIVOS DA TEMÁTICA EM ESTUDO**

1. O que é AIDS para o Sr.(a)? Explique melhor.
2. O Sr.(a) acha que a AIDS é uma doença grave? Poderia me explicar por quê?
3. O Sr.(a) pode me explicar como se pega AIDS? Como assim? Explique melhor.
4. Agora eu vou dizer uma frase e vou pedir para o Sr.(a) completar: a AIDS só vai ser controlada mesmo quando...
5. Agora eu vou dizer uma frase e quero saber se o Sr.(a) concorda ou se discorda e por quê.  
A frase é: a responsabilidade de combater a AIDS é apenas dos profissionais da ESF. A população não tem nada a ver com isso.

## APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

ESTUDO: “Entre a ‘invulnerabilidade’ e a ascensão da doença: os significados da AIDS para idosos usuários da Estratégia Saúde da Família”

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

---

Eu,....., residente e domiciliado na ....., portador da Cédula de identidade, RG ....., e inscrito no CPF/MF..... nascido(a) em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **Entre a “invulnerabilidade” e a ascensão da doença: os significados da AIDS para idosos usuários da Estratégia Saúde da Família’**. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O objetivo do estudo é conhecer os significados dos idosos usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Cajazeiras sobre o HIV/AIDS na terceira idade;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;

VI) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa;

( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

VII) Estou ciente quanto aos riscos e benefícios do estudo. Riscos: este estudo apresenta risco de identificação do participante, serão tomados todos os cuidados para que a identidade do participante não seja revelada. Benefícios: este estudo contribuirá para a compreensão dos significados dos idosos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o HIV/AIDS na terceira idade, onde, a partir dos resultados ocorrerão reflexões sobre esta doença, principalmente entre os profissionais de saúde e entre os que elaboram as políticas de controle da AIDS no Brasil;

VIII) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao CEP/HUAC - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n, São José. Campina Grande- PB. Telefone: (83) 2101-5545.

Cajazeiras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

( ) Paciente / ( ) Responsável

.....

**Testemunha 1:** \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone

**Testemunha 2:** \_\_\_\_\_

Nome / RG / Telefone

Assinatura  
Dactiloscópica

**Responsável pelo Projeto:**

\_\_\_\_\_  
**Prof. Esp. Iluska Pinto da Costa**

**SIAPE: 1744352**

**Endereço: Rua Sérgio Moreira De Figueiredo, s/n- Casas Populares- Tel.: (83) 3532-2000 CEP: 58900-000- Cajazeiras. Telefone para contato: (083) 9311-3927.**

## APÊNDICE C: QUADROS DE ANÁLISE DE CONTEÚDO

## Análise de Conteúdo referente à Categoria “Conhecimentos sobre a Aids”

Categoria: Conhecimentos sobre a AIDS			
Subcategoria	Unidades de Registro	Unidades de Contexto	Score
Definição	Doença Incurável	<p><i>Ela não tem cura. (A1)</i>  <i>[...] Mas cura num tem não né?! (A2)</i>  <i>Aids é uma doença que não tem cura né. (A4)</i>  <i>Sei que é uma doença que não tem cura, só isso. (A5)</i>  <i>[...] não tem cura. (A8)</i>  <i>[...] é uma doença que num tem cura. (A9)</i>  <i>[...] ela num tem cura. (A11)</i>  <i>[...] é uma doença que não tem cura. É só o que eu sei lhe dizer é isso. (A12)</i>  <i>[...] num tem cura. (A13)</i>  <i>[...] não te cura. (A14)</i>  <i>É uma doença que não tem cura né? (A15)</i>  <i>A Aids é uma doença que é muito complicada né? Num tem cura. (A16)</i>  <i>A Aids é uma doença, assim, incurável né? (A17)</i>  <i>Uma doença incurável. (A18)</i>  <i>É uma doença muito... sem cura né? Acho que é. (A22)</i>  <i>Porque disse que é uma doença que dizem que num tem cura né? (A23)</i>  <i>[...] num cura né?(A24)</i></p>	17
	Não possui informação	<p><i>Nada. (A1)</i>  <i>Eu não sei de nada. Já ouvi falar mas num sei dizer nada. (A2)</i>  <i>A Aids, sei não. (A3)</i>  <i>Nada, nunca ouvi falar. (A5)</i>  <i>Sei não. (A6)</i>  <i>Nam, eu nunca vi. (A7)</i>  <i>Nada. (A9)</i>  <i>[...] eu nem sei explicar. (A11)</i>  <i>saber dizer exatamente não. (A13)</i>  <i>Não conheço. (A19)</i></p>	10
	Doença Sexual	<p><i>É doença sexual né?(A4)</i>  <i>A informação que eu tenho é que uma doença transmitível através da sexual [...] (A10)</i>  <i>Sei que já ouvi dizer que pega no que transa né?, que pega Aids transando né? (A24)</i>  <i>É uma doença transmitida, é... pelo... sexualmente né? O que eu vejo dizer, que a Aids é uma doença transmitida né? (A26)</i></p>	4
	Doença Viral	<p><i>[...] mesmo que no começo descubra que tem o vírus, mas aí o vírus não é tudo [...]. (A8)</i>  <i>É um vírus né? (A14)</i>  <i>É um vírus. (A21)</i></p>	
	Doença Perigosa	<p><i>[...] perigosíssima [...]. (A8)</i>  <i>A Aids é muito perigosa né? (A20)</i>  <i>[...] é uma doença perigosa. (A24)</i></p>	3

Continua

## Análise de Conteúdo referente à Categoria “Conhecimentos sobre a Aids” (Continuação)

Categoria: Conhecimentos sobre a AIDS			
Subcategoria	Unidades de Registro	Unidades de Contexto	Escore
Definição	Doença Infecciosa	[...] uma infecção generalizada que dá né? (A18)	1
	Crenças Religiosas	Isso é dado por Deus, já para um castigo para a humanidade. (A18)	1
	Sinais e sintomas	[...] cai o cabelo, fica magro só o coró e o osso [...]. (A19)	1
Fontes de Informação	Meios de Comunicação	Na televisão eu já ouvi passar [...]. (A3) Já ouvi falar na televisão. (A7) [...] é o que eu escuto na televisão. (A12) [...] eu já vi na televisão. (A19) [...] eu vejo sempre nas televisões. (A20) [...] eu já tenho assistido pelo rádio, pela televisão [...]. (A23) Eu assisto televisão, vejo falar. (A25)	7
	Profissionais de Saúde	O povo da saúde ensina como é pra fazer [...]. (A16) Quando eu assisti a palestra dos médicos explicaram muito bem [...](A23) Agora eu vejo os médicos falando [...]. (A25)	3
Gravidade	Muito Grave	É claro que é grave. (A1) É gravíssima. (A2) É grave. (A4) É grave. (A5) É grave, porque a pessoa num invita, tem que invitar pra poder né?! (A6) Ela é uma das doenças mais graves que existe hoje. (A8) Sim, porque mata né? (A10) Grave é. Porque o povo diz que é né? (A11) Acho que é. (A12) É uma doença grave. (A13) Gravíssima. (A14) Gravíssima. (A15) Gravíssima; (A16) Gravíssima; (A18) É grave. (A19) É grave né? (A20) É grave. (A21) Acho que é grave. (A22) [...] as vezes a pessoa pensa que num é tão grave e acaba sendo, sendo e muito grave. (A23) É uma doença grave. (A24) A Aids é grave. (A25) Eu sei que é grave né? (A26)	
	Não Grave	Não. (A9) [...] num é grave não. (A17)	2
	Não possui informação	Sei não. (A3) Nunca ouvi falar. (A7)	2
Transmissão	Fluidos Corporais	Pelo sexo, pela saliva, sangue, doação e transfusão de sangue [...]. (A1) O povo diz que pega pelo sangue [...]. (A2) Pega no sangue né? (A3)	7

Continua.

## Análise de Conteúdo referente à Categoria “Conhecimentos sobre a Aids” (Continuação)

Categoria: Conhecimentos sobre a AIDS			
Subcategoria	Unidades de Registro	Unidades de Contexto	Escore
Transmissão	Fluidos Corporais	<i>No sexo né? (A7)</i> <i>[...] eu acho que seja na transa. (A11)</i> <i>É pela relação sexual. (A15)</i> <i>Tendo relação sexual sem proteção. (A16)</i>	7
	Não possui informação	<i>Sei não. (A4)</i> <i>Não sei como pega. (A13)</i> <i>Não sei dizer. (A19)</i>	7
	Mitos e Crenças	<i>Através de germes né?(A14)</i> <i>Algum ferimento que tiver na boca. (A18)</i> <i>Pega de qualquer pessoa que tiver no convívio dela, pega de mão, pega em beijo né? (A20)</i> <i>Acho que é relação com mulher. (A22)</i> <i>[...] beijar e sair sangue da boca. (A26)</i>	5
	Perfuro Cortantes e Objetos Contaminados	<i>[...] as vezes a pessoa nem sabe que aplica num aidético, aí vai e aplica em outra pessoa. (A2)</i> <i>Pega em seringa, agulhas contaminadas, até material de dentista pode acontecer né? (A22)</i> <i>[...] Numa seringa [...]. (A24)</i>	3
	Indivíduo Portador	<i>Foi algum acompanhante que transmitiu. (A4)</i> <i>Sei que fazendo sexo com uma pessoa que já tem. (A5)</i> <i>Disse que é através de parceiros né? (A12)</i>	3
	Relações Sexuais com Desconhecidos	<i>É fazer relações com quem não conhece [...]. (A13)</i>	1
Tratamento	Uso de Medicamentos	<i>Tem remédio pra combater um pouco, pra ir vivendo né? (A2)</i> <i>[...] não tem remédio. (A5)</i> <i>Não tem remédio né? (A24)</i>	3
Prognóstico	Morte	<i>[...] destrói o ser humano. (A1)</i> <i>O que eu sei é que a Aids é uma doença [...] que mata mesmo. (A8)</i> <i>Só sei que a AIDS mata. (A9)</i> <i>Mata né? (A10)</i> <i>[...] ela causa a morte. (A12)</i> <i>É uma doença que mata. (A16)</i> <i>Já vi muita gente morrer de AIDS. (A19)</i> <i>Ela atinge a pessoa e vem fazer a morte. (A20)</i> <i>Mata a pessoa em silêncio, vai matando devagarzinho. (A23)</i> <i>[...] quantas pessoas tem morrido né? (A18)</i> <i>[...] chega a matar a pessoa rápido. (A20)</i> <i>[...] vai eliminando aos pouquinhos. (A24)</i>	12
	Cronicidade	<i>A tendência é morrer com ela. (A14)</i> <i>[...] depois de pegar fica com ela pra o resto da vida. (A15)</i> <i>Pega e num fica mais boa. (A21)</i>	3
	Cura	<i>[...] se tiver o diagnóstico completo no início da doença pode até ser que seja curada [...].</i>	1

## Análise de Conteúdo referente à Categoria “Controle e prevenção da AIDS”

Categoria: Controle e prevenção da AIDS			
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registro	Score
Controle	Não possui informação	<i>Sei não. (A3)</i> <i>Eu num sei não. (A4)</i> <i>Num sei não. (A6)</i> <i>Num sei também não. (A7)</i> <i>[...] Sei não. (A9)</i> <i>Num sei se ela tem controle não [...]. (A11)</i> <i>Agora aí eu não sei [...]. (A12)</i> <i>Aí eu num sei né? (A16)</i> <i>Sei não. (A19)</i> <i>Ah isso aí, eu num, nem sei falar pra você que vai ser controlada. (A23)</i> <i>Ah isso u num sei não. (A24)</i>	11
	Nunca acontecerá	<i>Nunca. (A2)</i>	6
Métodos de Prevenção	Uso do preservativo	<i>Tem que usar camisinha, se cuidar. A num ser um marido farrador né? O meu nunca foi dessas coisas, então não tenho medo. (A6)</i> <i>Usar camisinha. (A13)</i> <i>[...] pra evitar é só usar preservativo e pronto. (A16)</i> <i>Deve-se evitar transar sem camisinha [...]. (A8)</i> <i>[...] num pode é manter relação sexual sem camisinha. (A26)</i>	5
Meios de Controle	Nunca acontecerá	<i>Num vai existir controle pra ela não. (A16)</i> <i>Nunca, porque infelizmente as pessoas são irresponsáveis. (A18)</i> <i>Eu acho que num tem controle pra ela não. (A20)</i> <i>Eu acho que num tem jeito não. (A21)</i> <i>Num controla mais não. (A25)</i>	6
	Avanços na medicina	<i>[...] agora pode não ter descoberto nenhum remédio ainda, mas um dia pode ser né? (A1)</i> <i>Se o setor da medicina continuar trabalhando será controlada. (A10)</i> <i>[...] só se descobrirem a vacina. (A16)</i> <i>Quem sabe com os estudos, os medicamentos [...]. (A17)</i>	4
	Presente/Futuro	<i>Talvez daqui a uns tempos. (A14)</i> <i>Já tá tendo um controle dela. (A18)</i>	2
	Crenças religiosas	<i>Ah isso aí somente Deus né? (A13)</i>	1



## Análise de Conteúdo referente à Categoria “Responsabilidade sobre o combate da Aids” (Continuação)

Categoria: Responsabilidade sobre o combate da AIDS			
Subcategoria	Unidades de Contexto	Unidades de Registro	Escore
<b>Individual</b>	<b>Pessoal</b>	<i>Começa de você, começa de si próprio. (A1)</i> <i>A responsabilidade é da pessoa e tem nada a ver com posto. (A15)</i> <i>Eu acho que a responsabilidade é da pessoa, se sentir com esse problema. (A17)</i>	6
<b>Coletiva</b>	<b>População em geral</b>	<i>A população inteira, todo mundo tem responsabilidade com a AIDS. (A5)</i> <i>A população tem que se cuidar né? (A6)</i> <i>Todo mundo tem responsabilidade, desde os pacientes até os médicos. (A8)</i> <i>Todo mundo tem que fazer a sua parte. (A9)</i> <i>Toda a população, porque se eu cuidar né? Eu não vou pegar, certo (A10).</i> <i>Eu acho que todo mundo deve se prevenir. (A12)</i> <i>Todo mundo tem responsabilidade com a doença. A (14);</i> <i>Todo mundo tem responsabilidade. (A16)</i> <i>Todo mundo é responsável né? (A18)</i> <i>Todo mundo tem que ter responsabilidade porque a saúde da gente é bom né? É ótimo, precisa ter muito cuidado, cuidado, cuidado mesmo. Todo cuidado é pouco né? (A20)</i> <i>Acho que é todo mundo né? A gente. Todo mundo acho que tem que invitar né? Acho que é assim. (A22)</i> <i>Não, na verdade, todo mundo tem que ter a sua prevenção, assim de ter um cuidado mais cuidado né? (A23)</i> <i>Acho que todo mundo né? (A24)</i>	13
	<b>Profissionais da saúde</b>	<i>[...] apoio do pessoal da saúde. (A10)</i> <i>A gente da saúde tem mais do que os outros, sempre tem mais né? (A11)</i>	2
<b>Sem conhecimentos</b>	<b>Não possui informação</b>	<i>Eu nem sei porque as vezes tem o tratamento mas a pessoa num liga de se tratar, de se cuidar [...], aí num fica bom, num se cuida. (A2)</i> <i>Eu nem sei. (A3)</i> <i>Também num sei não. (A7)</i> <i>Eu num sei não, não sei explicar exatamente. (A13)</i>	4

## **ANEXOS**

## ANEXO A: AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS**

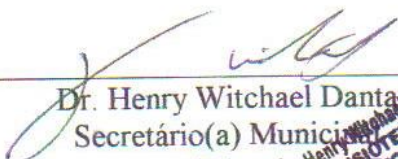
Rua.: Arsenio Rolim Araruna, s/ n, Cocodé.

Cep.: 58900 – 000, Tel.: 3531 – 4734.

## DECLARAÇÃO

Eu, Henry Witchael Dantas Moreira, Secretário de Saúde do município de Cajazeiras, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: Entre a “Invulnerabilidade” e a Ascensão da Doença: os Significados da Aids para Idosos Usuários da Estratégia Saúde da Família, que será realizada nas Unidades de Saúde da Família Maria José de Jesus, Simão de Oliveira e Vital Rolim no período de 07 de Janeiro a 07 de fevereiro de 2013, tendo como pesquisadora Iluska Pinto da Costa, professora da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande e colaboradores Mônica Rafaela de Almeida, psicóloga da ETSC/UFCG, Rubens Felix de Lima, Jesana Sá Damasceno e Cláudia Jeane Lopes Pimenta, acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

Cajazeiras, 04 de janeiro 2013.

  
 Dr. Henry Witchael Dantas Moreira  
 Secretário(a) Municipal de Saúde  
 Cajazeiras

Henry Witchael Dantas Moreira  
 FÍSICO - SAÚDE  
 CRM - 48887

## ANEXO B: PARECER FAVORÁVEL PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ENTRE A "INVULNERABILIDADE" E A ASCENSÃO DA DOENÇA: OS SIGNIFICADOS DA AIDS PARA IDOSOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE

**Pesquisador:** Iluska Pinto da Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 12154013.0.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (Centro de Formação de

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 321.609

**Data da Relatoria:** 20/06/2013

**Apresentação do Projeto:**

**Título da Pesquisa:** ENTRE A "INVULNERABILIDADE" E A ASCENSÃO DA DOENÇA: OS SIGNIFICADOS DA AIDS PARA IDOSOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

**Pesquisador:** Iluska Pinto da Costa

Os dados sociodemográficos dos sujeitos serão analisados pelo método estatístico descritivo, através do qual, os dados serão tabulados e

apresentados em gráficos por meio do programa Microsoft Office Excel for Windows 2007, e seus discursos serão analisados qualitativamente utilizando a Análise de Conteúdo em sua modalidade Análise Temática, proposta por Minayo (2007). O estudo seguirá as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisa com Seres Humanos da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

**Critério de Inclusão:**

Ter 60 anos ou mais; ser cadastrado nas USF campos da pesquisa; ser lúcido e capaz de compreender o conteúdo da pesquisa.

**Critério de Exclusão:**

Idade inferior a 60 anos e não ser lúcido ou conseguir compreender o conteúdo da pesquisa.

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (83)2101-5545

**Fax:** (83)2101-5523

**E-mail:** cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO B: PARECER FAVORÁVEL PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA  
(CONTINUAÇÃO).

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 321.609

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Conhecer os significados dos idosos usuários da Estratégia Saúde da Família do município de Cajazeiras-PB sobre o HIV/AIDS na terceira idade.

**Objetivo Secundário:**

Entender as representações dos idosos usuários das ESF sobre a gravidade do HIV/AIDS; Compreender como os idosos entendem as formas de transmissão do HIV/AIDS; Identificar as representações dos idosos sobre a prevenção do HIV/AIDS;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Em qualquer fase da pesquisa há possibilidade de danos à dimensão psíquica, moral, social e cultural do ser humano, a partir do momento em que seja rompida a confidencialidade e os sujeitos participantes sejam identificados. Há ainda a possibilidade de forte envolvimento entre pesquisadores e participantes.

**Benefícios:**

Aquisição de novos significados advindos das reflexões possivelmente suscitadas por meio da entrevista; o conhecimento procedente da pesquisa poderá contribuir para o desenvolvimento de futuras intervenções que venham a favorecer o bem-estar da comunidade. Essa pesquisa não trará nenhum tipo de benefício financeiro para os sujeitos participantes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Em um primeiro momento haverá um contato com os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família pesquisadas, para realização de um diagnóstico situacional das áreas adscritas, a fim de identificar os indivíduos com 60 ou mais cadastrados através de consulta aos prontuários, e posteriormente realizar-se-á sorteio de 10 participantes de cada Unidade. O início da coleta dar-se-á após a aprovação do projeto pelo comitê de

ética em pesquisa. Logo em seguida, ocorrerá uma conversação amistosa entre o pesquisador e os sujeitos na qual serão apresentados os objetivos

da pesquisa e solicitada a assinatura do TCLE. O instrumento utilizado para a coleta de dados será um roteiro de entrevista semi-estruturado. Nesse

aspecto buscar-se-á na entrevista a priori caracterizar sócio-demograficamente os participantes

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: oep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO B: PARECER FAVORÁVEL PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA  
(CONTINUAÇÃO).

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 321.609

da pesquisa e posteriormente se enfocará as perguntas norteadoras que abordarão as representações dos idosos sobre a gravidade do HIV/AIDS, sua transmissão, prevenção, atitudes dos idosos para o controle dessa doença nos idosos e sobre a parcela de responsabilidade dos profissionais da ESF e da população para este controle. Será anexada a entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. A fim de dinamizar a coleta será utilizado um dispositivo de gravação de áudio.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Projeto

Folha de rosto

Declaração institucional

Termo de Consentimento Livre Esclarecido

**Recomendações:**

Recomenda-se a aprovação da pesquisa, tendo em vista, que não encontro nem um impedimento ético para sua realização.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Em análise geral da pesquisa consideramos aprovada.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CAMPINA GRANDE, 01 de Julho de 2013

Assinador por:

**Maria Teresa Nascimento Silva**  
(Coordenador)

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n  
Bairro: São José CEP: 58.107-670  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br