



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO

OLÍVIA GALVÃO LUCENA FERREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO
DE PESSOAS IDOSAS COM E SEM O DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS**

JOÃO PESSOA

2015

OLÍVIA GALVÃO LUCENA FERREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO DE PESSOAS
IDOSAS COM E SEM O DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, **área de concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

JOÃO PESSOA

2015

F383r Ferreira, Olívia Galvão Lucena.
 Representações sociais sobre envelhecimento ativo de
 pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids / Olívia
 Galvão Lucena Ferreira.- João Pessoa, 2015.
 114f. : il.
 Orientadora: Maria Adelaide Silva Paredes Moreira
 Tese (Doutorado) - UFPB/CCS
 1. Enfermagem. 2. Enfermagem e saúde - cuidado - adulto
 e idoso. 3. Envelhecimento. 4. Pessoas idosas - HIV/Aids.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

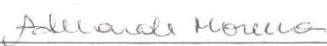
OLÍVIA GALVÃO LUCENA FERREIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO DE PESSOAS
IDOSAS COM E SEM O DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências, da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem, área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

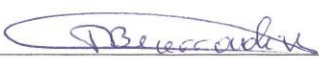
Aprovado em: 30/11/2015

Banca Examinadora:


Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira – (UFPB)

Orientadora


Prof. Dr. Luiz Fernando Rangel Tura – (UFRJ)
Membro Externo


Prof.^a Dra. Francisca Bezerra de Oliveira – (UFCEG)
Membro Externo


Prof.^a Dra. Antonia Oliveira Silva – (UFPB)
Membro Interno


Prof.^a Dra. Maria Djair Dias – (UFPB)
Membro Interno

Aos meus filhos – Vívian, Daniel e Larissa.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Senhor da minha vida, agradeço por tudo que tenho conquistado pois sei que veio de Suas mãos. *“Que darei eu ao Senhor, por todos os benefícios que me tem feito?”* (Salmos 116:12). Darei a minha vida, meus talentos e minha disposição para servir a Ti e ao meu próximo.

À Prof^a Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, minha orientadora, por ter me recebido carinhosamente como sua orientanda e depositado sua confiança na construção deste trabalho.

À Prof^a Antonia Oliveira Silva, por todo o apoio desde o primeiro dia que cheguei ao PPGENF, por compartilhar seus conhecimentos e pela contribuição enriquecedora na elaboração deste trabalho.

À todos os docentes do PPGENF, por ter me ensinado que o ofício da docência vai além de transferir conhecimentos, mas criar possibilidades para a sua construção.

À todas as colegas da turma do doutorado 2012, por termos compartilhado saberes, angustias e realizações, em especial: Verbena Santos, Flávia Moura, Aline Mendonça e Marisaulina Wanderley.

À todos os amigos do Grupo de Estudo sobre Envelhecimento e Representações Sociais, pelo companheirismo, cumplicidade e troca de experiências, em especial: Luípa Michele, Tatyana Ataíde, Ronaldo Queiroz, Sandra Nagaumi, Ana Margareth, Sônia Gusmão, Eliane Leite, Juliana Lubenow, Laura Veloso e Sandra Almeida.

Aos funcionários do PPGENF, por prontamente atender minhas solicitações, em especial Nathali Costa e Sr. Ivan.

Ao Hospital Clementino Fraga, à Casa de Apoio Ação Social Arquidiocesana e ao Centro de Convivência do Idoso por ter aberto as portas para a realização desta pesquisa.

Aos participantes do estudo, sem vocês esse trabalho não teria sido concretizado.

À Débora Estefânia e Laís Camila pela contribuição na coleta dos dados, nos momentos que não pude mais entrar no hospital devido a minha gravidez, minha gratidão eterna.

Ao meu esposo, Sérgio Henrique Ferreira, por todo apoio e paciência em todos os momentos que precisei de sua compreensão e ajuda.

Aos meus filhos, Vívian, Daniel e Larissa. Gostaria que soubessem que todos os momentos que me ausentei da companhia de vocês para concluir este trabalho foram motivados pela esperança de trazer um futuro melhor para todos nós. Amo demais todos três!!!!

Aos meus pais, Raimundo Vicente de Lucena (*in memorian*) e Teresinha Galvão de Andrade Lucena, por terem me oferecido muito amor, educação familiar e incentivado a buscar novas conquistas e não desistir nunca.

Aos meus sogros Cipriano Ferreira Filho e Maria José Paulino (Rosita) que me acolheram como filha e tem torcido pela realização dos meus projetos, sempre me ajudando no cuidado dos meus filhos e por todas as horas que precisei da ajuda deles.

À todos os amigos que escutaram meus anseios e de forma significativa contribuíram em momentos que ultrapassaram os muros da academia. Obrigada aos amigos: Adalberto Souto, Claudia Germana, Haydêe Cassé, Alinne Marcolino, Adriano Firmino e Andrea Carla.

“Mas os que esperam no Senhor,
renovarão as suas forças, subirão
com asas como águias, correrão e
não se cansarão, caminharão e não
se fatigarão.”

(Bíblia Sagrada – Isaías 40:31)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

- Figura 1: Fatores determinantes do Envelhecimento Ativo..... 21
- Figura 2: Fluxograma explicativo da seleção das publicações. João Pessoa. 41 2015.....
- Figura 3: Distribuição das UCE's e suas contribuições na classe/categorias temáticas..... 61
- Figura 4: Imagens ou objetivação do envelhecimento ativo segundo pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. João Pessoa, PB, Brasil, 86 2015.....

QUADROS

- Quadro 1: Produto da classificação hierárquica descendente..... 61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Estudos sobre Representações Sociais sobre HIV/Aids para pessoas idosas no período entre 2006 à 2013 (n=6)	42
Tabela 2: Frequências das palavras relativas aos estímulos indutores <i>idoso ativo</i> e <i>aids em idoso</i>	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HIV	Imunodeficiência Humana
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set de Questionnaires</i>
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PB	Paraíba
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TRS	Teoria das Representações Sociais
UCE's	Unidades de Contexto Elementares
UCI's	Unidades de Contexto Iniciais
UFPB	Universidade Federal da Paraíba

RESUMO

Ferreira OGL. Representações Sociais sobre Envelhecimento Ativo de Pessoas Idosas com e sem o diagnóstico de Hiv/Aids. 2015. 114f. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

Nos últimos anos observa-se um crescimento significativo da população idosa, decorrente dos avanços tecnológicos na área da saúde e das modificações nas condições socioeconômicas da população mundial. Esta mudança do perfil demográfico da população brasileira é um fator importante à compreensão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) em pessoas idosas, uma vez que continua aumentando o número de notificações da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) nessa faixa etária. No entanto, as pessoas idosas soropositivas tendem a apresentar os efeitos da imunodepressão de maneira mais acelerada que as outras faixas etárias, porque se somam as manifestações clínicas da aids os sinais e sintomas de outras doenças que podem estar atreladas ao envelhecimento, podendo assim, comprometer a sua autonomia, independência funcional e representação do envelhecimento. Neste sentido, este estudo torna-se relevante à implementação de ações que venham melhorar e/ou manter a saúde de idosos, durante o processo de envelhecimento e bem-estar, contribuindo também, com os profissionais da saúde na elaboração e execução de planos de ação terapêuticos e preventivos, visando a saúde da pessoa idosa. Este estudo tem como objetivo analisar as representações sociais sobre envelhecimento ativo, elaboradas por pessoas idosas com e sem HIV/Aids. Trata-se de um estudo exploratório, utilizando-se o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais. Participam do estudo, 48 pessoas idosas, com idades entre 60 e 96 anos, divididas em dois grupos: pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. Os dados foram coletados a partir do Teste da Associação Livre de Palavras e entrevista semi estruturada e processados com auxílio dos *softwares* Iramuteq e Trideux. Os dados coletados e analisados foram interpretados subsidiados no referencial teórico adotado e apresentados em figuras, quadros e temas. Os resultados correlacionam-se entre si, possibilitando inferências acerca das representações sociais sobre o envelhecimento ativo permeada por dimensões positivas e negativas. Para o estímulo *idoso ativo*, sobressaíram os significados mais positivos e para o estímulo *aids em idoso* percebeu-se sentidos atrelados a condição de estar com o diagnóstico da doença aids. O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem os indivíduos, familiares e sociedade. Proporcionar um envelhecimento bem sucedido a pessoa idosa soropositiva, é possível através da articulação de diversos setores e utilização de estratégias transdisciplinares à promoção da saúde, permitindo que este se mantenha autônomo, independente e participativo na sociedade.

Descritores: Envelhecimento; HIV; Enfermagem

ABSTRACT

Ferreira OGL. Social Representations on Active Elderly People with and without a diagnosis of HIV/AIDS. 2015 Thesis (PhD). Health Sciences Center, Federal University of Paraíba, João Pessoa.

In recent years, there has been a significant growth of the elderly population as a result of technological advances in health care and changes in the socioeconomic conditions. This changing of the population's demographic profile is an important factor to understanding the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) in older people, as it continues to increase the number of infection notifications with Human Immunodeficiency Virus (HIV) in this age group. However, older people living with HIV tend to have the effect of immune suppression more rapidly than other age groups, because they add to clinical manifestations of AIDS, the signs and symptoms of other illnesses that may be linked to aging, and thus can compromise their autonomy, functional independence and aging representation. Thus, this study becomes relevant to the implementation of actions that improve and/or maintain the health of the elderly, during the process of aging and well-being, also contributing with health professionals in the design and implementation of therapeutic and preventive action plans, targeting the health of the elderly. This study aims to analyze and compare the social representations of active aging, elaborated by elderly people living with and without HIV/AIDS. It is an exploratory study, using the theoretical framework of the Theory of Social Representations. Participate in the study, 48 elderly people, aged between 60 and 96 years, divided into two groups: older people with and without a diagnosis of HIV / AIDS. Data were collected from the Test of Free Association of Words and semi structured interviews and processed with the help of Iramuteq and Trideux software. The data collected and analyzed were interpreted subsidized in the theoretical framework adopted and presented in figures, charts and themes. The results correlate with each other, allowing inferences about the social representations on active aging permeated by positive and negative dimensions. For the active elderly stimulus, they highlight the most positive meanings and to the AIDS elderly stimulus, has been found themselves' senses tied with the condition of being with the diagnosis of AIDS disease. Active aging depends on a variety of determining factors involving individuals, families and society. Providing a successful aging to the elder HIV positive person is possible through the combination of various sectors and use of transdisciplinary strategies to the promotion of health, allowing it to remain autonomous, independent and participatory society.

Descriptors: Aging; HIV; Nursing

RESUMEN

Ferreira OGL. Representaciones sociales del envejecimiento activo de las personas mayores con y sin diagnóstico de VIH/SIDA. 2015. 114f. Tesis (doctorado). Centro de Ciencias de la Salud, de la Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa.

En los últimos años ha habido un crecimiento significativo de la población de edad avanzada, como resultado de los avances tecnológicos en materia de salud y los cambios en las condiciones socioeconómicas de la población. Este perfil demográfico cambiante de la población es un factor importante para la comprensión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en las personas mayores, ya que sigue aumentando el número de notificaciones de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en este grupo de edad. Sin embargo, las personas VIH-positivas mayores tienden a tener el efecto de la inmunosupresión más rápidamente que otros grupos de edad, ya que representan las manifestaciones clínicas de los síntomas y signos de otras enfermedades de SIDA que puedan estar vinculados al envejecimiento, pudiendo así el compromiso su autonomía, independencia funcional y la representación de envejecimiento. Por lo tanto, este estudio se convierte en relevante para la implementación de acciones que mejoran y/o mantener la salud de las personas mayores, durante el proceso de envejecimiento y el bienestar, contribuyendo también con profesionales de la salud en los planes de diseño e implementación acción terapéutica y preventiva, la orientación a la salud de las personas mayores. Este estudio tiene como objetivo analizar las representaciones sociales de envejecimiento activo, elaborado por las personas mayores con y sin VIH/SIDA. Se trata de un estudio exploratorio, utilizando el marco teórico de la Teoría de las Representaciones Sociales. Participar en el estudio, 48 personas de edad avanzada, con edades comprendidas entre 60 y 96 años, divididos en dos grupos: las personas mayores con y sin diagnóstico de VIH/SIDA. Se recogieron datos de la Prueba de Asociación Libre de Palabras y entrevistas semi estructuradas y procesados con la ayuda de software Iramuteq y Trideux. Los datos recogidos y analizados fueron interpretados subvencionado en el marco teórico adoptado y presentado en cifras, gráficos y temas. Los resultados se correlacionan entre sí, lo que permite inferencias acerca de las representaciones sociales sobre el envejecimiento activo permeadas por las dimensiones positivas y negativas. Para el estímulo ancianos activos, destacan los significados más positivos y estimulantes ayuda en la edad se encontró atado sentidos la condición de ser con el diagnóstico de la enfermedad del SIDA. El envejecimiento activo depende de una variedad de factores relacionados con las personas, las familias y la sociedad determinante. Proporcionar un envejecimiento con éxito el VIH elder positivo, es posible a través de la combinación de diversos sectores y uso de estrategias disciplinarias para promover la salud, lo que le permite permanecer sociedad autónoma, independiente y participativa.

Descriptores: Envejecimiento; VIH; Enfermería

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 A PESSOA IDOSA E O ENVELHECIMENTO ATIVO.....	19
2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O HIV/AIDS.....	28
2.2.1 Artigo de revisão - Representações Sociais sobre Hiv/Aids Construídas por Pessoas Idosas: uma revisão integrativa.....	37
3.PERCURSO METODOLÓGICO.....	50
3.1 A PESQUISA.....	50
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	50
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	50
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	51
3.5.1 Teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	51
3.5.2 Teste de Associação Livre de Palavras.....	51
3.5.3 Entrevista Semi-Estruturada.....	52
3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS.....	52
4. PRODUÇÕES DA TESE.....	55
4.1 ARTIGO PUBLICADO.....	55
4.2 ARTIGO ENVIADO	55
4.3 ARTIGO DE DEFESA.....	77
4.4 OUTRAS PRODUÇÕES.....	96
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES.....	103
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
Instrumentos de Coleta de Dados.....	106
ANEXOS.....	114
Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa	115

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos observa-se um crescimento significativo da população idosa, decorrente dos avanços tecnológicos na área da saúde e das modificações nas condições socioeconômicas da população mundial. A longevidade deixa de ser privilégio de poucas pessoas e o foco das atenções passa a ser o processo de envelhecimento bem sucedido. Com isso, a reflexão sobre a temática da pessoa idosa é de suma importância para implementação de políticas públicas e desenvolvimento de programas e ações, locais, regionais, nacionais e internacionais.

Os investimentos e ações direcionadas a pessoa idosa devem promover um envelhecimento ativo, que pode ser conceituado como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Considerando a pessoa idosa não mais como passiva, mas como pessoa ativa nas ações direcionadas a ela, numa abordagem integral, valorizando sua inserção na comunidade e o autocuidado, enfatizando a sua autonomia e independência funcional⁽¹⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽²⁾, autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências. Já independência funcional é a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade por seus próprios meios, ou seja, com nenhuma ajuda de outros. Assim, o envelhecimento ativo aumenta a expectativa e a qualidade de vida das pessoas idosas, incluindo as que são consideradas frágeis, incapacitadas fisicamente e as que requerem cuidados.

As pessoas idosas apresentam uma heterogeneidade, havendo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras, em situações de maior vulnerabilidade. Elas diferem de acordo com as suas histórias de vida, grau de independência funcional e demanda por serviços de saúde, que objetam formulação de políticas públicas e atendimentos que respondam as suas necessidades considerando à realidade sociocultural.

Uma das mudanças sociocultural que tem sido observada na população idosa está relacionada à sexualidade no envelhecimento. As pessoas idosas estão desafiando o estereótipo de pessoas assexuadas e estão cada vez mais mantendo sua vida sexual ativa durante o envelhecimento. Este fenômeno pode ser explicado pelos avanços da indústria farmacêutica que tem permitido o prolongamento da vida sexual, modificando atitudes e comportamentos sexuais, o que torna essas pessoas mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST's), incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), causador da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)⁽³⁾.

A mudança do perfil demográfico da população brasileira é um fator importante à compreensão da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em pessoas idosas, uma vez que continua aumentando o número de notificações da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) nessa faixa etária. No entanto, as pessoas idosas soropositivas tendem a apresentar os efeitos da imunodepressão de maneira mais acelerada que as outras faixas etárias, porque se somam as manifestações clínicas da aids os sinais e sintomas de outras doenças que podem estar atreladas ao envelhecimento, podendo assim, comprometer a sua autonomia, independência funcional e representação do envelhecimento⁽⁴⁾.

Assim, estudar a representação do envelhecimento ativo de pessoas idosas que vivem com o HIV/Aids pode contribuir para o enfrentamento das necessidades de atenção à saúde que garantam os seus direitos como cidadão e inclusão na sociedade além de um melhor envelhecimento, o que implica em um importante avanço do ponto de vista do atendimento de necessidades que vão além das biológicas.

Este estudo será subsidiado na Teoria das Representações Sociais enquanto formas de conhecimentos e práticas que funcionam como mediadoras entre sujeito e objeto, no contexto sócio interacional. Esta teoria tem sido considerada útil na análise de diferentes objetos/fenômenos de estudos, em particular, no campo da saúde. As representações sociais compreendem um sistema de interpretações da realidade, constituído por processos sócios cognitivos com implicações nas relações dos indivíduos com o mundo, suas condutas e comportamentos no meio social⁽⁵⁻⁶⁾.

Segundo Lima et al (2010, p. 954), as representações sociais de pessoas idosas que convivem com HIV na velhice “estruturam-se na interface da pluralidade e complexidade do funcionamento de elementos comportamentais em busca de viver com qualidade, mesmo diante da cronicidade do diagnóstico”⁽⁷⁾.

Sendo assim, as representações sobre envelhecimento ativo construídas socialmente por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids constituem o objeto de estudo desta pesquisa sendo o aporte teórico das representações sociais uma abordagem interessante, por propor estratégias de atendimentos a essas pessoas contextualizadas socialmente. Estes aspectos podem contribuir para implementação de ações que venham contribuir com práticas profissionais mais assertivas no atendimento oferecido a esta população frente às concepções e comportamentos adotados, visando contribuir para um envelhecimento ativo e melhor qualidade de vida.

Conhecer como as pessoas idosas com o diagnóstico de HIV/Aids representam o envelhecimento ativo e comparar com as representações de pessoas idosas que não têm o

diagnóstico de HIV/Aids possibilita dimensionar um diagnóstico psicossocial a esse grupo de pertença específico, analisando a possível existência de relação entre a representação social do envelhecimento ativo e o HIV/Aids. Neste sentido, este estudo torna-se relevante para a implementação de ações que venham melhorar e/ou manter a saúde durante o processo de envelhecimento e o bem-estar destas pessoas idosas, contribuindo também com os profissionais da saúde que lidam com este extrato populacional na elaboração e execução de planos de ação terapêuticos e preventivos.

Assim sendo, se questionou: Quais as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids? Quais as implicações nas representações sobre envelhecimento ativo em pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids?

Para responder a estes questionamentos este estudo tem como objetivos: Analisar as representações sociais sobre envelhecimento ativo, elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids; Comparar as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids.

Diante destes aspectos, torna-se imprescindível estudar as representações e valores que possam proporcionar o envelhecimento ativo de pessoas idosas soropositivas garantindo mais oportunidades de saúde, participação nas ações, inserção na comunidade e segurança. É nesta direção que se insere o presente estudo, desenvolvido na forma de capítulos com o seguinte delineamento: Capítulo I (*Introdução*) em que se apresentam a temática de estudo, as razões que motivaram o interesse pelo objeto de estudo, problemática e objetivos; Capítulo II (*Revisão da Literatura*), compreende as bases teóricas que fundamentam a pesquisa, contextualizando os aspectos gerais sobre o envelhecimento ativo, a teoria das representações sociais, o HIV/Aids e um artigo de revisão integrativa sobre as representações sociais do HIV construídas por pessoas idosas; Capítulo III (*Percurso Metodológico*) cujo propósito é descrever a metodologia empregada no estudo; Capítulo IV (*Produções da Tese*), que apresenta os artigos originais gerados a partir desta pesquisa e demais produções realizadas durante o curso de doutorado. Finalizando com as *Considerações Finais* deste estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A PESSOA IDOSA E O ENVELHECIMENTO ATIVO

Nos últimos anos, o envelhecimento é uma das temáticas que mais tem sido discutida, não apenas no Brasil, mas mundialmente. As discussões giram em torno do rápido aumento da população com mais de 60 anos que tornou o envelhecimento um problema social, com consequências significativas nas condições socioeconômicas e de saúde da população mundial.

O envelhecimento populacional pode ser explicado por diversos fatores, entre eles, pela queda da mortalidade, decorrente dos avanços tecnológicos, principalmente na área da saúde, através de vacinas, exames complementares, antibióticos e quimioterápicos que preveniram e/ou curaram muitas doenças, assim como, melhorias na qualidade geral de vida da população, tais como, urbanização e saneamento das cidades, que aumentou a expectativa de vida⁽⁸⁾.

Outro fator que pode ser considerado para este cenário é a queda da fecundidade, ou seja, o número de filhos por mulher em idade fértil. As mulheres passaram a ter menor número de filhos devido à facilidade de acesso a educação e a saúde, a programas de planejamento familiar e a sua maior inserção no mercado de trabalho, ocasionando a tendência de famílias cada vez menores⁽⁹⁾.

Uma das consequências desse rápido aumento no número de pessoas idosas é a crescente procura pelos serviços de saúde, visto que este extrato populacional consome mais serviços sociais e de saúde em comparação com outras faixas etárias, apresentando maior número de internações hospitalares, maior tempo de ocupação de leito nos hospitais e maior consumo de medicamentos. A partir do momento que as pessoas envelhecem, novas necessidades vão surgindo, tanto no campo social como na área da saúde. Em geral, as pessoas idosas apresentam doenças e/ou condições crônicas que requerem cuidados e acompanhamentos constantes⁽¹⁰⁾.

O envelhecimento humano foi conceituado por Papaléo Netto (2002, p. 45) como:

“[...] um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente”.

Entretanto, as alterações nas funções orgânicas apresentadas durante o envelhecimento são progressivas, mas o ritmo do declínio dessas funções varia não apenas de um órgão para outro, mas também entre as pessoas da mesma idade. Essas diferenças no processo de

envelhecimento devem-se as condições desiguais de vida e de trabalho, considerando os variados contextos que às pessoas idosas estiveram submetidas⁽¹¹⁾.

Mesmo levando em consideração diferentes contextos, é importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento, pois entre as pessoas que possuem a mesma idade, existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência. Percebe-se que o processo de envelhecimento pode ser entendido como um fenômeno biopsicossocial vivenciado por cada indivíduo de acordo com suas referências pessoais e culturais^(2, 12).

O envelhecimento deve ser vivido de maneira positiva e deve ser com melhor qualidade de vida possível. Algumas perdas decorrentes do processo de envelhecimento podem ser compensadas através da resiliência, que é a capacidade do ser humano de enfrentar e superar as adversidades. As pessoas idosas devem ser estimuladas a perceberem o seu potencial, assim como os ganhos e experiências, adquiridos durante a vida, devem ser valorizados para que este desfrute de maior participação na sociedade, proporcionando um envelhecimento ativo que é um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A problemática do envelhecimento levanta vários desafios para formulação e implementação de políticas públicas. Organizações internacionais elaboraram importantes documentos com prioridades básicas direcionadas ao envelhecimento, dentre eles, o Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e o Envelhecimento Ativo: uma política de saúde^(2,16).

O primeiro objetivou garantir o envelhecimento dos indivíduos com segurança, dignidade e oportunidades de participação social e promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as pessoas idosas, recomendando a todos os países a adoção de três medidas prioritárias: promoção da saúde e bem-estar na velhice, participação ativa das pessoas idosas no desenvolvimento de sua sociedade e criação de um ambiente propício e favorável que realce as capacidades, habilidades e contribuições das pessoas idosas. Ao longo do documento foram sugeridas ações para a concretização das medidas propostas, dentre as quais se destacam: prestação de auxílio às pessoas idosas com aids e garantia de condições para que estas vivam o maior tempo possível de forma independente⁽¹⁶⁾.

A Política do Envelhecimento Ativo surgiu como uma contribuição para a 2ª Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre envelhecimento, realizada em Madri, na Espanha, no ano de 2002 e teve como objetivo principal aumentar a expectativa de vida com saúde e com qualidade de vida das pessoas que envelhecem, incluindo aquelas que são consideradas frágeis, com incapacidades físicas e que necessitam de cuidados. Essa política tem

como um de seus pilares básicos a saúde, cujas ações visam à manutenção em níveis baixos dos fatores de risco ambientais e comportamentais para doenças crônicas, para o declínio funcional e elevação dos fatores de proteção⁽²⁾.

Esta proposta política aponta que a promoção do envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem os indivíduos, a família e a sociedade, são eles: serviços sociais e de saúde, determinantes comportamentais, determinantes pessoais, ambiente físico, determinantes sociais e determinantes econômicos (Figura 1). No entanto, não é possível atribuir uma causa direta a qualquer um destes fatores, mas são sugeridos que todos os fatores são indicativos de como as populações envelhecem⁽²⁾.



Figura 1: Fatores determinantes do envelhecimento ativo
Fonte: OMS, 2005

Serviços sociais e de saúde

Os serviços sociais e de saúde são considerados pela OMS como um dos fatores determinantes para o envelhecimento ativo. Estes devem ter como objetivo promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, serviços curativos, assistência em longo prazo e serviços de saúde mental. Todos estes serviços devem ter acesso equitativo de maneira integrada, coordenada e eficaz⁽²⁾.

Durante o envelhecimento há uma redução das reservas biológicas e pode ocorrer o surgimento de comorbidades, ou seja, o aparecimento de mais de uma patologia associada. No entanto, os serviços sociais e de saúde podem contribuir para um envelhecimento mais saudável

através de consultas médicas, assistência domiciliar, participação em grupos terapêuticos, fornecimento de medicamentos pela rede pública, vacinação, curativos e saúde mental^(14, 17).

Determinantes comportamentais

Os determinantes comportamentais podem ser entendidos como a adoção de estilo de vida saudável e a participação ativa no cuidado da própria saúde. Este determinante pode ser considerado um dos fatores fundamentais para o prolongamento dos anos de vida e para uma velhice com mais saúde e qualidade de vida, podendo prevenir doenças e incapacidades funcionais⁽²⁾.

Um estilo de vida mais saudável pode ser adotado em qualquer etapa da vida, tais como, prática de atividade física adequada, alimentação saudável, abstinência do fumo e do álcool e o uso de medicamentos de maneira correta. Estes aspectos são fortes determinantes para um envelhecimento ativo⁽¹⁷⁾.

Alguns estudos têm mostrado a relação entre estilo de vida saudável e envelhecimento ativo. Um estudo realizado com cem pessoas idosas de uma determinada comunidade na cidade de João Pessoa/PB objetivou conhecer a representação social destes acerca do envelhecimento ativo, onde foi evidenciada as atividades físicas como uma das categorias relatadas pelos participantes desta pesquisa, corroborando com a OMS, que aponta a prática da atividade física leve e moderada pelas pessoas idosas como um fator favorável para o retardo dos declínios funcionais, melhorando a saúde motora e mental, motivando-os a manter uma vida ativa na comunidade em que vivem⁽¹⁸⁾.

Um estudo realizado com 501 pessoas idosas na cidade de Juiz de Fora/MG para examinar a definição de envelhecimento saudável encontrou que estas pessoas apontaram a alimentação saudável e o exercício físico como formas de comportamento preventivo e fatores de proteção para um envelhecimento saudável. Nesse mesmo estudo ainda foi relatado que esse dado pode ser explicado pelo fato de que nos últimos anos observa-se um movimento da mídia e da sociedade em campanhas em prol de adoção de hábitos de vida mais saudável, incentivando principalmente a atividade física e a boa alimentação⁽¹³⁾.

Determinantes pessoais

O envelhecimento pode ser compreendido como um conjunto de processos geneticamente determinados, definidos como uma diminuição da capacidade funcional progressiva e generalizada, resultando em perda da resposta adaptativa as situações de estresse, aumentando o risco de doenças relacionadas à velhice⁽²⁾.

Portanto, os fatores pessoais compreendem os problemas de saúde, fatores psicológicos e satisfação de vida, considerando as características pessoais e a predisposição genética de cada indivíduo para o desenvolvimento de determinadas doenças. Assim, a biologia e a genética têm influência sobre o processo de envelhecimento, mas a causa da maioria das doenças está relacionada a fatores ambientais e externos do que a fatores hereditários. Assim, a razão das pessoas idosas ficarem doentes com maior frequência que as pessoas mais jovens pode ser explicada pelo fato das pessoas idosas estarem expostas a fatores externos, comportamentais e ambientais há mais tempo que as pessoas mais jovens⁽¹⁷⁾.

Um indicador do envelhecimento ativo considerado um determinante pessoal são os fatores psicológicos que envolvem inteligência e capacidade cognitiva. Algumas capacidades cognitivas, como a rapidez de aprendizagem e a memória diminuem durante o processo de envelhecimento, podendo ocorrer devido ao desuso, algumas doenças, ausência de hábitos de vida saudável, falta de motivação e confiança, solidão e isolamento. No entanto, as perdas cognitivas podem ser compensadas através dos ganhos em sabedoria, conhecimento e experiência, além da manutenção da capacidade de adaptação e ajustes as mudanças oriundas do envelhecimento, mantendo-se a capacidade de resolução dos problemas⁽²⁾.

O hábito da leitura e a realização de atividades, que estimulam as habilidades de raciocínio e exigem concentração e memória, foram apontados como ações que favorecem a saúde mental, diminuindo o risco de demências, além de proporcionarem o convívio social, satisfação com a vida, atualização das informações e o bem-estar biopsicossocial dos indivíduos⁽¹⁴⁾.

Ambiente físico

É importante observar que não apenas os fatores sociais e de saúde têm influência no envelhecimento ativo, mas também, os aspectos relacionados ao ambiente físico, tais como, ter acesso à água limpa, ar puro e alimentação segura. Estes aspectos implicam em condições de vida, longevidade, segurança e saúde, são considerados importantes para toda a população, principalmente para os grupos populacionais considerados vulneráveis, ou seja, crianças, pessoas idosas e aquelas pessoas com doenças crônicas e sistema imunológico comprometido a exemplo das pessoas que vivem com o diagnóstico do HIV/Aids⁽²⁾.

No entanto, ressalta-se que para ter acesso a um ambiente físico saudável não depende somente das pessoas idosas, mas também das condições de vida que foram oportunizadas pelos governantes e aos cuidados com o meio ambiente. Os serviços de transporte público acessível e barato, por exemplo, possibilitam que as pessoas idosas participem ativamente da vida social.

Moradias em áreas de risco e que apresentam barreiras físicas impossibilitam que as pessoas idosas saiam com frequência dos seus domicílios podendo acarretar isolamento e solidão, além de diminuição de sua mobilidade⁽¹⁷⁾.

Determinantes sociais

A OMS compreende como determinantes sociais o apoio social; as oportunidades de educação e aprendizagem; paz e a proteção contra maus tratos. Estes aspectos são considerados essenciais para a saúde, participação e segurança durante a velhice e a sua ausência aumenta o risco de adoecimento, incapacidades, deficiências e consequentemente morte precoce^(2,19).

A ausência do apoio social pode acarretar nas pessoas idosas, isolamento social, solidão, consequentemente declínio na saúde física e mental. A falta de apoio familiar e social ocasiona a institucionalização das pessoas idosas, que nem sempre é vista como uma alternativa ruim, no entanto, pode ocasionar restrições a saúde física e emocional das pessoas idosas institucionalizadas⁽¹⁷⁾.

Observa-se, em alguns estudos, uma correlação entre saúde social e estrutura familiar. Em diversas culturas, a família é considerada um ponto de apoio e uma facilitadora da inserção das pessoas idosas na sociedade. Muitas pessoas idosas moram com algum familiar e vêem a família como um importante suporte social e algumas definem o envelhecimento saudável como um bem-estar de todos os membros da família, envolvendo aspectos físicos, emocionais e financeiros⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Ressalta-se que a interação social não ocorre somente no ambiente familiar, mas a pessoa idosa deve estar inserida socialmente na sociedade, no exercício da sua cidadania. Percebe-se, portanto, a necessidade de estimular a participação da pessoa idosa ativamente na sociedade, como a sua inserção em algum grupo social, pois a convivência com outras pessoas da comunidade possibilita a criação de rede de apoio e suporte social⁽¹⁴⁾.

A oportunidade de educação e aprendizagem foi apontada como um fator determinante para o envelhecimento ativo. No entanto, observa-se, em vários estudos no Brasil, uma baixa escolaridade entre as pessoas idosas, principalmente entre as mulheres idosas. Isto pode ser explicado pela dificuldade que as mulheres tinham no passado, principalmente as mulheres de baixa renda, de acesso à escola, sendo culturalmente preparadas para serem boas esposas, mães e donas de casa. A baixa escolaridade e o analfabetismo podem diminuir o acesso às informações escritas e limitar o entendimento dos fatores determinantes para a promoção de uma vida saudável⁽¹⁴⁾.

Os maus tratos e a violência contra as pessoas idosas podem afetar a saúde física, emocional e o bem-estar, comprometendo o envelhecimento ativo. Os maus tratos compreendem o abuso físico, sexual, psicológico e financeiro, assim como a negligência. Portanto, os profissionais de saúde precisam estar atentos para identificar situações de maus tratos sofridas pelas pessoas idosas, visto que, estas normalmente não relatam os problemas vivenciados muitas das vezes no próprio ambiente familiar e podem causar lesões, doenças, perda da produtividade e isolamento⁽¹⁷⁾.

Determinantes econômicos

Dentre os determinantes econômicos para um envelhecimento ativo, destaca-se a renda, o trabalho e a proteção social. Observa-se que atualmente, tem aumentado o número de pessoas idosas chefes de família, provedores e mantenedores do lar através de suas aposentadorias e pensões. Para as pessoas idosas, principalmente do gênero masculino, a estabilidade financeira foi apontada, em alguns estudos, como um fator determinante para um envelhecimento bem sucedido. Assim, a provisão de renda foi relacionada com o grau de dependência funcional em pessoas idosas. Alguns estudos mostram que pessoas idosas de baixa renda têm maior probabilidade de apresentarem déficits funcionais do que pessoas idosas com renda alta^(13,17).

No entanto, todos os fatores determinantes do envelhecimento ativo, anteriormente relatados: serviços sociais e de saúde; determinantes comportamentais; determinantes pessoais; ambiente físico; determinantes sociais e determinantes econômicos são influenciados por dois determinantes considerados transversais: cultura e gênero⁽¹⁷⁾.

A maneira como as pessoas envelhecem e representam essa etapa da vida é fortemente influenciada pela cultura e pelas tradições de uma sociedade. Em países asiáticos, observa-se uma valorização de famílias ampliadas e a convivência com várias gerações da mesma família. Em outras sociedades, principalmente as ocidentais, o envelhecimento está mais associado a perdas, improdutividade e doenças. Assim, os fatores culturais podem influenciar em comportamentos e atitudes frente ao envelhecimento⁽²⁾.

No entanto, alguns autores relatam que se observa uma mudança na representação da velhice, com a concepção de uma nova identidade para a pessoa idosa, ancorando em novos conceitos, tais como uma velhice ativa, com autonomia e independência modificando o paradigma de um envelhecimento visto como passivo, associado a perdas e declínios⁽²⁰⁾.

Um estudo realizado com pessoas idosas independentes funcionalmente evidenciou que estas pessoas representavam o envelhecimento ativo com aspectos positivos ligados aos afazeres domésticos, lazer e exercícios físicos, associando à velhice ativa a independência

funcional e autonomia para realizar as atividades de vida diária. Pode-se observar que as atividades apontadas pelas pessoas entrevistadas estão ao alcance das possibilidades das pessoas idosas⁽¹⁸⁾.

O gênero, considerado um fator transversal que influencia outros determinantes para o envelhecimento ativo, deve ser respeitado na formulação de estratégias por parte dos gestores e profissionais de saúde, observando não apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas, também, os papéis sociais desempenhados e suas necessidades sociais e de saúde⁽¹⁰⁾.

As políticas públicas e os programas sociais devem considerar as diversidades culturais e de gênero existentes dentro do próprio país, entre as regiões e em relação aos diversos países do mundo, desmistificando estereótipos que são contrários ao bem-estar das populações. Assim como, deve-se considerar a existência de valores universais essenciais que transcendem a cultura, como a ética e os direitos humanos. Portanto, os determinantes do envelhecimento ativo devem ser incluídos como metas a serem alcançadas para promoção do envelhecimento com autonomia e independência funcional^(2, 14).

No Brasil, a Portaria nº 2.528 de 2006 aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a finalidade de manter, recuperar e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, tendo como diretriz a promoção do envelhecimento ativo e saudável, estímulo à participação e fortalecimento do controle social e atenção integral e integrada à saúde dos idosos. ⁽²¹⁾.

Percebe-se através das políticas direcionadas as pessoas idosas, o foco em estratégias para o estímulo e manutenção de um envelhecimento saudável que pode ser entendido como um processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, qualidade de vida e autonomia, a partir de ações que orientam os indivíduos para a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde⁽²²⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o termo envelhecimento ativo, no final dos anos 90, por ser mais amplo do que envelhecimento saudável, abrangendo, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários. Baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios da participação, dignidade, assistência, autorealização e independência⁽²⁾.

Neste sentido, é notória a importância de estudos que busquem compreender a maneira como as pessoas idosas brasileiras envelhecem, como atribuem significados a este período de suas vidas ou como o integram à sua experiência. Entender como o envelhecimento ativo é percebido e representado proporciona um entendimento de comportamentos e sentimentos para com as pessoas idosas, seja por parte deles próprios ou da sociedade que remete a necessidade de mudanças de atitudes que sejam favoráveis ao processo ativo e saudável de envelhecimento.

2.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E O HIV/AIDS

A epidemia ocasionada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), é considerada um fenômeno global, dinâmico e instável. Ela acontece de maneira diferenciada mundialmente em decorrência de diversos fatores, dentre eles, do comportamento humano tanto individual quanto coletivo. O HIV ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças⁽²³⁾.

Desde o surgimento dos primeiros casos de HIV/aids no Brasil, na década de 80, o comportamento da epidemia vem apresentando mudanças podendo ser identificados diferentes grupos especificamente mais suscetível. Inicialmente, era considerado grupo de risco as pessoas que tinham relações homossexuais, bissexuais e prostitutas; um segundo momento foi marcado pelo grupo de jovens usuários de drogas, seguido da transmissão entre mulheres heterossexuais, numa perspectiva de exposição ao vírus adotando-se, portanto, o conceito de comportamento de risco e mais recentemente pessoas acima de 50 anos de idade, considerando a suscetibilidade dos indivíduos de maneira mais global à contaminação pelo HIV⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Atualmente, a epidemia da aids tem mudado seu curso e percebe-se, cada vez mais frequente o número de casos na faixa etária acima de 50 anos. E quando se considera as subnotificações, os números de casos de HIV/aids em pessoas idosas pode ser bem maiores, principalmente na região Nordeste do Brasil. A problemática da pessoa idosa com HIV/Aids é de grande relevância epidemiológica, não apenas pelos números absolutos, mas também pelas taxas de incidência, prevalência, letalidade e anos potenciais de vida perdidos^(3,4).

É possível que pessoas adultas com o diagnóstico de HIV adentrem na maturidade e na velhice com a soropositividade para esse vírus, devido à maior eficácia do tratamento com os antirretrovirais de alta potência que consequentemente aumentam a sobrevida. Observa-se uma modificação na historia natural da doença que passa de um final letal e rápido para uma doença controlável e de evolução controlada. Entretanto, não basta aumentar o número de anos a essas pessoas, mas proporcionar qualidade aos anos adicionais de vida, através de estudos que contribuam para oferecer uma assistência integral a este grupo⁽²⁶⁾.

A atividade sexual sem proteção foi apontada como a principal via de contágio do HIV/Aids nas pessoas idosas. Fatores como recursos farmacológicos que atuam no desempenho sexual, injeções, próteses penianas, a ausência do risco de gravidez e a terapêutica de reposição hormonal tem proporcionado às pessoas idosas uma vida sexual ativa, no entanto, ainda ocorrem as práticas sexuais desprotegidas⁽²³⁾.

Nas pessoas idosas, a infecção por HIV está relacionada, em sua maioria, a contaminação sexual. No entanto, a sexualidade nas pessoas idosas é tratada como tabu pela

sociedade, familiares e até mesmo por eles próprios, que vêem as pessoas idosas como seres assexuados e negligenciam a possibilidade de contaminação por DST e isso faz com que este grupo populacional não receba dos profissionais de saúde a devida assistência, como orientações em saúde para prevenção da doença, não solicitação do teste de HIV nos exames de rotina, ocasionando diagnóstico tardio e consequentemente atrasando o tratamento com antirretrovirais, diminuindo a sobrevida dessas pessoas⁽²⁷⁻²⁸⁾.

Além disso, é observada a dificuldade do diagnóstico diferencial, visto que alguns sintomas do HIV/Aids ou de infecções oportunistas são facilmente confundidas com doenças que normalmente acometem as pessoas em processo de envelhecimento. Podem ocorrer outras doenças, tais como, tuberculose, neoplasias e doenças degenerativas do sistema nervoso central mascarando a infecção pelo HIV^(4, 27).

O diagnóstico tardio de HIV/Aids nas pessoas idosas permite o aparecimento de infecções cada vez mais graves, comprometendo a saúde desses indivíduos. Assim, percebe-se a importância de ser realizado o diagnóstico o quanto antes e iniciado o tratamento da aids para que a pessoa idosa soropositivo seja favorecida com a possibilidade de um envelhecimento com qualidade⁽²⁹⁾.

O sistema de saúde deve estar preparado para atender as demandas desta população sejam elas no âmbito biológico, psicológico, social, econômico e político. Os gastos em saúde com a população idosa irá depender se os anos acrescidos a essas pessoas serão saudáveis ou de enfermidade e dependência. Assim, o desafio é de prevenir e retardar as doenças e fragilidades; manter a saúde, independência e autonomia e contribuir para que, apesar das limitações que possam surgir, estas pessoas idosas possam redescobrir suas potencialidades e viver com a melhor qualidade de vida possível⁽³⁰⁾.

A qualidade de vida e o bem-estar são fatores que devem estar presentes durante o desenvolvimento humano para que o indivíduo alcance um envelhecimento bem sucedido e ativo. Para tanto, faz-se necessário à elaboração e execução de políticas públicas de saúde, através do planejamento de ações de assistência e de educação em saúde para as pessoas idosas, levando em consideração a mudança no perfil da doença, assim como as características e comportamentos individuais e coletivos apresentados por essas pessoas⁽²³⁾.

Nessa perspectiva, para diminuir o impacto do HIV/Aids nas pessoas idosas o Programa Conjunto das Nações Unidas HIV/Aids tem como proposta ações que compreendem mudança do tabu acerca da sexualidade na velhice e criação de programas educativos específicos que discutam a temática do idoso e o HIV/Aids nos serviços de saúde. Considerando que a educação em saúde a estes pacientes compreende um processo dinâmico e contínuo com a finalidade de

capacitar os indivíduos a refletirem sobre seus problemas de saúde e a encontrar soluções para eles, a partir do contexto socioeconômico e cultural que os cercam⁽³¹⁾.

Para que ocorra uma melhor assistência as pessoas idosas que convivem com o HIV/Aids é fundamental o conhecimento dos riscos aos quais estas pessoas estão expostas, os comportamentos de saúde delas, a capacitação de profissionais para o atendimento integral, humanizado e sem preconceitos como também o suporte as famílias afetadas. Assim, como é imprescindível uma avaliação global da pessoa idosa e sua representação sobre o envelhecer e seu estado de saúde visando proporcionar um envelhecimento ativo.

O envelhecimento é representado, geralmente, pela sociedade e até mesmo pelas próprias pessoas idosas de maneira desvalorizada, como perdas, limitações e incapacidades que surgem junto com o processo de envelhecimento. Percebe-se que o entendimento do envelhecimento está sujeito a influência de diversos fatores, entre eles, sociais, econômico, biológicos, psicológicos, ou seja, depende das experiências vivenciadas pelos indivíduos. Nesse contexto, a Aids na velhice é considerada um fenômeno diversificado de amplas proporções em diversas áreas e deve ser tratado com devida relevância⁽³²⁾.

Apesar da Aids configurar-se como um risco para as pessoas idosas, ainda é uma temática pouco abordada na atualidade. E para o enfrentamento da problemática das pessoas idosas que convive com o HIV/Aids é importante a compreensão dos valores sociais e das condutas determinadas culturalmente em relação a esta faixa etária, através de uma abordagem psicossocial subsidiada na teoria das representações sociais, buscando identificar o fenômeno a partir da ótica deles próprios⁽³³⁾.

A teoria da representação social tem subsidiado muitas pesquisas sendo utilizada nas diversas áreas, mostrando a pluralidade metodológica, temática e conceptual, tanto no âmbito da psicologia social quanto nos diversos campos aplicados, em especial a saúde e a educação, mostrando ser uma teoria bastante útil para compreensão de fenômenos psicossociais complexos. É através dela que é possível a compreensão do senso comum, onde os conhecimentos, conceitos e explicações sobre determinado fato ou tema é construído e compartilhado por um grupo em suas conversações interpessoais no cotidiano⁽³⁴⁾.

Moscovici (2003, p. 181) define a representação social como “*um conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida cotidiana no decurso da comunicação interindividual. É o equivalente aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais e podem ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum*”⁽³⁵⁾.

A representação social também foi definida como uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e contribui para a construção de

uma realidade comum a um conjunto social. Ela liga um sujeito a um objeto, e este objeto pode ser de natureza social, material ou ideal, que se encontra em uma relação de simbolização e de interpretação⁽³⁶⁾.

Esta teoria pode ser considerada um campo de saber específico, porém não autônomo, pois está localizada na interface entre a psicologia social e a sociologia, ou seja, encontra fontes no campo da psicossociologia. A psicologia social deve se preocupar com as questões de uma sociedade pensante, ou seja, do homem como sujeito que procura compreender o que está a sua volta. Assim a representação social aponta para a relação existente entre sujeito e objeto, sendo um conhecimento organizado, construído e legitimado socialmente, que sofre influência da história e das práticas cotidianas sobre um determinado objeto. Esse objeto é sempre social e está inserido em uma cultura, assim como, o sujeito é participante de uma sociedade⁽³⁷⁾.

O interesse em compreender o aspecto essencial e permanente da humanidade surge a partir das ideias de um sociólogo francês, Emile Durkheim que em 1912, publicou o livro, “As formas elementares da vida religiosa” e elaborou o conceito de representações coletivas, tentando explicar uma multiplicidade de fenômenos sociais⁽³⁸⁾.

Para Durkheim, representações coletivas compreendem as diversas formas de pensamento e de saberes compartilhado no coletivo e se opõe as representações individuais, possuindo uma natureza diferenciada do pensamento individual, pois transcende o individual, conduzindo o homem a pensar e agir de maneira homogênea, mostrando serem estáveis na sua transmissão e reprodução⁽³⁹⁾.

Essa compreensão de um social estático e indiferente às mudanças individuais levou a teoria de Durkheim a ser negligenciada no mundo científico por mais de meio século. Foi nesse espaço de tempo que Moscovici construiu a Teoria das Representações Sociais (TRS), substituindo o conceito de representações coletivas por representações sociais, a partir da compreensão de que o sujeito é ativo diante dos ditames sociais, onde faz escolhas, combina e reinventa as imagens carregadas de representações, recorrendo a estas para compreender os fenômenos e agir diante destes^(37,40).

Serge Moscovici, em 1961, propôs o conceito de representação social quando publicou a obra “A Psicanálise, sua imagem e seu público”, um trabalho sobre a difusão da teoria psicanalítica construída pela população parisiense dos anos de 1950. Através da análise de conteúdo das notícias publicadas na imprensa e dos resultados obtidos em um levantamento realizado, a partir de uma grande amostra da população francesa, Moscovici buscou respostas a cerca de como é apropriada, transformada e utilizada pelo homem comum uma teoria científica e como o homem constrói um mundo significativo ou como o homem constrói a

realidade. Ou seja, ele procurou conhecer como os conceitos gerados pela teoria psicanalítica eram utilizados no cotidiano por diferentes grupos sociais franceses⁽⁴¹⁾.

No Brasil, a TRS foi introduzida oficialmente por Denise Jodelet atravessando os campos interdisciplinares. Inicialmente, assim como ocorreu na Europa, a adesão dessa nova perspectiva psicossociológica encontrou resistência por diversas razões, entre elas, a dominância do paradigma experimentalista. No entanto, essa resistência não persistiu por muito tempo e as pesquisas desenvolvidas evidenciaram o valor científico do aporte teórico das representações sociais, tornando-a uma teoria amplamente difundida. Assim, a teoria ganhou espaço na saúde e na educação contribuindo com as soluções para os mais variados problemas da população latino-americana⁽¹⁾.

Denise Jodelet analisando as produções científicas brasileiras que utilizaram a teoria das representações sociais verificou que estas têm objetivado compreender os problemas identificados na realidade social do país e investigar uma melhor forma de intervenção sobre eles. Assim, observa-se a adequação da teoria no enfrentamento dos problemas que surgem nos domínios de aplicação, contribuindo para o progresso do campo científico enriquecendo a teorização das representações sociais⁽⁴²⁾.

As representações sociais alimentam-se não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações cotidianas e referem-se a um fenômeno comum a todas as sociedades. Ela propõe a análise dos processos através dos quais os indivíduos em interação social constroem teorias sobre os objetos sociais que tornam viável a comunicação e a organização dos comportamentos⁽⁴³⁾.

Moscovici designa as representações como “sociais” e não mais como “coletivas” contrariando Durkheim e distingue três tipos de representações sociais em função do seu desenvolvimento e do seu modo de circulação na sociedade: representações hegemônicas ou coletivas, representações emancipadas e representações sociais polêmicas⁽⁴⁴⁾.

As representações sociais hegemônicas ou coletivas são equivalentes do conceito de representação coletiva proposto por Durkheim. Designam formas de entendimento e significados largamente partilhados por todos os membros de grupo fortemente estruturado, tais como uma nação, partido ou igreja e que estruturam o grupo prevalecendo implicitamente em todas as práticas simbólicas ou afetivas. São representações uniformes, indiscutíveis e coercivas refletindo a homogeneidade e a estabilidade que os sociólogos franceses tinham em mente quando chamaram essas representações de coletivas⁽⁴³⁾.

As representações sociais emancipadas são representações consequentes da circulação do conhecimento e das ideias pertencentes a subgrupos que se encontram em contato, refletindo

o intercâmbio entre grupos e resultam da troca de significados diferentes sobre um mesmo objeto, onde cada grupo cria sua própria versão e a partilha com os outros. São modalidades de conhecimento sobre um objeto que possuem certo grau de autonomia em relação aos segmentos integrantes da sociedade. Elas são sociais em virtude da divisão de funções e da informação reunida e coordenada por seu intermédio⁽⁴³⁾.

As representações sociais polêmicas são geradas no decurso dos conflitos sociais, de controvérsias sociais, e a sociedade como um todo não as compartilha. São determinadas pelas relações antagonistas ou de diferenciação entre seus membros e refletem pontos de vista exclusivos sobre um mesmo objeto⁽⁴³⁾.

As distinções das representações anteriormente definidas enfatizam a transição do conceito de representação coletiva como uma visão uniforme para uma visão diferenciada das representações sociais, que está mais próxima da nossa realidade. É importante ressaltar que nem todos os objetos do ambiente social, material e ideal são objetos de representação social por parte de um ou outro grupo, conjunto ou segmento social. Isto indica também, que nem todos os grupos ou categorias sociais tenham que participar de uma representação social que lhes seja própria⁽⁴⁴⁾.

As representações podem ser entendidas a partir de duas perspectivas. Na primeira, elas são o reflexo interno de uma realidade externa. Numa outra perspectiva, não há corte entre o universo interior e o universo exterior do indivíduo, que o sujeito e o objeto não são essencialmente distintos. Ela exprime a relação de um sujeito com um objeto, relação que envolve uma atividade de construção e de simbolização. Não é um reflexo do objeto, mas um produto do confronto da atividade mental de um sujeito e das relações complexas que mantém com o objeto⁽⁴³⁾.

As representações se configuram ao longo de três dimensões: informação, atitude e campo de representação ou imagem. A informação se refere à organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objeto social. O campo de representação remete à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto preciso do objeto da representação. E a atitude termina por focalizar a orientação global em relação ao objeto da representação social, concluindo que as pessoas se informam e representam alguma coisa somente depois de terem tomado uma decisão e em função da decisão tomada⁽⁴⁴⁾.

As representações são produtoras da realidade, com repercussões na maneira como interpretamos o que nos acontece e acontece à nossa volta, assim como, nas respostas que encontramos para fazer face ao que julgamos ter acontecido. Uma vez constituída uma

representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação. Assim, as representações recebem o estatuto de variável independente e, frente aos estímulos e às respostas, podem ser entendidas, não apenas como mediações, mas como fatores constituintes do estímulo e modeladores da resposta, na medida em que dominam todo o processo⁽⁴³⁾.

A estrutura de cada representação forma-se a partir de dois processos maiores e intrinsecamente ligados: objetivação e ancoragem. A objetivação está relacionada à duplicação de um sentido por uma figura, pela qual se dá materialidade a um objeto abstrato e a ancoragem refere-se à duplicação de uma figura por um sentido, pela qual se fornece um contexto inteligível ao objeto, ligando o desconhecido a alguma representação já existente. Assim, o propósito das representações é o de transformar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em familiar⁽⁴⁵⁾.

A objetivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada como natural, ou seja, consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar o impalpável em físico e visível. Este processo não ocorre apenas na passagem das teorias científicas para o senso comum, mas constitui uma característica de todo pensamento social e desenrola-se num percurso que envolve três momentos: construção seletiva, esquematização e naturalização⁽⁴⁶⁾.

Na etapa da construção seletiva, as informações, crenças e ideias acerca do objeto da representação sofrem um processo de seleção e descontextualização. A segunda etapa é a esquematização que corresponde à organização dos elementos. A cada elemento de sentido corresponde uma imagem, o que permite a materialização de um conceito ou de uma palavra. A terceira etapa da objetivação é a naturalização. Nesta etapa, os conceitos retidos no esquema figurativo e as respectivas relações se constituem como categorias naturais e adquirem materialidade. Não só o abstrato se torna concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade, tornando equivalentes à realidade e os conceitos⁽⁴⁷⁾.

A atribuição de materialidade a uma ideia, ou a sua naturalização, pode processar-se através da personificação, da figuração e da ontologização. A personificação refere à associação de uma teoria sobre um objeto a um indivíduo designado por um nome. A figuração refere o processo através do qual as imagens e metáforas substituem conceitos complexos. A ontologização corresponde a atribuir às ideias ou às palavras coisas, qualidades ou forças⁽⁴³⁾.

O segundo processo associado à formação das representações sociais é o da ancoragem que consiste em transformar algo pouco ou não familiar em familiar. Uma representação uma vez construída através do processo da ancoragem ao classificar e nomear as pessoas ou os objetos do meio, lhes é conferido alguns atributos ou características as quais tornar-se-ão um organizador das relações sociais. A ancoragem pode preceder a objetivação ou ser uma sequência desta⁽⁴¹⁾.

Enquanto processo que precede a objetivação, a ancoragem refere-se ao fato de qualquer construção ou tratamento de informação exigir pontos de referência que são experiências e esquemas de pensamentos já estabelecidos que um objeto novo pode ser pensado. Já enquanto processo que segue a objetivação, o conceito de ancoragem refere à função social das representações, ou seja, a ancoragem permite compreender a forma como elementos representados de uma teoria contribuem para exprimir e constituir as relações sociais⁽⁴³⁾.

Quanto à explicação teórica das representações sociais, ela produz e determina comportamentos, visto que define ao mesmo tempo a natureza dos estímulos que nos envolvem e nos provocam e a significação das respostas a lhes dar. Assim, as representações sociais apresentam quatro funções essenciais: Funções do saber que permitem compreender e explicar a realidade; Funções identitárias que definem a identidade e permitem a salvaguarda da especificidade dos grupos; Funções de orientação que guiam os comportamentos e as práticas; e as Funções justificatórias que permitem justificar a *posteriori* as tomadas de posição e os comportamentos, portanto é um saber prático⁽⁴⁸⁾.

A teoria das representações sociais tem sido utilizada para explicar os comportamentos e as relações sociais. As representações sociais referem-se aos processos por meio dos quais os atores sociais dão significado à realidade, através da construção, compartilhamento e transformação de esquemas simbólicos para compreender o ambiente do cotidiano em que vivem e orientar suas ações, ou seja, trata-se de um conteúdo estruturado sobre um fenômeno ou objeto social relevante, que incorpora aspectos de natureza simbólica, cognitiva, avaliativa e afetiva, e é conscientemente compartilhado com outras pessoas⁽⁵⁰⁾.

No Brasil, as pesquisas revelam que as representações do envelhecimento para a população em geral tendem a estar relacionadas a aspectos pejorativos, associadas às percepções das perdas, das incapacidades e das doenças. Essa imagem deficitária do envelhecimento deve-se principalmente às características biológicas deste fenômeno, visíveis no corpo, observando também uma associação do envelhecimento biológico à morte, reforçando um senso de fim de vida com o avançar da idade⁽¹²⁾.

No entanto, apesar do envelhecimento continuar sendo representado na forma de perdas, as pessoas idosas tem muitas capacidades que ficam sem serem descobertas, consequentemente ganhos não valorizados. Estudar as representações sociais sobre envelhecimento de pessoas idosas com o diagnóstico de HIV/Aids possibilita a compreensão dos processos e mecanismos pelos quais estas pessoas constroem o sentido do envelhecimento, processo pelo qual estão passando e das relações que estabelecem com a doença em seu cotidiano.

Um estudo realizado por Brasileiro e Freitas (2006) que objetivou apreender as representações sociais sobre Aids de pessoas acima de 50 anos de idade, identificou que os participantes buscam uma melhor qualidade de vida, combatendo o medo de morrer e o medo da ausência de cura, têm buscado mecanismos de resistência a esses medos em associações e grupos de apoio, organizações não-governamentais e serviços de saúde. É importante observar que essas instituições podem contribuir para a reconstrução socialmente das representações sociais acerca do HIV/Aids e suas formas de enfrentamento⁽⁴⁾.

Portanto, o conhecimento das representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas com o diagnóstico de HIV/Aids e comparação com as representações de pessoas idosas que não tem o diagnóstico dessa mesma doença possibilita a identificação de modos compartilhados de pensar e de agir em relação a esse fenômeno, contribuindo para a elaboração de estratégias que visem condições de participação ativa no gerenciamento do seu cuidar, considerando que o cuidado deve ser concebido, planejado e organizado a partir do próprio paciente e consequentemente proporcionando um envelhecimento ativo.

2.2.1 ARTIGO DE REVISÃO

Social Representations about HIV/AIDS built by the elderly: an integrative review¹

Olívia Galvão Lucena Ferreira¹, Antonia Oliveira Silva², Alinne Beserra de Lucena Marcolino¹, Tatyana Ataíde Melo de Pinho¹, Laura de Sousa Gomes Veloso³, Jordana de Almeida Nogueira², Eliane de Sousa Leite¹, Maria Adelaide Silva Paredes Moreira².

Abstract

Introduction: the theory of social representations possible to know with more particularity how individuals see the reality facing the object / phenomenon from their experiences that are loaded with beliefs and values and guide their conduct.

Objective: collect studies about the social representations of HIV/AIDS built by the elderly.

Method: an integrative literature review that sought national and international articles in the databases: LILACS, SciELO and PUBMED, with time frame from 2005 to 2014.

Results: we selected and analyzed six articles identifying four thematic groups that served as the discussion guide: HIV/AIDS and the biopsychosocial difficulties; Aging and HIV/AIDS: a double challenge; HIV/AIDS and ways of coping; Vulnerability to HIV/AIDS.

Discussion: it can be observed that the social representations about HIV/AIDS built by elderly showed that the beliefs, interpretations and network developed symbolizations are complex, permeated by the disease and its biopsychosocial consequences. However, it turns out that, despite the complexity of the phenomenon experienced, people look for ways of coping, in order to improve their quality of life and leave it as close as possible to what it was before the diagnosis.

Conclusion: it turns out that, despite the complexity of the phenomenon experienced, people look for ways of coping, in order to improve their quality of life and leave it as close as possible to what it was before the diagnosis.

Keywords: Knowledge; HIV; Elderly; Nursing.

¹ Ferreira OGL; Silva AO; Marcolino ABL; Pinho TAM; Veloso LSG; Nogueira JA; Leite ES; Moreira MASP. Social Representations about HIV/AIDS built by the elderly: an integrative review. International Archives of Medicine. 2015; 8(250):1-9. doi: 103823/1849.

Introduction

The increase in life expectancy in recent decades has resulted in an accelerated process of population aging. It is estimated that people over 59 now account for 11% of the global population, and this percentage is expected to increase to 16.5% in 2030. In Brazil, in 2012, estimates indicate that the proportion of the total population over the age of 59 years old is approximately of 11.3% (22 million people) and this figure will double in the next 20 years. It also has been observed increased incidence of some diseases that were not so common in this age group, such as AIDS^[1].

The increase in the number of AIDS cases in older people happens not only in Brazil but in countries around the world. The first case of AIDS in Brazil was notified in 1980 and the first case of this disease in individuals over age 50 were reported in 1982, since then, there has been an increase in the incidence of AIDS in the population over 50 years old and the incidence doubled between the years 1996 to 2006^[1-2].

The number of AIDS cases in Brazil, mainly in the northeast, can be much greater than it is believed due to the occurrence of underreporting. And this disease in the elderly population presents epidemiological significance, not the absolute numbers but the incidence rates, prevalence, mortality and potential years of life lost, estimated at up to 15 years^[3].

Although people living with HIV/AIDS have been benefited with the advances in technology and health care, prolonging their expectations facing life to the disease, people over the age of 50 years old and above, with low education when HIV-infected, have the effect of immunosuppression more intensely than younger people because it adds to the effects of AIDS diseases other characteristics of this age group^[4].

AIDS must be considered as well as a biological phenomenon as a social phenomenon, because it involves issues related to sexuality, conjugal morality and drug use, whose proportions are capable of causing impact on moral principles, religious and ethical on the personal conduct and procedures in public health. However, HIV infection and AIDS in the elderly is still a little discussed topic, as well as sexuality in old age is still a subject neglected by society, by health professionals and by older people themselves^[5].

Studies indicate that there are divergent conceptions of elderly behavior living with HIV/AIDS. Noting the correlation of senility a decrease in sexual practices, which are attributed to heterosexuality and monogamy, looking almost impossible for society to an elderly person acquires HIV/AIDS^[6].

Currently it has been observed that the HIV/AIDS virus has spread randomly among the population considered vulnerable and this spread is associated with risky behavior. Studies on how people perceive the risk of HIV infection show that the investigation of perceived risk alone is not enough to motivate behavior or attitude change. So look for other forms of research and theories that seek to explain the phenomena that favor a further and deeper understanding, becoming relevant to propose protection strategies to health more assertive^[7-8].

Definitely, attitudes and knowledge of the elderly population seems to be less sensitive compared to other age groups and this can be attributed to the small number of targeted prevention programs for the elderly and low levels of comfort to the doctor with geriatric patients to discuss about sexuality^[9].

Despite the growing recognition of the need for prevention interventions targeting HIV-positive individuals, prevention interventions to older adult HIV-positive are still scarce. Efforts to target high-risk sexual behaviors may be even more critical in the older population because of sociocultural, biological and behavioral vulnerabilities^[10].

Thus, recognizing what older people think about HIV/AIDS or as opinion in relation to this disease provides an understanding of coping behaviors that are influenced by beliefs, attitudes and values culturally constructed and shared by a particular group. In this context the theory of social representations have significant contribution to the understanding of various objects/phenomena, especially in the health sector, being an important reference in the study of HIV/AIDS and aging^[11-12].

The social representation as a form of practical knowledge that act as mediators between subject and object, in the social interactional context has been defined as *"a set of concepts, propositions and explanations created in everyday life during the inter-communication. This is equivalent to myths and belief systems of traditional societies and can still be seen as a contemporary version of common sense"*.^[13]

Consequently, from the theory of social representations it is possible to know with more particularity how people see the reality facing the object/phenomenon from their experiences that are loaded with beliefs and values and guide their conduct. This theory being useful in guiding health practices and the implementation of actions that promote ways to prevent or care for the people^[4].

Thus, the formation of social representations happens through two processes: objectification and anchoring. Regarding the process of objectification, this occurs through three stages: the first concerns the decontextualization of information through normative and cultural criteria; the second occurs in the formation of a figurative core, creating a structure that plays figuratively a conceptual framework; and the last step, naturalization, ie, processing of these images in reality elements. Thus, the objectification process materializes ideas and concepts in a figurative core or a structural layout causes to become effective a conceptual layout with which give an image, a material contrast, result has, firstly, cognitive flexibility^[14].

The anchoring process is to classify and name something strange; it is compared to a paradigm of a category thought of as appropriate in order to allow the strange be interpreted and establishes a positive or negative relation to him^[4].

In this sense, research on the social representations of HIV/AIDS for older people allow contact with content and images that express, in a way, their needs, which is important for planning actions that provide the

solvability of these needs whether they are biological, psychological or social.

This study becomes relevant for gathering studies that address how older people think about HIV/AIDS that circulate knowledge and how they deal and act to live with the disease in a particular sociocultural context. Therefore, this research aims to analyzing the scientific literature about the social representations of HIV/AIDS built by older people in the period between 2005-2014.

Method

This is an integrative review, with a qualitative approach, regarding the social representation of HIV/AIDS for older people seeking to answer the following guiding question: "What are the social representations of HIV/AIDS built by older people found in scientific production in the last ten years?"

The integrative review aims to summarize several published studies, in a systematic way, enabling general conclusions about a particular topic, contributing to the deepening of knowledge of the subject investigated and pointing gaps in the research carried that need to be filled with the performance of new studies^[15].

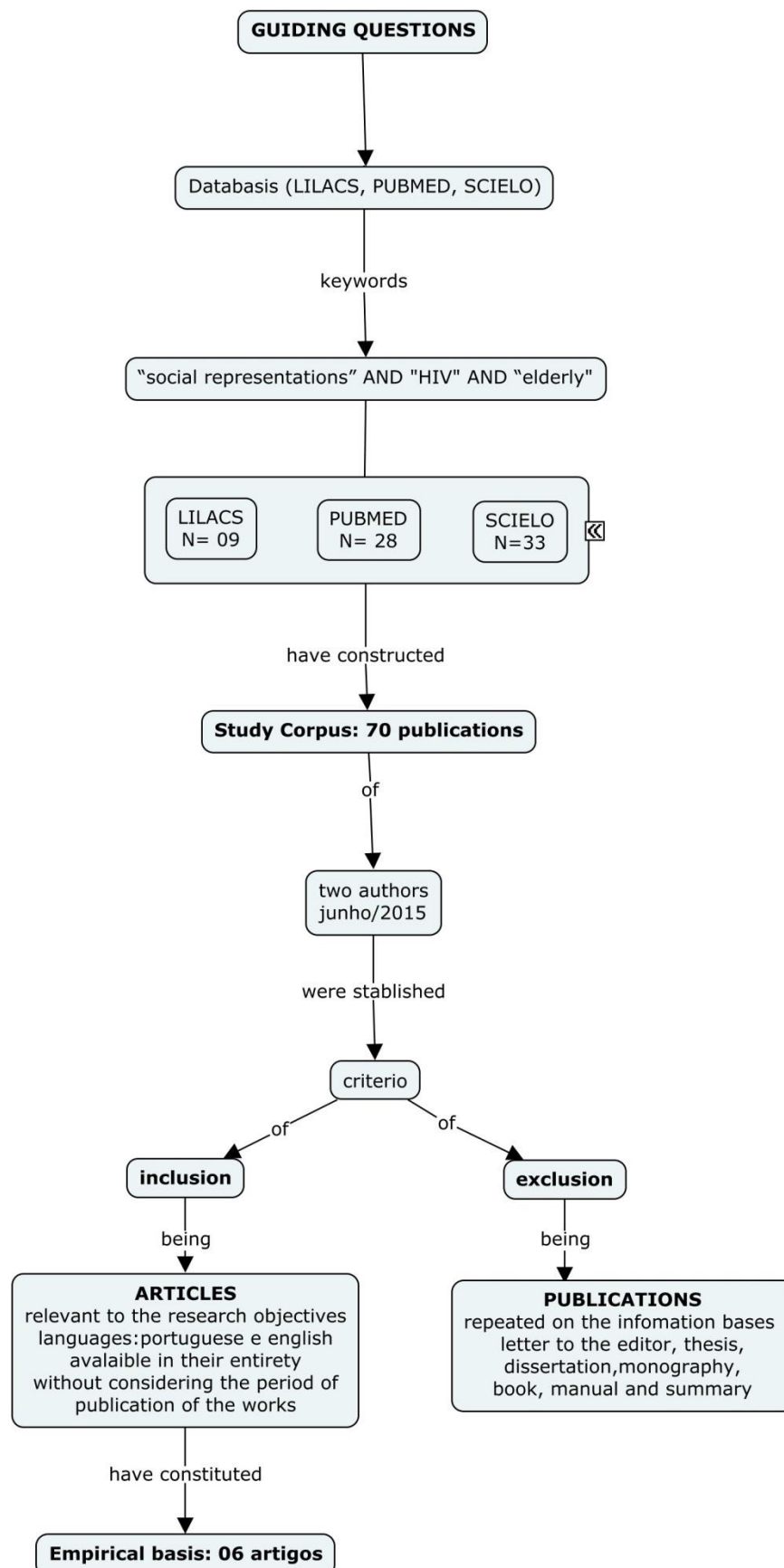
For this study the following methodological steps were taken: theme of identifying and guiding question; sample selection from the establishment of the inclusion and exclusion criteria; characterization of selected studies; evaluation, interpretation and discussion of the results; ending with the presentation of the review.

To answer the research question, it sought to items available in national and international journals indexed in Virtual Health Library (BVS) in the following databases: Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Biomedical Literature Citations and Abstracts - North American (PUBMED), with time frame 2005-2014.

To conduct the literature available, descriptors were selected in the list Health Science Descriptors/Medical Subject Headings (MeSH), namely "social representations"; "HIV"; "Elderly". They were considered as inclusion criteria: articles published in the last ten years; publications that used the theoretical framework of social representations for understanding the phenomenon studied; studies about social representations of HIV/AIDS built by older people; publications available in Portuguese and English. Review articles were excluded and the publications that were not in scientific paper format, such as books, theses, dissertations, book reviews, letters and editorials.

Data were collected from the following combination of descriptors in Portuguese: "social representations" AND "HIV" AND "old"; "Social representations" AND "HIV" AND "elderly", finding 09 articles in LILACS, 28 in PUBMED and 33 in SCIELO, totaling 70 titles, as described below (Figure 1):

Figure 1– Explanatory publications selection flowchart. João Pessoa, Paraíba, 2015.



The next phase, a close reading of selected articles was made in order to locate studies that addressed the issue in question. At this stage there were excluded duplicate or studies that did not meet the inclusion criteria listed above. After applying the inclusion and exclusion criteria, the corpus consisted of 06 items, which were read and cataloged according to a statement which summarizes their general attributes.

Authors and data publication referring to the publication were identified: year, journal, research site, language, purpose of the study, methodology applied (study participants, type of study, collection instrument and data analysis) and main results, facilitating the analysis of the studies. The results were organized in order to emphasize the contents of the social representations of HIV/AIDS in older people, summarizing the main findings of the publications in relation to the subject studied, seeking to outline intervention prospects and future researches.

Results

The articles selected for the sample were published between the years 2006 to 2011. All studies were conducted in Brazil, 03 studies in the State of Paraíba, 02 studies in Rio de Janeiro and 01 study conducted in the State of Goiás. The research had the participation of older people whose sample size ranged from 09 to 247 subjects. There were used for data collection, interviews, questionnaires and free association of words test (TALP), the interview collection method most used data and the data resulting from these instruments have been exploited through thematic content analysis technique, where one of the studies used the Alceste software and two of them carried out factor analysis of correspondence with the aid of the Tri-Deux-Mots software. For a better view of the selected studies, it was organized a synoptic table. (Table 1)

Table 1–Studies on social representations about HIV/AIDS for elderly people, in the period from 2005 to 2014 (n=6).

Author s	Yea r	Journal	Samp le (n)	Instrumen t	Data Analysis
Brazilian et al.	2006	Rev Latino-am Enfermag em	9	Interview	ContentAnalysis
Saldanha et al.	2008	Psico-USF	20	Questionnaire; TALP	Descriptive statistics; Factorial analysis of correspondence (Tri- Deux-Mots);
Saldanha et al.	2009	Inter-American Journal of	21	Interview; TALP	Factorial Analysis of Correspondence (Tri- Deux-Mots); ContentAnalysis

		Psychology			
Lima et al.	2010	R. pesq.: cuid. fundam. Online	20	Interview	ContentAnalysis
Oliveira et al.	2011	Rev. enferm. UERJ	20	Interview	ContentAnalysis
Torres et al.	2011	R. pesq.: cuid. fundam. Online	247	Interview; TALP	ContentAnalysis(ALCESTE)

To guide the discussion there were identified four thematic groups regarding the social representations about HIV/AIDS for elderly people: (1) HIV/AIDS and the biopsychosocial difficulties; (2) aging and HIV/AIDS: a double challenge; (3) HIV/AIDS and ways of coping; (4) vulnerability to HIV/AIDS.

Discussion

It was observed during the search for articles, the research on the social representation of HIV/AIDS are mostly directed at adolescents, youth and young adults; however, for the elderly that number becomes very restricted. All studies included in this research were conducted in Brazil, realizing that the theory of social representations has funded many studies in the country to the understanding of various phenomena, especially in the health field.

The theory of social representations has shown the methodological plurality, thematic and conceptual, not only in social psychology, but also in many applied fields, such as health and education, proving to be useful in understanding complex psychosocial phenomena. Through this theory it can understand common sense, where the object/phenomenon is built and shared by a group during conversations and relationships in daily life^[16].

Emerged from the results of studies four categories on the social representation of HIV/AIDS built for elderly people who are discussed below:

HIV/AIDS and the biopsychosocial difficulties

Social representations about HIV/AIDS built by the elderly who live with the disease were centered, not only in biological, but also in psychosocial. Physical losses, psychological and social were identified by experienced them, being evidenced as biological aspects, the image of weakness and worsening, which culminate in hospital and death. As psychosocial aspects, was quoted sadness, pain, despair, contempt, loneliness, prejudice, social

isolation, fear of discrimination, lack of work and prospects for future life^[4-6, 13].

Despite recent advances regarding knowledge about AIDS and prolonging life expectancy, due to treatment with antiretroviral drugs, the disease arouses in society feeling of fear, persisting social representations of the disease, linked to discrimination and social prejudice, associating AIDS in old age risk group, embarrassment and shame, that is, there are still the initial representations of the disease^[13-17].

The sense of shame pointed to by the elders can be explained by the image that emerged at the beginning of the AIDS epidemic in the minds of people as a disease associated with a punishment from God for having had a "promiscuous" behavior or considered outside the box, said the normal society^[18].

It was appointed by the elderly living with HIV/AIDS lack of trust by health professionals. The doctor was seen as a professional that does not bring to solving the initial problem, delaying the diagnosis, for not believing that the elder may be infected with HIV, worsening symptoms, often resulting in early death^[4].

However, some elderly people on the first impact of news about the diagnosis of HIV, have surrounded feelings of anguish, despair and death wish, in order to put an end to suffering^[5].

Elderly HIV-infected reported living with the constant imminence of death that centralizes all other representations about the disease and its treatment, causing great suffering by the uncertainty of survival, fear and despair^[3-5].

A study found differences in social representations of HIV/AIDS in relation to schooling. For older people with low educational level, the representations were more negative aspects regarding the disease and its prognosis and for more education, there were more positives in the representations of disease, associated with hope and the possibility of treatment. What could be related to a greater knowledge of antiretroviral therapy by the people of their primary education, making them no longer see AIDS as a lethal disease to a manageable disease with the possibility of a better prognosis^[3].

However, for some authors, even prevailing the negative image of the disease associated with stigma, biological image of the poor sick, cachectic and ugly, is being replaced by the image of a healthy person, due to advances in antiretroviral treatment^[5].

Aging and HIV/AIDS: a double challenge

Go through the aging process with HIV/AIDS or acquire the virus during old age is represented by the elderly as a double challenge to face the situations experienced. Added to all the challenges that people with HIV/AIDS need to win the biopsychosocial level challenges faced also because they are elderly, since the social representations of aging may be associated with losses, limitations and unique medical and psychosocial

needs of this age group and is therefore considered a double challenge to be an elderly person and be HIV positive^[3-6].

Discrimination and prejudice in both situations always present in social relations: being HIV positive and being an elderly person. Thus, older people living with HIV/AIDS face discrimination and double bias. This prejudice makes these people be filled with fears before the exclusionary judgments and looks the other and seeks to protect from social isolation, fear of being discovered with HIV, resulting in loneliness. In many cases this reality experienced by older people with HIV/AIDS worsens, leading to cases of depression, when discrimination and prejudice depart from family and friends themselves who should be running role of support and care^[3-5,13].

HIV/AIDS the coping ways

It was observed in the studies analyzed on the social representations of HIV/AIDS to HIV-positive elderly people who, even before the diagnosis, some people look for ways to cope with the disease desiring to live with quality, anchoring the hope, the need to fight, following the treatment prescribed and proper nutrition^[3-6].

For some older people, the need to have a life equal to what it was before diagnosis, causes these face the disease with strict rules to prevent its progression, starting medical treatment, medications, changes in lifestyle as unique forms of survival, in order to improve their quality of life^[6].

A study conducted with older people living with HIV/AIDS found that these people have overcome the difficulties before the aging process and the issues turning around the disease to position itself in society in terms of what they are and not the tax stereotype the double reality experienced by them^[5].

For some older people, the HIV status for HIV did not change their lifestyle, being incorporated as a further aspect to be experienced. Even before some fears and difficulties of daily life and the disease itself, preserves the desire to live, to fight and enjoy life. These people seek to occupy their time with few distractions, building particular ways of dealing with HIV/AIDS^[6].

The social representation of HIV/AIDS in some studies analyzed, is anchored in the figure of God as a way of coping, allowing endure suffering and frustration resulting from the disease, particularly the elderly and poorly educated people. Therefore religion and spirituality can be seen as a network of emotional support, improving health and quality of life of older people through elements such as faith and hope^[3-5].

It was observed that there is a difference in the representations of the disease from the time of diagnosis, which can be explained by understanding that it can be influenced by experiences in everyday life, the interpersonal communications and its social construction. So for people with newly diagnosed, it was observed that the social representations of AIDS is associated with promiscuity, prejudice and guilt and for people with delayed diagnosis, the social representations are associated to conformity^[3].

Vulnerability to HIV/AIDS

HIV/AIDS are still represented by older people as something distant from their realities. While most know the transmission and having unprotected sexual intercourse, these people do not consider themselves vulnerable to HIV infection. What can justify the increase in the number of cases of HIV/AIDS in this age group^[5].

The social representation of vulnerability to HIV/AIDS is anchored to the lack of protection and relationships considered promiscuous. Older people cannot answer how they acquired HIV, and older women trust their partners justifying non-use of condoms. These women are characterized as vulnerable to infection because they are at risk before the infidelity of their partners. And, most participants recognized the condom in order to prevent and report that made their use only in extramarital relations and with people not known^[5,17].

Therefore, it is observed that the social representations of HIV/AIDS developed by older people can explain their attitudes to risk behavior, sexual practices, prevention, treatment adherence, defense mechanisms, coping with the disease, denial and integration into society.

Conclusion

The analysis of scientific production about social representations of HIV/AIDS built by elderly showed that the beliefs, interpretations and network developed symbolizations are complex, permeated by the disease and its biopsychosocial consequences. However, it was observed that even with the complexity of the phenomenon experienced, people look for ways of coping with the aim of improving their quality of life and leave it as close as possible to what it was before the diagnosis.

From the understanding that the social representations guide the behavior of social actors in relation to the purpose, it was found that the majority of older people know how to prevent it, do not see themselves as vulnerable to HIV infection and end up adopting behaviors and risky sexual practices. Thus realize the importance of more effective educational and preventive actions directed to these people, with a multidisciplinary and intersectoral action, seeking to meet any problem involving the imagination of these people regarding the disease, reducing morbidity and mortality.

Thus, knowledge of social representations becomes relevant to guide the behaviors and interventions to improve the health of the people involved, also helping in the reconstruction of representations that highlight rights as a citizen and social inclusion, from a more positive view of case of illness, treatment and coping with the disease.

It is observed that it is necessary to carry out further studies on the subject of HIV/AIDS on the elderly population, as it has increased the number of elderly people afflicted with this disease, as well as the use of the theory of social representations has proven quite useful for understanding of various phenomena including the health field, for pointing out strategies for action and addressing the problems experienced by social groups.

References

1. Apratto Junior PC; Barros MBL; Daumas RP; Andrade MKN; Monteiro DLM; Vincent BRL et al. Trends in AIDS Incidence in Individuals Aged 50 Years or Older in the City of Rio de Janeiro, Brazil, 1982–2011: An Age-Period-Cohort Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2014;11(8):7608-21. doi: 10.3390/ijerph110807608

2. Freitas EV; Py L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

3. Saldanha AAW, Araújo LF, Sousa V. C. Envelhecer com Aids: representações, crenças e atitudes de idosos Soropositivos para o HIV. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 2009;43(2):323-32. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902009000200013&script=sci_arttext

4. Brasileiro M, Freitas MIF. Representações sociais sobre Aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(5):789-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a22.pdf.

5. Oliveira DC, Oliveira EG, Gomes AMT, Teotônio MC, Wolter RMCP. O significado do hiv/aids no processo de envelhecimento. *Rev. enferm. UERJ*. Rio de Janeiro. 2011;19(3):353-8. Available from: bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online.

6. Lima RS, Oliveira EG, Oliveira DC, Tosoli AM, Santos EI. Os antirretrovirais no cotidiano de idosos soropositivos: um estudo a partir das representações sociais. *R. pesq. Cuid.: cuid. fundam. online*. 2010;2(supl):952-5. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/>

7. Napper LE; Fisher DG; Reynolds GL. Development of the Perceived Risk of HIV Scale. *AIDS Behav*. 2012;16:1075–83. doi: 10.1007/s10461-011-0003-2.

8. Earnshaw VA; Smith LR; Chaudoir SR; Lee IC; Copenhaver MM. Stereotypes about people living with hiv: implications for perceptions of hiv risk and testing frequency among at-risk populations. *AIDS Educ Prev*. 2012;24(6):574–81. doi: 10.1521/aeap.2012.24.6.574.

9. Jacquescoley E. Behavioral prevention study gauges HIV/AIDS and depression in the older US population. *AIDS Care*. October. 2008;20(9):1152-53. doi: 10.1080/09540120701842761.

10. Ilia L; Echenique M; Jean GS; Bustamante-Avellaneda V; Metsch L; Mendez-Mulet L et al. Project roadmap: reeducating older adults in maintaining aids prevention: a secondary intervention eor older hiv positive adults. AIDS EducationandPrevention, The Guilford Press. 2010;22(2):138-47. Available from: <http://www.globalaging.org/health/us/2010/roadmap.pdf>
11. Ferreira OGL. Representações Sociais sobre o Envelhecimento Ativo: um estudo com idosos independentes funcionalmente. 2008. [dissertação] João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba/UFPB; 2008. 81 p. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000400030>
12. Torres CC, Bezerra VP, Pedroza AP, Silva LM, Rodrigues TP, Coutinho NJM. Representações Sociais do Hiv/Aids: buscando os sentidos construídos por idosos. R. pesq. Cuid.:cuid. fundam. online. Dez.2011;(5 supl):121-8. Available from: bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/
13. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. Representações Sociais. Petrópolis – Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 29-109.
14. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
15. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. Florianópolis. 2008;17(4):758-64. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
16. Martins CRM, Camargo BV, Biasus F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. UniversitasPsychologica. 2009;8(3):831-47. Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/627/388>
17. Saldanha AA, Felix SMF, Araújo LF. Representações sobre a Aids na velhice por coordenadoras de grupos da terceira idade. Psico-USF. jan./jun. 2008;13(1):95-103. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a12.pdf>
18. Jodelet D. Representações sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, D. As representações sociais. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002. p. 17-44.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 A PESQUISA

Tratou-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa dos dados, onde se priorizou as falas dos sujeitos, para apreensão de dimensões simbólicas acerca do envelhecimento ativo de pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids, utilizando-se o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais⁽⁴⁶⁾.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Para compor o Grupo 1 - formado por pessoas idosas com o diagnóstico de HIV/Aids, os participantes foram selecionados no Hospital Clementino Fraga e na casa de apoio Ação Social Arquidiocesana no município de João Pessoa/PB. Estes locais foram escolhidos porque são referências no tratamento e apoio as pessoas que vivem com DST/HIV/Aids.

O Grupo 2 - formado por pessoas idosas sem o diagnóstico de HIV/Aids, foi selecionado no Centro de Convivência do Idoso, localizado no bairro do Castelo Branco I, no município de João Pessoa/PB. Este centro foi escolhido por ser um espaço de ajuntamento de pessoas idosas e de fácil acesso à realização da pesquisa.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi do tipo não probabilística e foi delimitada pelo critério de saturação dos dados. Foi realizado um levantamento do número de pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, diagnosticadas com AIDS, no período entre 2012 a 2013, onde o setor de epidemiologia do Hospital Clementino Fraga notificou 29 casos, sendo que 12 vieram a óbitos, e os restantes vivos. A casa de apoio Ação Social Arquidiocesana no município de João Pessoa/PB possui aproximadamente 500 pessoas cadastradas com o diagnóstico de HIV/Aids, porém apenas 200 são frequentadoras assíduas e destas, 14 pessoas apresentam idade igual ou superior a 60 anos.

Participaram deste estudo 48 pessoas idosas, distribuídas entre dois grupos. O grupo 1 foi formado por 24 pessoas idosas de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 60 anos, que tinham o diagnóstico de HIV/Aids. Sendo 12 pessoas idosas com diagnóstico selecionadas na casa de apoio e 12 pessoas idosas com diagnóstico do hospital. O grupo 2 foi formado por 24 pessoas idosas de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 60 anos, que não tinham o diagnóstico de HIV/Aids. Foram excluídos os indivíduos que não aceitaram participar voluntariamente do estudo.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi apreciado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB sob nº do parecer: 731.092; data da relatoria: 24/07/14, devidamente cadastrado na plataforma Brasil (CAAE nº 33529514.2.0000.5188). Ressaltando que para a realização do estudo proposto foram obedecidos todos os critérios estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos. A participação dos indivíduos foi voluntária, sendo esclarecidas todas as dúvidas e os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

Toda pesquisa envolvendo seres humanos pode apresentar riscos, por isso os questionamentos sobre o envelhecimento ativo e a relação com o HIV/Aids poderiam propiciar o resgate à memória de momentos agradáveis e/ou desagradáveis vivenciados pelo participante. Apesar de não ter ocorrido nenhum momento desagradável, assegurou-se interromper o andamento dos questionamentos com o devido encaminhamento a uma assistência especializada, a partir do desejo do participante.

Os participantes foram beneficiados quando refletiram sobre o envelhecimento ativo e a importância de passar pelo seu processo de envelhecimento de maneira ativa e bem sucedida, revelando assim as possíveis necessidades de atenção à saúde que garantam os seus direitos como cidadão e inclusão na sociedade além de uma melhor qualidade de vida.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados a partir dos seguintes instrumentos (Apêndice B e C):

3.5.1 – Teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM) – Foi utilizado para a seleção da amostra como critério de inclusão o instrumento MEEN que é um questionário de 30 pontos usado para avaliar perdas cognitivas, classificando como perda cognitiva grave quando atingir o score ≤ 9 ; moderada para os scores entre 10 a 20; leve para score entre 21 a 24; normal para score ≥ 25 . Portanto, foi considerado como ponto de corte leve e normal, porque se acredita que este grupo apresenta potencial de entendimento para responder aos questionamentos.

3.5.2 - Teste da Associação Livre de Palavras – Neste instrumento foi contemplado as palavras-indutoras: “Idoso Ativo” e “Aids em Idoso”, onde os pesquisados foram orientados a responder de forma espontânea ao estímulo proposto, sendo incitado a evocar 04 palavras que

lhe vieram à cabeça quando lembra “Idoso Ativo” e “Aids em Idoso” e marcar uma evocação mais importante dada para cada estímulo.

3.5.3 – Entrevista semi estruturada– Este instrumento foi estruturado em duas partes: a primeira compreendeu as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, local de nascimento, estado civil, informação sobre moradia e arranjo familiar, religião, escolaridade, ocupação atual, tempo de diagnóstico e forma de transmissão da doença. Na segunda parte, foram abordadas questões subsidiadas na Teoria das Representações Sociais, centradas nas dimensões das representações sociais, como: *campo de representação* ou *imagens e conhecimentos* ou *informações* sobre envelhecimento ativo e HIV/Aids e *atitude* dos idosos frente ao envelhecimento ativo.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram submetidos a uma análise multimétodo. As respostas da entrevista semi-estruturada foram gravadas e posteriormente transcritas. Após a sua transcrição, foram organizadas em um banco de dados preparado especificamente para ser processado no *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set de Questionnaires*), a partir do seu *corpus*. Este *software* foi desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud em 2009 e começou a ser utilizado no Brasil em 2013. Trata-se de um programa informático gratuito, que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais, desde análises mais simples como estatísticas textuais clássicas (cálculo de frequência de palavras) até análises multivariadas: pesquisa de especificidades de grupos; classificação hierárquica descendente; análises de similitude e nuvem de palavras⁽⁵¹⁾.

O *corpus* de análise, composto por unidades de contexto iniciais (UCIs) correspondem ao texto produzido por cada um dos participantes. O programa divide o material do discurso em classes, formadas por unidades de contexto elementares (UCEs) que corresponde a segmentos de textos dimensionados pelo programa em função do tamanho do corpus, respeitando a pontuação. Cada classe é composta de varias UCE's em função de uma classificação segundo a distribuição do vocabulário destas UCE's⁽⁵²⁾.

Os resultados apreendidos a partir do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) foram organizados em um banco de dados, tendo por base a construção de um dicionário de vocábulos referente a cada estímulo indutor. Em seguida procedeu-se uma análise de conteúdo para agrupar semanticamente as palavras ou expressões. Cada agrupamento semântico, de palavras ou expressão estímulo, foi representado por uma palavra código que continha apenas

quatro dígitos. Na base de dados surgia primeiro o número do participante, depois os códigos das variáveis (sexo, faixa etária, escolaridade e grupo a que pertencia) e por fim o código referente à palavra evocada. Foi realizada uma validação de todo processo, considerada de grande relevância. Esta análise prévia foi necessária para possibilitar a codificação e a introdução dos dados no *software Tri-Deux*.

O *Tri-Deux* é um programa informático, criado por Philippe Cibois, na década de 90 do século passado, que realiza uma análise fatorial de correspondência (AFC), sendo indicado para a análise de questões abertas, questões fechadas e dados relativos à associação de palavras. Ele representa graficamente as variações semânticas na organização do campo espacial, revelando aproximações e oposições das modalidades na construção dos fatores analisados pela Análise Fatorial de Correspondência (AFC)⁽⁵³⁾.

A AFC é uma técnica estatística que fornece, entre outros dados, um gráfico que mostra conexões e oposições entre as características dos participantes. Por meio da AFC, torna-se possível verificar os vínculos existentes entre os diferentes conteúdos representacionais, correspondentes às respostas evocadas pelos sujeitos, denominadas de variáveis de opinião (respostas evocadas pelas duas palavras-estímulo) e as variáveis fixas ou sociodemográficas, relativas às características de inserção social dos indivíduos (sexo, faixa etária, escolaridade e grupo a que pertencia).

A análise fatorial produz cargas fatoriais, as quais podem ser consideradas como pesos de regressão das variáveis mensuradas para predizer o construto subjacente. Quanto maior o valor da carga fatorial, melhor a variável representa o fator. Outro critério para as soluções fatoriais é estabelecer que os fatores precisam explicar uma percentagem significativa da variância total das variáveis medidas, devendo o conjunto de fatores explicar pelo menos 50% da variância comum⁽⁵⁴⁾.

A análise do plano fatorial é feita a partir do jogo de operações reveladas pelas respostas aos estímulos indutores, em função dos resultados da AFC. Essa análise permite mostrar uma estrutura mais central em relação a outros elementos do campo representacional e, portanto, a expressão da organização cognitiva a respeito de um objeto representado. Na literatura estatística sobre AFC, convencionou-se que o eixo 1 ou fator 1 deve ocupar a posição horizontal no gráfico, enquanto o eixo 2 ou fator 2 se mantém na vertical⁽⁵³⁾.

Os dados coletados referentes ao perfil sociodemográfico foram analisados pelo pacote informático SPSS 20, através de estatística descritiva. Os resultados após processamento e análise de todos os dados foram interpretados subsidiados no referencial teórico adotado para este estudo, apresentados em dois artigos originais: *Envelhecimento ativo para pessoas idosas*

com e sem o diagnóstico de hiv/aids: um estudo de representações sociais e Sentidos atribuídos ao envelhecimento ativo e hiv/aids por pessoas idosas.

4. PRODUÇÕES DA TESE

4.1 ARTIGO PUBLICADO^{II}

Ferreira OGL; Silva AO; Marcolino ABL; Pinho TAM; Veloso LSG; Nogueira JA; Leite ES; Moreira MASP. Social Representations about HIV/AIDS built by the elderly: an integrative review. *International Archives of Medicine*. 2015; 8(250):1-9. doi: 103823/1849.

4.2 ARTIGO ENVIADO^{III}

Envelhecimento ativo para pessoas idosas com e sem o diagnóstico de hiv/aids: um estudo de representações sociais^{IV}

Active ageing for elderly with and without the diagnosis of hiv / aids: a social representations of study

Envejecimiento activo de personas mayores con y sin el diagnóstico del vih / sida: un representación social de estudio

Olívia Galvão Lucena Ferreira¹. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Antonia Oliveira Silva². Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Maria Adelaide Silva Paredes Moreira³. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Autor responsável: Olívia Galvão Lucena Ferreira

Endereço para correspondência: Praça Dr. Aquiles Leal, 49, Jaguaribe, João Pessoa, PB. Cep. 58015-450. Telefone para contato: (83) 98888-8190 - e-mail: oliviaglf@hotmail.com

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. Tratou-se de um estudo

^{II} Artigo na íntegra na página 36.

^{III} Artigo na formatação da Revista Escola de Enfermagem da USP.

^{IV} Manuscrito extraído da tese de doutorado Representações Sociais sobre envelhecimento ativo de pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. 2015. Universidade Federal da Paraíba.

exploratório com abordagem qualitativa dos dados, utilizando-se o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais. Foi realizado na cidade de João Pessoa, Paraíba e participaram 48 idosos. Como instrumento, foi utilizado entrevista semi-estruturada. Os dados foram processados pelo *software* Iramuteq. Os resultados revelaram que os conteúdos apreendidos acerca do envelhecimento ativo ancoram em alguns dos fatores determinantes, tais como: sistemas de saúde e serviço social, determinantes comportamentais e sociais, além do determinante transversal relacionado aos fatores culturais. O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem os indivíduos, familiares e sociedade. Proporcionar um envelhecimento bem sucedido a pessoa idosa soropositiva é possível através da articulação de diversos setores e utilização de estratégias transdisciplinares para a promoção da saúde, permitindo que este se mantenha autônomo, independente e participativo na sociedade.

Descritores: Envelhecimento; HIV; Enfermagem

ABSTRACT

This study aimed to analyze the social representations of active aging developed by older people with and without a diagnosis of HIV / AIDS. This was an exploratory study with qualitative approach, using the theoretical framework of the Theory of Social Representations. It was held in the city of João Pessoa, Paraíba and participated 48 seniors. As a tool, we used semi-structured interview. Data were processed by Iramuteq software. The results showed that the contents learned about active aging anchor in some of the determining factors, such as health care and social work, behavioral and social determinants, in addition to cross determinant related to cultural factors. Active aging depends on a variety of determining factors involving individuals, families and society. Providing an aging successful the HIV positive elderly person is possible through the combination of various sectors and use of disciplinary strategies for health promotion, allowing it to remain autonomous, independent and participatory society.

Descriptors: Aging; HIV; Nursing

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar las representaciones sociales de envejecimiento activo desarrollado por las personas mayores con y sin diagnóstico de VIH / SIDA. Este fue un estudio exploratorio con enfoque cualitativo, utilizando el marco teórico de la Teoría de las Representaciones Sociales. Se llevó a cabo en la ciudad de João Pessoa y participaron 48 personas mayores. Como herramienta, se utilizó la entrevista semi-estructurada. Los datos

fueron procesados por el software Iramuteq. Los resultados mostraron que los contenidos aprendidos acerca de anclaje envejecimiento activo en algunos de los factores determinantes, como la atención de la salud y el trabajo social, determinantes sociales y de comportamiento, además de cruzar determinantes relacionados con factores culturales. El envejecimiento activo depende de una variedad de factores relacionados con las personas, las familias y la sociedad determinante. Proporcionar un éxito la persona mayor con VIH envejecimiento es posible a través de la combinación de diversos sectores y uso de estrategias disciplinarias para promoción de la salud, lo que permite que permanezca sociedad autónoma, independiente y participativa. Descriptores: Envejecimiento; VIH; Enfermería

INTRODUÇÃO

O aumento do número de casos de aids em pessoas idosas tem sido observado em todo o mundo não apenas no Brasil, atribuído entre outros motivos ao prolongamento da atividade sexual e tabu que envolve a sexualidade na velhice. Consequentemente, práticas sexuais inseguras, que tornam a pessoa idosa mais vulnerável a contaminar-se com o HIV, o que caracteriza as relações sexuais desprotegidas como o principal meio de contaminação nessa faixa etária^(1,2).

Os avanços tecnológicos no diagnóstico, no conhecimento da etiopatogenia e terapia antirretroviral, proporcionaram o prolongamento dos anos de vida das pessoas soropositivas, entre estas, as pessoas idosas. No entanto, faz-se necessário melhorar a qualidade de vida aos anos acrescidos, promovendo um envelhecimento ativo⁽³⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Onde as pessoas que estão envelhecendo, incluindo aquelas que são consideradas frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados, percebam sua potencialidade para o bem estar biopsicossocial e participação na sociedade a partir das suas necessidades, desejos e capacidades com proteção, segurança e cuidados⁽⁴⁾.

Compreender como as pessoas idosas que vivem ou não com HIV/Aids representam o envelhecimento ativo, permitirá conhecer quais sentidos são atribuídos ao envelhecimento e desta maneira implementar estratégias de melhoria da qualidade de vida desta população.

Este estudo foi subsidiado na Teoria das Representações Sociais enquanto formas de conhecimentos e práticas que funcionam como mediadoras entre sujeito e objeto, no contexto sócio interacional. Esta teoria tem sido considerada útil na análise de diferentes

objetos/fenômenos de estudos, em particular, no campo da saúde. As representações sociais compreendem um sistema de interpretações da realidade, constituído por processos sócios cognitivos com implicações nas relações dos indivíduos com o mundo, suas condutas e comportamentos no meio social^(5,6).

Portanto, as representações sociais sobre envelhecimento ativo construídas socialmente por pessoas idosas que vivem com e sem HIV/Aids constituem o objeto de estudo desta pesquisa sendo o aporte teórico das representações sociais adotado, por propor estratégias de atendimentos contextualizadas socialmente a pessoa idosa. Ações que venham contribuir com práticas profissionais mais assertivas no atendimento oferecido a esta população frente às concepções e comportamentos adotados, favorecerá um envelhecimento ativo.

Assim sendo, se questionou: Quais as representações sociais sobre envelhecimento ativo elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids? Para responder a este questionamento, este estudo tem como objetivo analisar as representações sociais sobre envelhecimento ativo, elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids.

MÉTODO

Tratou-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa dos dados, onde se priorizou as falas dos sujeitos, para apreensão de dimensões simbólicas acerca do envelhecimento ativo de pessoas idosas com e sem HIV/Aids, utilizando-se o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais⁽⁷⁾.

Para compor a amostra do grupo 1, formado por pessoas idosas que vivem com o HIV/Aids, foram selecionados participantes no Hospital Clementino Fraga e na Casa de Apoio Ação Social Arquidiocesana no município de João Pessoa/PB. Estes locais foram escolhidos por serem referências no tratamento e apoio as pessoas que vivem com DST/HIV/Aids. O grupo 2, formado por pessoas idosas sem o diagnóstico de HIV/Aids, foi selecionado no Centro de Convivência do Idoso, localizado no município de João Pessoa/PB. Este centro foi escolhido para seleção dos participantes por ser um espaço de ajuntamento de pessoas idosas e de fácil acesso à realização da pesquisa.

A amostra foi do tipo não probabilística, a partir do levantamento do número de pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, diagnosticadas com HIV/Aids no período entre 2012 a 2013, pelo setor de epidemiologia do Hospital Clementino Fraga. Foram notificados 29 casos, com 12 óbitos. A casa de apoio Ação Social Arquidiocesana no município de João Pessoa/PB possui aproximadamente 500 pessoas cadastradas com o diagnóstico, 200 frequentadoras assíduas e destas, 14 apresentam idade igual ou superior a 60 anos.

Participaram deste estudo 48 pessoas idosas, distribuídas entre os dois grupos. O grupo 1 foi formado por 24 pessoas idosas de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 60 anos, que tinham o diagnóstico de HIV/Aids, sendo 12 idosos selecionados na casa de apoio e 12 no hospital Clementino Fraga. Participaram do outro grupo 24 pessoas idosas de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 60 anos, que não tinham o diagnóstico de HIV/Aids, selecionados na lista de frequentadores assíduos do Centro de Convivência do Idoso. Foram excluídos os idosos que não apresentaram condições cognitivas para responder a entrevista e que não aceitaram participar voluntariamente do estudo.

Como critério de inclusão foi adotado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que é um questionário de 30 pontos usado para avaliar perdas cognitivas, classificando como perda cognitiva grave quando atingir o score ≤ 9 ; moderada para os scores entre 10 a 20; leve para score entre 21 a 24; normal para score ≥ 25 . Portanto, foi considerado como ponto de corte leve e normal, porque se acredita que este grupo apresenta potencial de entendimento para responder aos questionamentos.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPB sob nº do parecer: 731.092; data da relatoria: 24/07/14, devidamente cadastrado na plataforma Brasil (CAAE nº 33529514.2.0000.5188). Ressaltando que para a realização do estudo proposto foram obedecidos todos os critérios estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos. A participação dos indivíduos foi voluntária, sendo esclarecidas todas as dúvidas e os participantes assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para coleta utilizou-se uma entrevista semi estruturada, compreendendo as variáveis sociodemográficas e questões centradas nas dimensões das representações sociais, sobre envelhecimento ativo e HIV/Aids.

As entrevistas foram organizadas em um banco de dados preparado especificamente para ser processado no software Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), a partir do seu corpus. Este software foi desenvolvido pelo pesquisador francês Pierre Ratinaud em 2009 e começou a ser utilizado no Brasil em 2013. Trata-se de um programa informático gratuito, que permite diferentes formas de análises estatísticas sobre corpus textuais⁽⁸⁾.

RESULTADOS

O presente estudo contou com a colaboração de 48 pessoas idosas, com idades entre 60 e 96 anos ($M = 68$; $DP = 7,83$), divididas em dois grupos, sendo 24 idosos com o diagnóstico de HIV/Aids pertencentes ao grupo 1 e 24 idosos do grupo 2 que não possuem o diagnóstico de HIV/Aids. No grupo 1, a maioria era do sexo masculino e no grupo 2 do sexo feminino. Em ambos os grupos, predominou a faixa etária entre 60 a 69 anos, baixo nível de escolaridade, religião católica e moram em casa própria com parentes.

O grupo 1, ao ser questionado como contraíram o HIV/Aids, 71% responderam após relações sexuais desprotegida, seguida de transfusão sanguínea (8%), acidente de trabalho (4%) e 17% não sabiam informar.

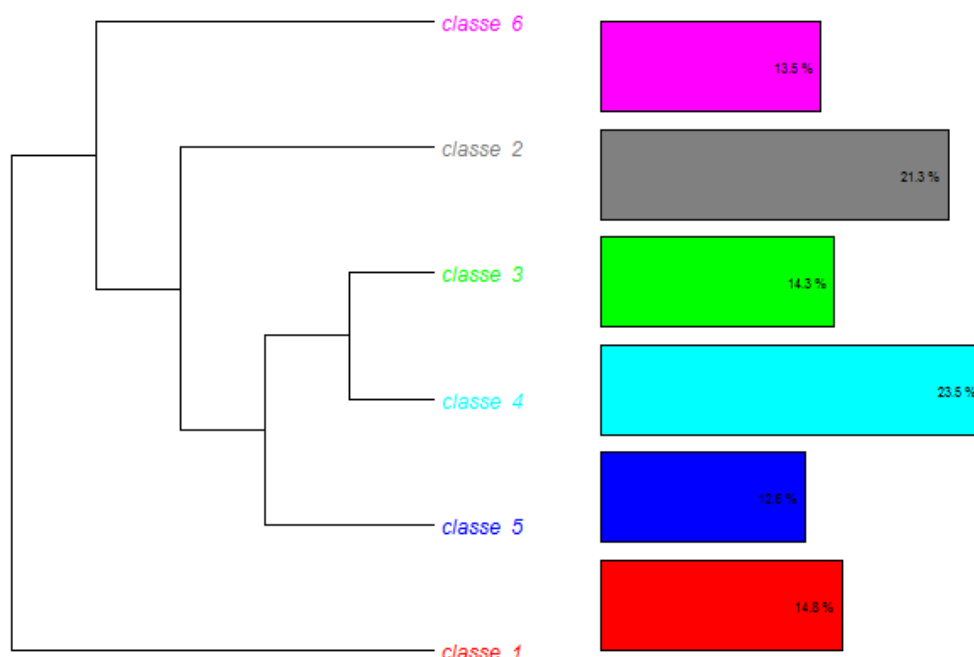
Quanto ao grupo 2, quando questionados sobre o conhecimento a respeito das formas de transmissão do HIV/Aids e sobre a prática de comportamentos considerados de risco, 88% responderam que sabem como se transmite o vírus, no entanto, a maioria (79%) não faz ou fazia uso de preservativo em suas relações sexuais. Todos já tiveram relação sexual desprotegidas e 8% já realizaram transfusão de sangue e 8% compartilharam seringas.

O *corpus* processado pelo software de Análise Textual IRAMUTEQ foi denominado envelhecimento ativo e sua relação com o HIV/aids e foi formado das respostas das entrevistas, composto por 25.257 palavras diferentes. Foram descartadas as palavras com frequência inferior a 3 obtendo-se 2.885 palavras analisáveis e 22.372 palavras instrumentais.

O *corpus* foi dividido em 728 Unidades de Contexto Elementar (UCE's) que corresponde a segmentos de texto em função do tamanho do corpus, respeitando a pontuação, cuja classificação hierárquica descendente, reteve 629 UCE's das 728 presentes no corpus, com um aproveitamento de 86,4%. No que se refere ao envelhecimento ativo para as pessoas idosas que convivem com HIV/Aids e para aquelas sem o diagnóstico de HIV/Aids, emergiu seis classes, que foram denominadas a partir do seu discurso. Classe 1: aspectos relacionados ao idoso ativo; Classe 2: experiência da descoberta do HIV/Aids; Classe 3: conformidade e adaptação do viver com HIV/Aids na velhice; Classe 4: sentimentos revelados sobre o HIV/Aids; Classe 5: espiritualidade no enfrentamento do HIV/Aids; Classe 6: Conhecimento sobre a contaminação com HIV/Aids.

A figura 1 mostra o dendograma que representa a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme as UCE's e as relações entre as classes.

Figura 1: Distribuição das UCE's e suas contribuições nas Classes/Categorias Temáticas



Fonte: FERREIRA; MOREIRA, 2015.
Dados da pesquisa.

É possível observar a formação de dois eixos principais, o primeiro vai formar a classe 1, que se refere aos aspectos relacionados ao idoso ativo. E o segundo eixo formará as outras classes que trazem os aspectos relacionados ao viver com HIV/Aids na velhice e estão mais próximas, onde encontra-se um conteúdo mais voltado para as características da doença.

O quadro 1 apresenta o produto da CHD e as palavras com o $\chi^2 \geq 3,84$, frequência ≥ 10 e o destaque da variável de maior contribuição para a formação da classe.

Quadro 1 – Produto da Classificação Hierárquica Descendente.

CLASSE 1	CLASSE 5	CLASSE 4	CLASSE 3	CLASSE 2	CLASSE 6
14,8%	12,6%	23,5%	14,3%	21,3%	13,5%
Casa	Deus	Aids	Vida	Ano	Usar
Faço tudo	Jesus	Medo	Viver	Descobrir	Camisa
Gosto	Sofrer	Triste	Sempre	Dizer	Sangue
Lavar	Discriminação	Doença	Levar	Depois	Relação
Parar	Preconceito	Tristeza	Até	Ver	Pegar
Comida	Pedir	Pensar	Cura	Passar	Sexual
Roupa	Querer	Pessoa	Cuidar	Hospital	Sexo
Considerar	Dar	Doente	Saúde	Exame	Através
Trabalho	Viver	Problema	Cuidado	Cair	Prevenir
Dentro		Sentir	Vivo	Chegar	Beijo
Viajar		Pior	Envelhecer	Remédio	Preservativo
Ajudar		Envelhecer	Bem	Filho	Transfusão
Resolver		Morrer		Idade	Transmitir

Ativo Sozinho Trabalhar Atividade Andar Cuidar		Jovem Cabeça		Tomar Existir Acreditar	Homem Acreditar
Maior contribuição sexo feminino, com idade entre 80 a 89 anos	Teve a contribuição dos dois grupos.	Maior contribuição do grupo 2, sexo feminino, idade entre 70 a 79 anos, e ensino fundamental completo	Contribuíram nesta classe, idosos com idade entre 70 a 79 anos e ensino médio incompleto	Maior contribuição pessoas do grupo 1, idade entre 60 a 69 anos, sexo masculino e ensino superior completo e fundamental incompleto	Maior contribuição pessoas do grupo 2, sexo masculino e ensino superior incompleto

Fonte: FERREIRA; MOREIRA, 2015.
Dados da pesquisa.

A seguir, a descrição das classes é realizada, levando-se em consideração a relação entre elas como pode ser vista na figura 1:

CLASSE 1 – Aspectos relacionados ao idoso ativo

A classe 1, denominada aspectos relacionados ao idoso ativo é formada por 93 UCE's (14,79%), cujos conteúdos estão relacionados as atividades cotidianas, físicas e de lazer essenciais para um envelhecimento ativo, realizadas de maneira independente. Essa classe teve contribuição dos dois grupos, a maioria do sexo feminino, com idade entre 80 a 89 anos. O idoso ativo foi representado como aquela pessoa que faz tudo dentro de sua casa, ou seja, lava e passa roupa, cozinha sua própria comida, resolve seus assuntos e trabalha. É considerado ativo porque gosta de realizar essas atividades, não fica parado, realizando-as sozinho, sem ajuda de outra pessoa e ainda tem lazer como viajar, passear e andar, evidenciado nas falas dos idosos:

[...] sou uma pessoa ativa porque resolvo as minhas coisas sozinha e resolvo as do meu filho. Sou aquela pessoa que resolve tudo. Eu faço tudo dentro de casa. [...] (E12).

[...] Eu lavo minha roupa, lavo meu banheiro, lavo os pratos, tomo conta do meu filho. O idoso ativo é a pessoa que faz as atividades de casa que cuida do serviço de casa. [...] (E11).

[...] Idoso ativo é aquele idoso que ainda faz tudo, que resolve tudo, caminha, passeia, viaja, ainda pode resolver tudo. Tem uma atividade, faz ginástica. [...] (E27).

[...] O idoso ativo faz tudo, trabalha, faz a própria comida, lava e passa roupa, limpa a casa, faz café, anda, viaja, passeia [...] (E41).

CLASSE 2 – Experiências da descoberta do HIV/Aids

A classe 2, denominada experiências da descoberta do HIV/Aids, detém 134 UCE's (21,3%), teve maior contribuição do grupo 1, composto por pessoas idosas que vivem com HIV/Aids, com idades entre 60 a 69 anos e do sexo masculino. Traz aspectos que estão relacionados a experiências vivenciadas quando descobriram o diagnóstico da doença. Seus conteúdos retratam o momento do diagnóstico positivo para o vírus HIV/Aids, da dificuldade de aceitação e da decisão de não dizer que tem o vírus receando a discriminação, como pode ser visto a seguir em alguns trechos de falas:

[...] Eu descobri que tenho essa doença quando eu vim para esse hospital essa semana, tossindo, para me examinar, para ver o que eu tinha, porque tomava remédio em casa, mas o remédio que eu tomava não servia de nada [...]. (E08)

[...] fiz o meu exame e deu positivo, nosso filho estava com 7 anos e fez também o exame, mas não deu positivo[...]. (E12)

[...] Fiz essa besteira de cair nessa, porque eu pensava e via sobre essa doença. Até visitava gente já na hora da morte, mas não acreditava que a aids podia ser para mim também... Meus irmãos não acreditaram e me levaram para outro lugar, mas quando chegou lá fizeram o teste e deu de novo que era aids[...]. (E14)

[...] Quando eles descobriram que eu tinha aids me jogaram na rua sem dó e sem piedade, por isso eu não fico dizendo a todo mundo o que é que eu tenho, porque a discriminação é grande[...]. (E02)

CLASSE 3 – Conformidade e adaptação do viver com HIV/Aids na velhice

A classe 3, denominada conformidade e adaptação do viver com HIV/Aids na velhice é formada por 90 UCE's (14,31%), teve a maior contribuição de pessoas idosas de ambos os grupos, com idades entre 70 a 79 anos, ensino médio incompleto, cujos conteúdos estão relacionados a conformidade com o diagnóstico, sendo este o causador de uma doença que não tem cura. Para esta classe, as pessoas que vivem com o HIV/Aids devem levar a vida cuidando da saúde para não piorar a situação clínica, buscando se conformar e continuar a vida, conforme aponta os seguintes depoimentos:

[...] Aids é uma doença incurável, mas que pode ir levando a vida até quando Deus quiser, é só se tratar e viver a sua vida normal, não fazer extravagância. É uma doença que a pessoa pode viver com ela a vida inteira, tendo cuidado, se tratando, não viver fazendo estripulia. Muita gente que tem essa doença não liga, mas eu me trato, me cuido [...]. (E14)

[...] É o que venho fazendo ultimamente, cuidando da minha saúde. Idoso com aids deve procurar viver com o que tem, aceitar. Porque ela está em cima de mim e não posso fazer outra coisa a não ser me cuidar. A única coisa que tenho que fazer agora é conviver com ela até o fim da minha vida [...]. (E02)

[...] Envelhecer com hiv não tem saída, porque não tem cura, tem que envelhecer com ela [...]. (E28)

CLASSE 4 - Sentimentos revelados sobre o HIV/Aids

A classe 4, detém 148 UCE's (23,53%), considerada a maior delas, teve contribuição do grupo 2, sexo feminino, idades entre 70 a 79 anos e ensino fundamental completo. Centra-se seus conteúdos nos sentimentos que a doença traz, como medo e tristeza. Para essas pessoas, a aids causa medo de contaminação e de discriminação. A tristeza foi muito evidenciada nos conteúdos, como resultado de ter uma doença incurável, cheia de discriminação e preconceito, como pode ser evidenciado em algumas falas a seguir:

[...] Envelhecer com a aids é muito triste, porque muitas pessoas discriminam, pensam que pode pegar e ficam com cisma daquela pessoa que tem aquele problema, tanto para o jovem quanto para o idoso, principalmente para o idoso, porque muita gente discrimina o idoso e com um problema desses discriminam mais ainda [...]. (E32)

[...] Antigamente era até pior, uma pessoa que descobre que tem essa doença deve ser muito triste. No início, deve achar que o mundo vai se acabar, mas hoje em dia, tem muito tratamento muitos cuidados e injeções. Envelhecer com essa doença deve ser pior ainda, se fosse comigo, eu morreria no mesmo dia. Se você sabe que tem o vírus, bota na cabeça que estar com aquilo ali e que o mundo já acabou. Se for pensar que está praticamente morto, está com aids e vai morrer, vai ser pior. É melhor tirar isso da cabeça, começar a se mexer, fazer alguma coisa, ser ativo, porque esquece até da doença [...]. (E33)

[...] Morro de medo que aconteça uma coisa dessas. Deve sentir desgosto e tristeza, quem tem essa doença [...]. (E35)

CLASSE 5 - Espiritualidade no enfrentamento do HIV/Aids

A classe 5, deteve 79 UCE's (12.56%) e teve a contribuição dos dois grupos. Traz em seus conteúdos que somente Deus pode trazer a cura à doença e dar forças para continuar a viver e só Ele pode ajudar a enfrentar o preconceito e discriminação em relação à pessoa idosa soropositiva, conforme algumas falas a seguir:

[...] Jesus cuida da minha vida. Estou nas mãos Dele, até o dia em que eu for morar no céu. Mas Deus está comigo. Estou com Jesus até o dia em que Ele quiser me levar. Deus quer que a gente faça a nossa parte e depois o que nós podemos fazer é o que Ele quer que a gente faça e o que a gente não pode fazer, Ele vem e faz. Se Deus quiser, eu vou tomando os remédios, eu vou me sarar e se Ele não quiser, eu estou nas mãos Dele e de Jesus [...]. (E08)

[...] Doença que não tem cura, só Deus pode curar. Se Deus quiser Ele pode curar. O mais importante é pedir força para Deus, porque se não fosse Deus eu não estava nem aqui. Porque Deus é quem dar a força para enfrentar tudo e o que seria de mim se não fosse o meu Deus. Viver com hiv é viver pedindo força a Deus [...]. (E11)

[...] A pessoa deve ser forte, erguer a cabeça, elevar o pensamento a Deus e seguir em frente, encarar. Sofre o preconceito e sofre muito, é um sofrimento profundo no ser humano. Todo mundo só olha com desprezo. Mas deve ter alguém para orientar e levantar o astral. Nunca deve se entregar aos problemas difíceis da vida, por maiores que sejam as barreiras, Deus está no controle. Deve entregar a Deus, porque com Ele no comando o sofrimento ameniza, quando você confia em Deus de verdade o sofrimento é bem menor [...]. (E29)

CALSSE 6 - Conhecimento sobre a contaminação pelo HIV

A classe 6, detém 85 UCE's (13,51%), teve a maior contribuição de pessoas do grupo 2, sexo masculino e ensino superior incompleto. Traz em seus conteúdos as formas de contaminação como contato com sangue contaminado, através de transfusão sanguínea, seringa e agulha contaminada e por meio da relação sexual. Ainda revela dúvidas sobre os meios de transmissão, como, o contato através do beijo e abraço. Apresenta a forma de prevenção da doença através do uso da camisinha ou preservativo e a possível rejeição ao uso do preservativo durante as relações sexuais.

[...] Disseram que o que transmite essa doença é o sangue, contato de sangue com sangue [...]. (E16)

[...] Pega aids na relação sexual, no beijo e no abraço. Antigamente todo mundo fugia ninguém queria ficar perto dessas pessoas[...]. (E37)

[...] Pega aids na relação sexual e sexo oral. Mas, no beijo não tenho certeza. Deve usar camisinha para prevenir. O idoso que pegou aids não evitou a doença, fez sexo sem camisinha [...]. (E45)

DISCUSSÃO

Foi possível observar nos dados sociodemográficos que a faixa etária predominante de 60 a 69 anos também é evidenciada em outras pesquisas, revelando um crescimento da incidência de contaminação com o vírus HIV/Aids nesta faixa etária, passando a ser a quarta maior faixa etária de incidência de casos no país ^(9,10).

O baixo nível de escolaridade também foi encontrado em outros estudos que apontam a contaminação pelo vírus como um acontecimento em todas as camadas sociais, no entanto, ao longo dos anos, tem aumentado o número de casos da doença em pessoas com escolaridade mais baixa, isso pode ser explicado a partir da relação entre maior escolaridade, melhor acesso a informação e métodos de prevenção ^(3,10). A partir desse dado, percebe-se que as campanhas preventivas devem levar em consideração o nível de escolaridade de pessoas idosas ao elaborar estratégias educativas.

Os participantes terem relatado possuir religião (predomínio da católica) é visto como relevante por estudiosos que afirmam que a espiritualidade e a religiosidade podem ajudar os indivíduos soropositivos aceitarem sua condição de saúde ^(3,11,12). Assim como, a pessoa idosa morar com um ou mais familiares pode ser considerado um ponto positivo em relação ao seu envelhecimento ativo e bem sucedido. Existem vários conceitos de família, mas neste estudo considerou o conceito de família como sendo, um grupo de pessoas composto por vínculos de consanguinidade ou não, que mantém alguma relação de vínculo e compromissos necessários à sobrevivência, como alimentação, abrigo, proteção, afeto socialização, no todo ou em parte. Portanto, a família pode ser um forte suporte e apoio em momentos de crises, diminuindo o estresse psicológico e os problemas relacionados com a saúde dos indivíduos ⁽¹³⁾.

Quanto à forma de contaminação, predominantemente evidenciada através de relações sexuais também foi encontrada em outros estudos ^(3,14). Verificou-se que os participantes apresentam-se vulneráveis para a contaminação pelo HIV/Aids. Estudiosos afirmam que a vulnerabilidade individual é constituída por diversos fatores, entre eles, o grau e a qualidade de informação que o indivíduo dispõe acerca dos riscos de contaminação, a capacidade de transformar suas próprias práticas e a noção de risco ⁽¹⁵⁾.

O envelhecimento ativo foi representado na classe 1 como atividades cotidianas, sendo estas realizadas de maneira independente. A habilidade de realizar as atividades diárias de

maneira independente na comunidade com nenhuma ou pouca ajuda de outra pessoa é conceituada como independência funcional. Assim como, a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver no dia-a-dia, de acordo com suas próprias regras e preferências é conhecida como autonomia⁽⁴⁾.

A Política do Envelhecimento Ativo tem como objetivo aumentar a qualidade de vida das pessoas idosas, tendo a saúde como um de seus pilares básicos, com ações para diminuição dos fatores de risco para declínio funcional e doenças crônicas e aumento dos fatores de proteção. A preservação da capacidade funcional e autonomia tornam-se importantes para o envelhecimento saudável através de ações que orientam os indivíduos à adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e eliminação de comportamentos danosos à saúde⁽¹⁶⁾.

O processo de envelhecimento acarreta transformações no corpo em decorrência das alterações fisiológicas resultantes das décadas vividas e na capacidade funcional, ou seja, na condição do indivíduo realizar com independência as tarefas do cotidiano, ocasionadas principalmente pelo desuso físico e por situações emocionais⁽¹⁷⁾.

A diminuição da capacidade funcional pode ser proveniente da evolução de uma patologia de base, por sequelas ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional e pode ser considerada um indicador de saúde e um fator de risco à mortalidade em pessoas idosas, até mais do que as próprias doenças que levaram à dependência, uma vez que nem todas as pessoas doentes se tornam dependentes⁽¹⁸⁾. Para tanto, faz-se necessário que sejam estabelecidas novas prioridades e ações de saúde que norteiem estratégias para o enfrentamento dos desafios de manter essas pessoas independentes funcionalmente.

Preservar ou recuperar a independência funcional das pessoas idosas torna-se prioridade no cuidado da saúde dessas pessoas. O comprometimento das atividades de vida diária pode ser evitado ou revertido se este receber orientações e der início a um programa de reabilitação a fim de recuperar sua independência funcional e autonomia, o que remete a necessidade de um sistema de saúde que tenha uma perspectiva de curso de vida e que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo aos cuidados em saúde, salientando que os serviços de saúde e sociais são considerados pela OMS um dos fatores determinantes para o envelhecimento ativo^(4, 19).

A independência funcional e autonomia de pessoas idosas podem ser consideradas garantias que estes se mantenham ativos em suas atividades diárias proporcionando não apenas um bem estar físico, mas também emocional, a partir do momento que estas pessoas se sintam capazes de realizar atividades do seu dia-a-dia, proporcionando melhor qualidade de vida e expectativa de vida saudável.

Quanto a negação inicial após o diagnóstico do HIV/Aids observada nos conteúdos da classe 2, é importante salientar que estudos destacam que pessoas idosas não se sentem vulneráveis aos HIV/Aids, relacionando-a à grupos específicos como homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis. Entretanto, desde o surgimento da epidemia houve uma mudança no conceito de risco para o HIV/Aids e pessoas que antes não eram identificadas como passíveis de contaminação passaram a contrair o vírus e fazer parte de grupos vulneráveis⁽²⁰⁾.

Assim, por não considerarem o risco de contrair a doença, as pessoas idosas ao receberem o diagnóstico não acreditam nele e a primeira reação é um estado temporário de choque e de negação da doença, que pode ser considerada um aspecto negativo, levando a falta de interesse em buscar informação prejudicando assim, o autocuidado e o cuidado com o outro.⁽²¹⁾

Outra experiência vivenciada pelas pessoas idosas participantes deste estudo refere-se à decisão de encobrir o diagnóstico como forma de autoproteção à discriminação da sua condição soropositiva. Estudiosos afirmam que muitas pessoas soropositivas reconhecem que uma vida normal como antes do diagnóstico não é possível devido ao preconceito. Assim, temendo a rejeição por parte das pessoas que estão a sua volta, optam por esconder o seu diagnóstico de amigos e familiares, como autoproteção⁽¹¹⁾.

A revelação da sorologia para o HIV/Aids pode gerar uma segregação social, logo as pessoas soropositivas temem a rejeição e o preconceito por parte das pessoas que estão a sua volta. Esta situação pode acarretar isolamento social, conflitos nos relacionamentos interpessoais, impacto negativo na rede social de apoio e dificuldade de adaptação e inserção social ⁽²¹⁾.

Um dos fatores determinantes apresentados pela OMS para o envelhecimento ativo é o determinante social que envolve o apoio social, oportunidade de educação e aprendizagem permanente, paz e proteção contra violência e maus tratos. Estes fatores sociais são essenciais para estimular à saúde, participação e segurança das pessoas que envelhecem. Assim, a falta de apoio social tem sido associada ao aumento da mortalidade, morbidade, problemas psicológicos e diminuição da saúde e bem estar geral⁽⁴⁾.

Oferecer apoio psicossocial a pessoa idosa que recebe o diagnóstico positivo para o HIV/Aids proporciona um cuidado integral as suas necessidades não apenas biológicas, mas psíquicas e sociais que resultará na promoção da sua saúde e bem estar. Assim como, inserir socialmente a pessoa idosa soropositiva, reconhecendo os seus direitos, favorece a sua participação na sociedade, fortalece a sua dignidade e otimiza o envelhecimento ativo.

Quanto às formas de enfrentamento da doença, outros estudos revelaram que uma das estratégias para o enfrentamento desta é a de lutar pela vida, ou seja, lutar para sobreviver. Diante do diagnóstico de uma doença incurável, mas que se pode conviver com ela, as pessoas procuram dar algum sentido a sua existência, podendo modificar seus sentimentos e ações em relação ao outro e a si mesma, resignificando a sua vida⁽²²⁾.

Apesar da ausência de vacinas e de uma cura efetiva para a aids, as pessoas entrevistadas dos dois grupos sabem que trata-se de uma doença incurável, mas que buscar outras formas de enfrentamento dessa situação deve ser a meta principal, percebendo que pode-se viver com a aids se forem tomados alguns cuidados com a saúde, dando continuidade ao curso de vida reaprendendo a viver com o diagnóstico positivo cuidando de si.

O cuidar de si, segundo Foucault, significa tanto o cuidar da alma quanto do corpo, a partir da relação de subjetividade estabelecida entre sujeito e verdade, tendo como referência o conhecer-te a ti mesmo para o cuidado de si. Assim, o cuidado constitui-se uma prática constante que envolve preocupação e ocupação consigo mesmo em torno de como cuidar de si próprio⁽²³⁾.

Portanto, percebe-se a importância de políticas públicas que melhorem o acesso das pessoas idosas aos serviços de saúde e que nestes serviços essas pessoas encontrem o conhecimento necessário sobre seu estado de saúde, novas formas de prevenção e controle da infecção para que este desenvolva a corresponsabilidade do seu cuidado. Numa perspectiva integral, o cuidado não tem a função de reintegrar o indivíduo a situação anterior ao sofrimento, mas promover uma resignificação e transformação para um estágio superior.

Assim, os profissionais de saúde devem criar estratégias de atenção que possibilitem à pessoa idosa que vive com o HIV condições de participação ativa no seu cuidado, ressaltando a potencialidade do indivíduo de cuidar de si, construindo junto - profissional e indivíduo - um projeto terapêutico singular para que este seja resolutivo, resultando num cuidado efetivo, humanizado e integral.

A participação ativa no cuidado da própria saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis é importante em todos os estágios da vida e foi considerada como fatores comportamentais determinantes para o envelhecimento ativo. O cuidado com a medicação, a prevenção de doenças oportunistas, alimentação saudável, prática de exercício físico, abstinência do fumo e do álcool podem aumentar a longevidade e a qualidade de vida dos indivíduos que vivem com o vírus HIV⁽⁴⁾.

Quanto ao sentimento de medo de contaminação pelo vírus que surge no imaginário social das pessoas que não possuem o diagnóstico, pode estar relacionado ao medo da morte, visto que, se trata de uma doença que não tem cura.

A tristeza surge como resposta ao medo de estar com uma doença incurável que poderá levar a morte. O sentimento de tristeza é intrínseco ao ser humano e pode ser considerado como a ausência de satisfação pessoal do indivíduo frente a sua fragilidade. A aids, desde o seu início, vem acompanhada pelo estigma e discriminação não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. Esse sentimento de tristeza associado ao preconceito e discriminação pode resultar no isolamento social⁽¹⁾.

Neste contexto, percebe-se que o apoio familiar e dos profissionais da saúde é uma ferramenta fundamental para o cuidado integral e multidisciplinar dessas pessoas idosas prevenindo que os sentimentos de medo e tristeza levem ao isolamento social, solidão e consequentemente a um quadro de depressão, comprometendo o seu envelhecimento ativo.

A espiritualidade pode ser vista como fator importante para o enfrentamento do viver com o HIV/Aids na velhice. Percebe-se nos conteúdos que as pessoas sabem que a aids é uma doença incurável mas acreditam que Deus pode realizar todas as coisas, inclusive a cura. Esse pensamento traz, para essas pessoas, sentimentos de fé e esperança que podem ser considerados um posicionamento positivo frente ao diagnóstico.

A busca de respostas para questões fundamentais sobre a vida e seu significado, está relacionado à espiritualidade, que pode ou não culminar no desenvolvimento de rituais religiosos e formação de comunidade. A religiosidade pode ser conceituada como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos projetados para auxiliar a proximidade do indivíduo com o sagrado e o transcendente, podendo ser vista como um dos caminhos para se cultivar a espiritualidade. Assim o termo espiritualidade é mais amplo e inclui a religiosidade⁽²²⁾.

A religião foi apontada como um sistema cultural produtora de sentido existencial e mecanismo de objetivação de determinados aspectos culturais. O Brasil pode ser considerado um país com uma forte presença religiosa, por isso, é interessante que as estratégias de saúde utilizem de parcerias com instituições religiosas para o enfrentamento do HIV/aids, para ampliação do alcance de um maior número de pessoas que participam de comunidades religiosas, para a compreensão da relação entre a espiritualidade e o contexto que envolve a doença, assim como a percepção da condição de conviver com o vírus do HIV e as relações interpessoais, ajudando no combate a discriminação e o preconceito que envolvem o estigma de ser idoso e concomitantemente ser soropositivo para este vírus ⁽¹⁰⁾.

A cultura foi apontada pela OMS como um fator determinante transversal para a compreensão do envelhecimento ativo. A cultura influencia todos os outros fatores determinando como a sociedade e os indivíduos encaram os problemas que lhe afetam e que envolvem o outro e como se comportam frente a eles. Diante disto, as políticas e programas precisam respeitar e considerar a cultura e as tradições e ao mesmo tempo desmistificar estereótipos e informações errôneas⁽⁴⁾.

Portanto, no processo de cuidar das pessoas idosas que convivem com o vírus HIV, a dimensão espiritual deve ser considerada visto que está relacionada com o enfrentamento da doença, com a fonte de forças para a continuidade da vida e na esperança de dias melhores que podem dar sentido a sua existência e a doença, favorecendo o cuidar de si e do outro, com responsabilidade e autonomia. Para tanto, os profissionais de saúde necessitam adequar as suas práticas profissionais ampliando a visão do processo saúde adoecimento para além do olhar puramente biológico, proporcionando melhor qualidade de vida durante o processo de envelhecimento atrelado ao conviver com o HIV/Aids.

Nesse estudo foi possível observar que as pessoas conhecem as formas de contaminação para esse vírus, apesar de terem algumas dúvidas relacionadas ao contato físico através do beijo e abraço. Assim como tem conhecimento sobre a principal maneira de se prevenir, isso pode ser explicado pelo fato desses conteúdos terem sido evidenciados em sua maioria por pessoas cujo nível de escolaridade eram superior incompleto podendo desta maneira, justificar o conhecimento correto sobre as formas de transmissão.

Alguns pesquisadores relatam que a contaminação com o vírus da HIV/Aids acontece em todas as camadas sociais e níveis de escolaridade diferentes, entretanto, ao longo dos anos, tem-se observado um aumento no número de casos de aids em pessoas com escolaridade mais baixa e ocupação menos qualificada e que a falta de informações básicas pode aumentar a vulnerabilidade ao HIV/Aids, identificando que quanto menor o grau de instrução, menor o conhecimento correto sobre as formas de transmissão do HIV^(1, 3).

No entanto, apenas o conhecimento sobre as formas de contaminação não é suficiente para a prevenção contra esse vírus, faz-se necessário a mudança de hábitos e comportamento protetores para os fatores de risco de contaminação com o HIV/Aids, a partir da compreensão da corresponsabilidade no cuidado de si e do outro.

A utilização do preservativo foi apontada como a forma de prevenção contra a infecção pelo vírus HIV/Aids. Embora, foi observado nos conteúdos que a maioria das pessoas idosas rejeita o uso deste recurso preventivo, salientando que essa rejeição é maior por parte das mulheres. Esse achado corrobora com outros estudos que afirmam que o preservativo é a forma

mais conhecida de prevenção do HIV/Aids pelas pessoas idosas e que é menos utilizada por eles em comparação com as pessoas mais jovens, limitando seu uso apenas nas relações sexuais com desconhecidos ou em casos de desconfiança quanto a fidelidade do parceiro⁽²⁴⁻²⁵⁾.

A não utilização do preservativo pelos homens idosos pode ser explicada pelo receio de perder a ereção e por achar que a sua utilização restringe-se apenas nas relações sexuais com profissionais do sexo. As mulheres idosas justificam a não utilização do preservativo porque não possuem mais a capacidade de engravidar, vendo o preservativo apenas como um meio contraceptivo e não como um recurso preventivo para doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/Aids⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Diante disto, os profissionais de saúde necessitam estar cada vez mais abertos a quebra de paradigmas visando à desconstrução de imagens estereotipadas da doença e da sexualidade na velhice. A representação errônea da pessoa idosa como ser assexuado e livre de contaminação pelo HIV/Aids foi cristalizada no imaginário social, principalmente das pessoas com mais idade que vivenciaram o início da epidemia e que pode dificultar a mudança de hábitos e adoção de novas formas de lidar com a sexualidade. Portanto, a assistência à saúde das pessoas idosas deve usar de estratégias de educação em saúde que considerem o contexto sociocultural e as particularidades que envolvem a sexualidade na velhice, facilitando o acesso às informações para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos⁽³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou analisar as representações sociais sobre envelhecimento ativo, elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. Os resultados revelaram que os conteúdos apreendidos acerca do envelhecimento ativo ancoram em alguns dos fatores determinantes apresentados pela OMS, tais como: sistemas de saúde e serviço social, determinantes comportamentais e sociais, além do determinante transversal relacionado aos fatores culturais.

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem os indivíduos, familiares e sociedade. Proporcionar um envelhecimento bem sucedido a pessoa idosa soropositiva é possível através da articulação de diversos setores e utilização de estratégias transdisciplinares para a promoção da saúde, permitindo que este se mantenha autônomo, independente e participativo na sociedade.

Para as pessoas idosas que não possuem o diagnóstico do HIV, o envelhecimento ativo também foi representado como algo que está ao alcance de todos a partir do acesso aos serviços

de saúde de qualidade, adoção de hábitos de vida saudáveis e comportamentos protetores para o risco de infecção não apenas do HIV, mas de doenças sexualmente transmissíveis.

Diante disso, tanto as pessoas idosas que convivem com o HIV, quanto às pessoas que não possuem o diagnóstico desse vírus necessitam de uma visão ampliada no que tange a promoção de um envelhecimento ativo, considerando o contexto sociocultural no qual estão inseridos objetivando as suas necessidades em saúde. Assim, políticas públicas e programas para um envelhecimento ativo devem ser incentivados para permitir que essas pessoas continuem participativas, de acordo com suas capacidades e preferências, prevenindo incapacidades, agravos à sua saúde e consequentemente gastos para os indivíduos, familiares e sistemas de saúde.

Propõe-se que mais estudos sobre essa temática sejam desenvolvidos para a compreensão dos processos que envolvem a pessoa idosa que convive com o HIV e o envelhecimento ativo, pois podem contribuir para estratégias de saúde mais assertivas pelos profissionais de saúde, gestores e sociedade.

REFERÊNCIAS

¹ Andrade HAS, Silva SK, Santos MIPO. Aids em idosos: vivências dos doentes. Esc Anna Nery. 2010;14(4):712-19.

² Minkin JM. Sexually transmitted infections and the aging female: placing risks in perspective. Maturitas. 2010;67(2):114-6.

³ Lima TC, Freitas MIP. Caracterização de população com 50 anos ou mais atendida em serviço de referência em HIV/Aids, Brasil. Rev. Ciênc. Méd. 2013; 22(2):77-86.

⁴ Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

⁵ Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes, 2012.

⁶ Herzlich C. Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva. 2005; 15: 57-70.

⁷ Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

⁸ Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: Um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*. 2013; 21(2): 513-18.

⁹ Ultramari L, Moretto PB, Gir E, Canini SRMS, Teles SA, Gaspar J et al. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos. *Rev. Eletr. Enf.* 2011; 13(3): 405-12.

¹⁰ Souza SD. Aids e religião: apontamentos sobre representações católicas da sexualidade em tempos de aids. *Estudos Teológicos São Leopoldo*. 2012; 52(2): 333-44.

¹¹ Gomes AMT, Oliveira DC, Santos EI, Espírito Santo CC, Valois BRG, Pontes APM. As facetas do convívio com HIV: formas de relações sociais e representações sociais da Aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. *Escola Anna Nery*. 2012; 16(1): 111-20.

¹² Oliveira DC, Oliveira EG, Gomes AMT, Teotônio MC, Wolter RMCP. O significado do hiv/aids no processo de envelhecimento. *Rev. enferm. UERJ*. Rio de Janeiro. 2011; 19(3): 353-358.

¹³ Silveira EAA, Carvalho AMP. Health care support to patients with AIDS: the convoy model and nursing. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2011; 45(3): 645-50.

¹⁴ Vogt S, Luzzi M, Gobetti E, schneider MLM, Bello MS, Doring M. Aids na população acima de cinquenta anos no Rio Grande do Sul. *RBCEH*. 2010; 7(supl. 1): 36-46.

¹⁵ Bittencourt GKGD, Siqueira MCF, Beserra PJF, Nóbrega MML, Nogueira JÁ, Silva AO. Mapeamento de diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas no contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids. *Rev. enferm UFPE online*. 2015; 9(4): 7364-74.

¹⁶ Batista MPP, Almeida MHM, Lancman S. Políticas Públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Rev Terapia Ocupacional*. 2011; 22(3): 200-7.

¹⁷ Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2008; 21(4):290-96.

- ¹⁸ Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009; 43(3):548-54.
- ¹⁹ Oliveira BLCA, Barros MMP, Baima VJD, Cunha CLF, Silva AMJ. Life diary instrumental activities evaluation in old people in outskirts in São Luíz, Maranhão. *Journal of Management and Primary Health*. 2012; 3(1):43-7.
- ²⁰ Gurgel SN, Lubenow JAM, Moreira MASP, Ferreira OGL, Pinho TAM, Nogueira JA. Vulnerabilidade do idoso ao HIV: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE online*. 2014; 8(supl. 1):2487-93.
- ²¹ Torres CC, Bezerra VP, Pedroza AP, Silva LM, Rodrigues TP, Coutinho NJM. Representações sociais do HIV/Aids: buscando os sentidos construídos por idosos. *R. pesq.:cuid. fundam. Online*. 2011; dez. (Ed.Supl.):121-128
- ²² Espírito Santo CC, Gomes AMT, Oliveira DC. A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de representações sociais. *Rev de Enfermagem Referência*. 2013; III(10): 15-24.
- ²³ Foucault M. *A hermenêutica do sujeito*. Martins Fontes, 2006.
- ²⁴ Garcia GS, Lima LF, Silva JB, Andrade LDF, Abrão FMS. Vulnerabilidade dos Idosos frente ao HIV/Aids: Tendências da Produção Científica Atual no Brasil. *DST - J Bras Doenças Sex Transm* 2012; 24(3):183-8.
- ²⁵ Silva CM, Vargens OMV. Women's perception about female vulnerability to STD and HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):399-404.
- ²⁶ Santos AFM, 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*. 2011; 14(1):147-57.
- ²⁷ Napper LE; Fisher DG; Reynolds GL. Development of the Perceived Risk of HIV Scale. *AIDS Behav*. 2012;16:1075–1083.

4.3 ARTIGO DE DEFESA^V**SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO ENVELHECIMENTO ATIVO E HIV/AIDS POR
PESSOAS IDOSAS**

Olívia Galvão Lucena Ferreira¹; Antonia Oliveira Silva²; Luiz Fernando Rangel Tura³;
Francisca Bezerra de Oliveira⁴; Maria Djair Dias⁵; Maria Adelaide Silva Paredes Moreira⁶

Resumo

O presente estudo objetivou conhecer as representações sociais sobre envelhecimento ativo de pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. Trata-se de um estudo exploratório, utilizando-se o aporte teórico da Teoria das Representações Sociais. Foi realizado na cidade de João Pessoa/PB e contou com uma amostra de 48 pessoas idosas, com idade entre 60 e 96 anos, distribuída entre dois grupos: pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. Como instrumento de coleta dos dados foi utilizado o Teste de Associação Livre de Palavras, com as palavras indutoras *Idoso ativo* e *Aids em idoso*, sendo os resultados submetidos à análise do *software* Trideux. Com base nos resultados, observou-se que os estímulos estavam associados a aspectos com conotações positivas e negativas. No entanto, para o estímulo *idoso ativo*, sobressaíram os significados mais positivos e para o estímulo *aids em idoso* verificou-se sentidos atrelados a condição de estar com o diagnóstico da doença. Todos os participantes envolvidos representaram o envelhecimento ativo como algo que está ao alcance deles, ao relaciona-lo a independência funcional e autonomia.

Descritores em português: Envelhecimento; HIV; Enfermagem

Descritores em inglês: Aging; HIV; Nursing

^V Artigo na formatação da Revista Latino Americana de Enfermagem.

Descritores em espanhol: Envejecimiento; VIH; Enfermería

Introdução

O envelhecimento é conceituado na literatura de diversas maneiras. Estes conceitos devem considerar os aspectos biológico, social, psicológico e cultural, relacionados ao desenvolvimento humano. No entanto, o processo de envelhecimento é vivenciado e representado pelas próprias pessoas idosas e pela sociedade de distintas formas, revelando a complexidade que envolve a compreensão desse fenômeno e justifica o interesse de pesquisadores para essa temática.

Atualmente, tem-se observado um aumento da população idosa a nível mundial. No Brasil, estima-se que em 2025, a população idosa em nosso país seja de 32 milhões, aproximadamente 14% da população, o que levará o Brasil a ter a sexta população de idosos do mundo. O crescimento populacional desse segmento etário presente em vários países de todos os continentes, já adquiriu características de uma progressão geométrica nos países em desenvolvimento⁽¹⁾.

Portanto, é preciso proporcionar condições de vida e bem-estar a essas pessoas proporcionando uma velhice saudável, ativa e com dignidade. Portanto, o aumento no número de pessoas idosas precisa ser acompanhado por melhoria ou manutenção da saúde e da qualidade de vida, sobretudo, porque, suas conseqüências afetam os indivíduos, a economia e a sociedade⁽²⁾.

Para que a pessoa idosa tenha a oportunidade de vivenciar o seu envelhecimento de maneira saudável e ativa, os profissionais de saúde, sociedade e a família deverão compreender o envelhecimento em sua totalidade, considerando as transformações ocorridas em todas as dimensões: biológica, psicológica, social, espiritual, econômica, para que se tenha a visão da pessoa idosa com um ser complexo⁽³⁾.

São encontradas diversidades nas representações e sentidos atribuídos ao envelhecimento e a pessoa idosa. Observou-se que o envelhecimento está associado a perdas e ganhos. Quando se refere às perdas, o envelhecimento é representado como um período marcado por enfraquecimento, desgaste, declínio, tristeza, surgimento de enfermidades, mudanças físicas, desvalorização por parte dos outros, solidão e aproximação da morte. Quando se refere aos ganhos, o envelhecer traz para a rotina novas atividades e hábitos, acúmulo de sabedoria e aprendizado, cuidado com a saúde, descanso, tranquilidade e proximidade familiar⁽⁴⁾.

O envelhecimento é percebido pelas pessoas idosas como uma fase de declínio associadas às perdas físicas e sociais e por vezes relacionada ao binômio saúde/doença. No entanto, também encontraram estudos que descrevem o envelhecimento não apenas como uma fase de experiências negativas, mas que apontam fatores positivos como longevidade, experiência adquirida, vivência do envelhecer com saúde e autonomia. Assim, um envelhecimento satisfatório ocorre quando há um equilíbrio entre limitações e potencialidades da pessoa para enfrentar as perdas inevitáveis, como também a capacidade emocional, cognitiva e comportamental adaptativa do indivíduo⁽⁵⁾.

Cada pessoa irá vivenciar o envelhecer de forma diferenciada, apesar de ser um processo biológico universal, dinâmico, progressivo e irreversível. Além disso, o lugar que as pessoas idosas ocupam na sociedade, o modo como são tratadas pelos mais jovens e pelas instituições ganham significados próprios com contextos históricos, sociais e culturais diversos.

Observa-se que o envelhecimento pode ser vivido com satisfação, saúde e bem-estar, despertando o interesse pela reflexão de variáveis que influenciem na conquista de um envelhecimento ativo. Os fatores determinantes para este envelhecimento são: comportamentais; pessoais; sociais; econômicos; ambiente físico e serviços sociais e de saúde. A união de todos os fatores e suas relações reflete no processo de envelhecimento individual e

coletivo. Assim, o envelhecimento ativo foi conceituado como um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, objetivando a melhoria na qualidade de vida à medida que a pessoa envelhece, incluindo as que são frágeis, incapacitadas fisicamente e que requerem cuidados, a exemplo das pessoas com HIV/Aids^(2,6).

Pessoas idosas que vivem com o diagnóstico de uma doença incurável como o HIV/Aids podem apresentar formas distintas de representar o seu processo de envelhecimento. Ser idoso e ter a soropositividade para o HIV podem ser representados como uma série de alterações relacionadas às necessidades médicas e psicossociais deste extrato etário, que busca, mesmo diante do diagnóstico, viver com qualidade, mostrando que se trata de um fenômeno complexo que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais⁽⁷⁾.

Atualmente, a epidemia da aids tem mudado seu curso e percebe-se, cada vez mais frequente o número de casos na faixa etária acima de 50 anos. E quando se considera as subnotificações, os números de casos de HIV/Aids em pessoas idosas pode ser bem maiores, principalmente na região Nordeste do Brasil. A problemática da pessoa idosa com HIV/Aids é de grande relevância epidemiológica, não apenas pelos números absolutos, mas também pelas taxas de incidência, prevalência, letalidade e anos potenciais de vida perdidos^(8,9).

É possível que pessoas adultas com o diagnóstico de HIV/Aids adentrem na maturidade e na velhice com a soropositividade para esse vírus, devido à maior eficácia do tratamento com os antirretrovirais de alta potência que consequentemente aumentam a sobrevida. Portanto, observa-se uma modificação na historia natural da doença que passa de um final letal e rápido para uma doença controlável e de evolução controlada. Entretanto, não basta aumentar o número de anos a essas pessoas, mas proporcionar qualidade aos anos adicionais de vida, através de estudos que contribuam para oferecer uma assistência integral a este grupo⁽¹⁰⁾.

Neste contexto, a Teoria das Representações Sociais tem subsidiado muitas pesquisas sendo utilizada nas diversas áreas, mostrando a pluralidade metodológica, temática e

conceptual, tanto no âmbito da psicologia social quanto nos diversos campos aplicados, em especial a saúde e a educação, mostrando ser uma teoria bastante útil para compreensão de fenômenos psicossociais complexos. É através dela que é possível a compreensão do senso comum, onde os conhecimentos, conceitos e explicações sobre determinado fato ou tema é construído e compartilhado por um grupo em suas conversações interpessoais no cotidiano⁽⁵⁾.

Conhecer como as pessoas idosas que vivem com o HIV/Aids representam o envelhecimento ativo e como consideram a possibilidade de se alcançar esse envelhecimento possibilita dimensionar um diagnóstico psicossocial importante para a formulação de planos e estratégias para a promoção da sua saúde, prevenção de doenças e outros agravos, recuperação e tratamento que favoreçam o envelhecimento ativo e melhorias na qualidade de vida destas pessoas.

Estudos que busquem conhecer como o envelhecimento é representado e vivenciado pelas próprias pessoas idosas possuem relevância científica por contribuir com aspectos biopsicossociais quando favorecem os profissionais de saúde guiando suas práticas e condutas, os gestores quando propõe políticas públicas que garantam os seus direitos como cidadãos e a sua inclusão na sociedade e para a própria população idosa quando se reconhecem em mais uma etapa do curso da vida que pode ser vivenciada de maneira bem sucedida e ativa, influenciando a sua postura e atitude frente ao processo de envelhecimento.

Portanto, este estudo levanta o seguinte questionamento: Quais os sentidos atribuídos ao envelhecimento ativo e HIV/Aids elaborados por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids.

Para responder a este questionamento, o estudo tem como objetivo conhecer as representações sociais sobre envelhecimento ativo de pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids.

Método

O estudo foi realizado no Hospital Clementino Fraga e na casa de apoio Ação Social Arquidiocesana, locais referências no tratamento e apoio as pessoas que vivem com DST/HIV/Aids e no Centro de Convivência do Idoso, sendo todos os referidos locais localizados no município de João Pessoa/PB.

A amostra foi composta por 48 pessoas idosas, com condições cognitivas para responder aos questionamentos, confirmadas pelo Teste Mini Exame do Estado Mental (MEEM), utilizado na determinação do ponto de corte para a constituição da amostra. A amostra foi distribuída entre dois grupos. O grupo 1 foi formado por 24 pessoas idosas de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 60 anos, que tinham o diagnóstico de HIV. Sendo 12 pessoas idosas com diagnóstico de HIV selecionadas na casa de apoio e 12 pessoas idosas com diagnóstico de HIV do hospital. O grupo 2 foi composto por 24 pessoas idosas de ambos os sexos, com idade igual ou acima de 60 anos, que não tinham o diagnóstico de HIV. Foram excluídos os indivíduos que não aceitaram participar voluntariamente do estudo.

A idade dos participantes variou entre 60 e 96 anos ($M = 68$; $DP = 7,83$). A maioria dos participantes de ambos os grupos pertenciam à faixa etária entre 60-69 anos (71%), tinham baixo nível de escolaridade, até o ensino fundamental (63%), relataram morar em casa própria (85%) com parentes próximos (44%) e todos referiram algum tipo de religião (100%). No entanto, para o grupo 1 (idosos com HIV) a maioria era do sexo masculino (54%), enquanto que para o grupo 2 (idosos sem HIV) a maioria era do sexo feminino (88%).

Para a realização deste estudo foram obedecidos todos os critérios estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre ética em pesquisa com seres humanos, sendo apreciado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro

de Ciências da Saúde da UFPB sob nº do parecer: 731.092; data da relatoria: 24/07/14, devidamente cadastrado na plataforma Brasil (CAAE nº 33529514.2.0000.5188). Ressalto que a participação dos indivíduos foi voluntária, sendo esclarecidas todas as dúvidas e os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Para avaliação cognitiva foi usado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que é um questionário de 30 pontos usado para avaliar perdas cognitivas, classificando como perda cognitiva grave quando atingir o score ≤ 9 ; moderada para os scores entre 10 a 20; leve para score entre 21 a 24; normal para score ≥ 25 . Portanto, foi considerado como ponto de corte leve e normal, porque se acredita que este grupo apresenta potencial de entendimento para responder aos questionamentos.

Após a utilização do MEEN, foi aplicado o Teste da Associação Livre de Palavras (TALP) que empregou os estímulos indutores: “Idoso Ativo” e “Aids em Idoso”. Os resultados apreendidos a partir do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) foram organizados em um banco de dados, tendo por base a construção de um dicionário de vocábulos referente a cada estímulo indutor. Em seguida procedeu-se uma análise de conteúdo para agrupar semanticamente as palavras ou expressões. Cada agrupamento semântico, de palavras ou expressão estímulo, foi representado por uma palavra código que continha apenas quatro dígitos. Na base de dados surgia primeiro o número do participante, depois os códigos das variáveis (sexo, faixa etária, escolaridade e grupo a que pertencia) e por fim o código referente à palavra evocada. Foi realizada uma validação de todo este processo, considerada de grande relevância, prestada por duas professoras pesquisadoras na área de representações sociais.

Após esta análise prévia os dados foram submetidos ao *software Trideux* que é um programa informático, criado por Philippe Cibois, que realiza uma análise fatorial de correspondência (AFC), sendo indicado para a análise de questões abertas, questões fechadas e dados relativos à associação de palavras. Ele representa graficamente as variações semânticas

na organização do campo espacial, revelando aproximações e oposições das modalidades na construção dos fatores analisados pela Análise Fatorial de Correspondência (AFC)⁽¹¹⁾.

Por meio da AFC, torna-se possível verificar os vínculos existentes entre os diferentes conteúdos representacionais, correspondentes às respostas evocadas pelos sujeitos, denominadas de variáveis de opinião (respostas evocadas pelas duas palavras-estímulo) e as variáveis fixas ou sociodemográficas, relativas às características de inserção social dos indivíduos (sexo, faixa etária, escolaridade e grupo a que pertencia).

A análise fatorial produz cargas fatoriais, as quais podem ser consideradas como pesos de regressão das variáveis mensuradas para predizer o construto subjacente. Quanto maior o valor da carga fatorial, melhor a variável representa o fator. Outro critério para as soluções fatoriais é estabelecer que os fatores precisam explicar uma percentagem significativa da variância total das variáveis medidas, devendo o conjunto de fatores explicar pelo menos 50% da variância comum⁽¹²⁾.

A análise do plano fatorial é feita a partir do jogo de operações reveladas pelas respostas aos estímulos indutores, em função dos resultados da AFC. Essa análise permite mostrar uma estrutura mais central em relação a outros elementos do campo representacional e, portanto, a expressão da organização cognitiva a respeito de um objeto representado. Na literatura estatística sobre AFC, convencionou-se que o eixo 1 ou fator 1 deve ocupar a posição horizontal no gráfico, enquanto o eixo 2 ou fator 2 se mantém na vertical⁽¹¹⁾.

Resultados

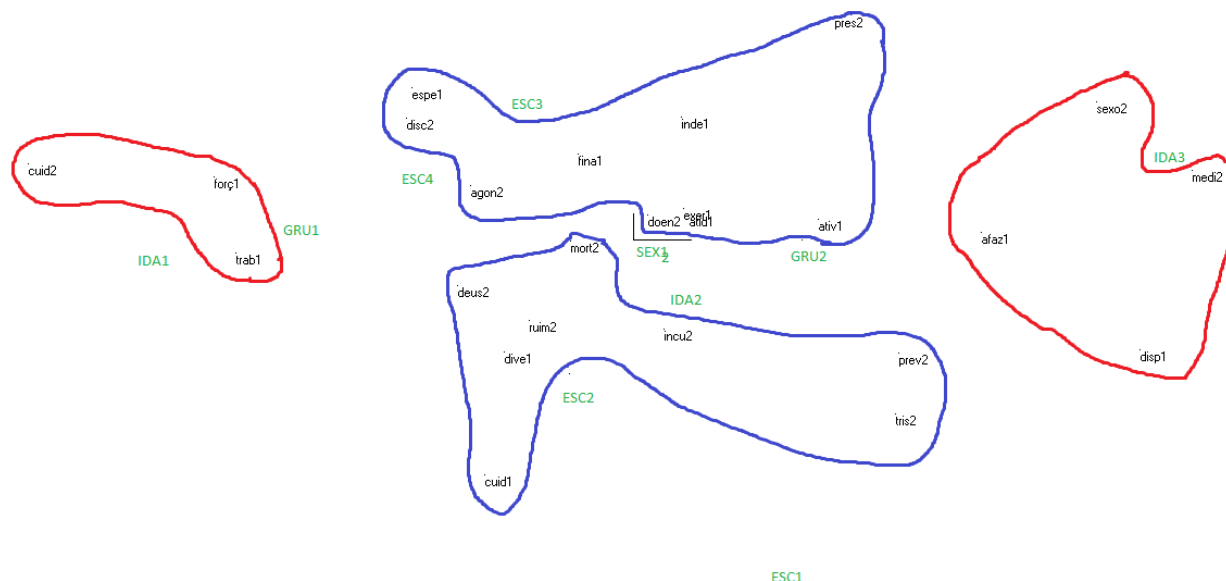
Após a construção do dicionário e a agregação dos conteúdos, os dados foram processados pelo *software Trideux* versão 4.2. Os resultados indicaram um total de 414 palavras evocadas pelos participantes das quais 115 são diferentes, representando as reações dos atores sociais em relação aos estímulos indutores “Idoso ativo” e “Aids em idoso”.

A Figura 1 refere-se à representação gráfica do plano fatorial que constam as modalidades mais contributivas para a formação dos eixos. A análise fatorial permitiu distinguir correlações (positivas e negativas) entre os diferentes grupos de pertença, do mesmo modo que foi possível apreender graficamente a atração entre as variáveis fixas e as variáveis de opiniões ou modalidades, que correspondem às palavras evocadas pelos sujeitos. A análise dos dados coletados realizou-se mediante a leitura gráfica das representações, que estão distribuídas de maneira oposta sobre os dois fatores/eixos (F1 e F2).

Desse modo, o fator (F1) corresponde ao eixo horizontal, encontram-se as representações de valor estatístico mais significativo, explicando 35,4% da variância total das respostas. Enquanto isso, o segundo fator (F2), na linha vertical, representa 21,7% da variância total das respostas. Pode-se verificar que a soma das variâncias perfaz um total de 57,1%, permitindo concluir que os dados são estatisticamente significativos, ou seja, satisfatórios para a interpretação dos resultados. A representação gráfica seguinte mostra como se estrutura o mapa fatorial de envelhecimento ativo construído por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids.

Figura 1 – Imagens ou objetivação do envelhecimento ativo segundo pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. João Pessoa, PB, Brasil, 2015.

Jlivia



Estímulos indutores: 1 – Idoso ativo; 2 – Aids em idoso

Fatores: F1 = eixo horizontal: esquerda negativa e direita positiva (vermelho)

F2 = eixo vertical: superior positivo e inferior negativo (azul)

F3 = fatores 1 e 2 (verde)

Fonte: FERREIRA; MOREIRA, 2015

Dados da Pesquisa

Na análise do gráfico fatorial, observa-se o campo de representação ou imagens responsáveis pelo processo de objetivação do envelhecimento ativo. A objetivação refere-se ao processo pelo qual as noções e conceitos abstratos de uma realidade se concretizam. No fator 1, situaram-se as modalidades mais consensuais elaboradas pelas participantes. Do lado esquerdo do gráfico (eixo fatorial negativo), encontra-se um conjunto de modalidades, com variáveis fixas, as pessoas idosas com o diagnóstico do HIV/Aids (GRU1), com idades entre 60 à 69 anos (IDA1), sendo estas as que mais participaram na construção deste campo representacional. Para estas pessoas, o idoso ativo foi considerado como uma pessoa que tem *força e trabalha* e o estímulo Aids em idoso foi representado por *cuidado*.

Em oposição, no eixo fatorial positivo (direita), aparece como variável fixa a contribuir para a construção deste campo representacional, as pessoas idosas sem o diagnóstico (GRU2) e com idade entre 70 a 79 (IDA2) e 80 a 89 anos (IDA3). O idoso ativo foi representado como

um indivíduo que tem *disposição* e realiza os *afazeres* de casa. A aids em idoso (estímulo2) foi associada ao *sexo* e a *medicamentos*.

No campo semântico do fator 2 (F2), superior (positivo), encontra-se as pessoas idosas com o diagnóstico de HIV/Aids (GRU1), com idades entre 80 a 89 anos (IDA3) e com melhor escolaridade que corresponde ao ensino médio (ESC3) e superior (ESC4). O idoso ativo foi representado como o indivíduo *esperto, independente, ativo*, que realiza muitas *atividades*, que administra suas *finanças* e realiza *exercícios*. A aids em idoso foi associada a *preservativo* e a uma *doença* que causa *agonia* e *discriminação*.

Em oposição, na margem inferior do eixo 2 (negativo), verifica-se que as pessoas idosas sem o diagnóstico de HIV/Aids (GRU2), de ambos os sexos (SEX1 e 2), com baixa escolaridade, ou seja, sem escolaridade (ESC1) e com o ensino fundamental (ESC2) associaram o idoso ativo a *diversão* e *cuidado*. E a aids em idoso foi representada como *prevenção, ruim, triste, incurável, morte* e *Deus*.

A partir da distribuição das palavras evocadas no plano fatorial de correspondência, pode-se observar que os estímulos “idoso ativo” e “aids em idoso” foram associados a aspectos com conotações positivas e negativas. No entanto, para o estímulo “idoso ativo”, sobressaíram os significados mais positivos e para o estímulo “aids em idoso” percebeu-se sentidos atrelados a condição de estar com o diagnóstico da doença aids.

Na Tabela 1, encontram-se as frequências das palavras mais evocadas relativas aos estímulos indutores (“Idoso ativo” e “Aids em idoso”) com frequência maior que 3. Para o estímulo idoso ativo, observa-se uma associação significativa aos aspectos como: *ativo, exercício, trabalho, afazeres, independência e diversão*. Neste sentido, a pessoa idosa ativa é representada por aspectos positivos relacionados às atividades físicas, cotidianas, laborais e lazer.

As palavras com maiores frequências associadas ao estímulo aids em idoso revelam aspectos negativos relacionados a sentidos como: *morte, triste, doença, discriminação e agonia*. Observa-se que a palavra *cuidado* foi associada tanto ao estímulo idoso ativo, quanto ao estímulo aids em idoso. No entanto, esta modalidade possui sentidos diferentes. Para o primeiro estímulo, o cuidado refere-se a pessoa que cuida de si e do seu próximo e para o segundo estímulo, o cuidado refere-se ao cuidado que o idoso com HIV/Aids necessita.

Tabela 2 – Frequências das palavras relativas aos estímulos indutores idoso ativo e aids em idoso. João Pessoa, PB, Brasil, 2015.

Estímulo 1 – “Idoso ativo”		Estímulo 2 – “Aids em idoso”	
Palavra	F	Palavra	F
Ativo	18	Morte	17
Exercício	18	Triste	16
Trabalho	17	Doença	15
Afazeres	14	Discriminação	12
Independência	12	Agonia	10
Diversão	10	Ruim	7
Cuidado	8	Incurável	7
Atividade	7	Prevenção	6
Força	5	Cuidado	6
Disposição	5	Preservativo	5
Esperto	5	Sexo	5
Finanças	5	Medicamento	4
		Deus	4

Fonte: FERREIRA; MOREIRA, 2015

Dados da Pesquisa

Discussão

Foi possível observar que as pessoas idosas com o diagnóstico de HIV/Aids representaram o idoso ativo como a pessoa forte, esperta, ativa, que realiza várias atividades, com independência, que ainda trabalha, cuida de suas próprias finanças e pratica exercícios físicos. As pessoas idosas que não tem o diagnóstico de HIV/Aids atribuíram ao idoso ativo,

sentidos como disposição, cuidado, afazeres e diversão. Percebe-se que as representações estão relacionadas às atividades realizadas no dia a dia.

O processo de envelhecimento acarreta transformações no corpo humano em decorrência das alterações fisiológicas resultantes das décadas vividas e uma dessas decorrências está relacionada com modificações na capacidade funcional, ou seja, na condição do indivíduo realizar com independência as tarefas do cotidiano, ocasionadas principalmente pelo desuso físico e por situações emocionais⁽¹³⁾.

A diminuição da capacidade funcional pode ser proveniente da evolução de uma patologia de base, por sequelas ou pela inadequada assistência recebida, seja familiar, social ou institucional. E a dependência funcional pode ser considerada um indicador de saúde e um fator de risco para a mortalidade em idosos, até mais do que as próprias doenças que levaram à dependência, uma vez que nem todas as pessoas doentes se tornam dependentes⁽¹⁴⁾. Nesse direcionamento, a independência funcional para a realização das atividades de vida diária está relacionada com o envelhecimento ativo. Portanto, faz-se necessário que sejam estabelecidas novas prioridades e ações de saúde que norteiem estratégias para o enfrentamento dos desafios de manter as pessoas idosas independentes funcionalmente.

Alguns estudos mostram que pessoas idosas de baixa renda têm maior probabilidade de apresentarem déficits funcionais do que pessoas idosas com renda alta. Dentre os determinantes econômicos apontados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para um envelhecimento ativo, destaca-se a renda, o trabalho e a proteção social. Nesse sentido, as pessoas idosas que permanecem ativas economicamente sejam por meio de aposentadorias, pensões ou trabalho remunerado preservam sua independência funcional e conseqüentemente o envelhecimento ativo^(2,6,15).

Neste estudo, a prática de atividade física foi atribuída ao envelhecimento ativo pelos participantes. O exercício físico regular mesmo sendo de menor intensidade tem associação

com a manutenção da independência funcional. Uma pesquisa realizada no estado do Paraná que objetivou verificar a influência da prática do exercício físico regular em pessoas idosas com aids, constatou que o programa de exercício físico proporcionou melhora dos padrões morfofuncionais, da função imunológica e da qualidade de vida na maioria das pessoas idosas do referido estudo^(16,17).

Corroborando com estes achados, um estudo realizado com pessoas idosas independentes funcionalmente evidenciou que estas pessoas representavam o envelhecimento ativo com aspectos positivos ligados aos afazeres domésticos, lazer e exercícios físicos, associando à velhice ativa a independência funcional e autonomia para realizar as atividades de vida diária. Pode-se observar que as atividades apontadas pelos entrevistados estão ao alcance das possibilidades das pessoas idosas⁽¹⁸⁾.

Para as pessoas idosas entrevistadas dos dois grupos, a aids em idoso foi representada com aspectos negativos influenciados pela condição patológica como uma doença triste, ruim, incurável que causa agonia e pode levar a morte, causando portanto, discriminação e somente Deus pode ajudar no enfrentamento desta condição. Estes aspectos podem dificultar a promoção do envelhecimento ativo quando se considera os aspectos psicossociais envolvidos.

O termo envelhecimento ativo, foi conceituado pela OMS abrangendo, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem. Permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados quando necessários. Baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios da participação, dignidade, assistência, autorealização e independência⁽¹⁵⁾.

A qualidade de vida e o bem-estar são fatores que devem estar presentes durante o desenvolvimento humano para que o indivíduo alcance um envelhecimento bem sucedido e ativo. Para tanto, faz-se necessária a elaboração e execução de políticas públicas de saúde, através do planejamento de ações de assistência e de educação em saúde para as pessoas idosas, levando em consideração a mudança no perfil da doença, assim como as características e comportamentos individuais e coletivos apresentados por essas pessoas⁽¹⁹⁾.

Assim, o desafio é prevenir e retardar as doenças e fragilidades; manter a saúde, independência e autonomia e contribuir para que, apesar das limitações que possam surgir, estas pessoas idosas possam redescobrir suas potencialidades e viver com a melhor qualidade de vida possível⁽²⁰⁾.

Considerações finais

Esta pesquisa procurou conhecer as representações sociais de pessoas idosas com o diagnóstico de HIV/Aids e comparar essas representações com as de pessoas que não possuem o diagnóstico para esta doença. Os resultados demonstraram que para todos os participantes envolvidos, o envelhecimento ativo foi visto como algo que está ao alcance dos idosos, pois este foi representado por aspectos relacionados à independência funcional e autonomia.

Sendo assim, manter as pessoas idosas que vivem com o diagnóstico de HIV/Aids independentes funcionalmente e autônomos pode ser considerado como uma importante estratégia para a promoção do seu envelhecimento ativo. Assim como, mantê-los inseridos numa rede social proporcionará sua participação na sociedade de maneira ativa.

Também foi possível observar conteúdos e imagens negativas que estão associadas ao envelhecer com o HIV/Aids, refletindo suas vivências e modos distintos de olhar o envelhecimento mais desfavorável revelando as dificuldades do dia a dia, a exemplo da discriminação apontada por eles. Então, para que estas pessoas se sintam inseridas na sociedade

é preciso combater a discriminação e preconceito através de medidas educativas em diversos espaços, visando a construção social de uma imagem mais positiva do envelhecimento associado ao HIV/Aids.

Portanto, para a conquista do envelhecimento ativo das pessoas idosas sejam elas soropositivas para o HIV ou não é necessário o envolvimento de diversos atores sociais. A família apresenta um papel importante na manutenção do envelhecimento saudável, através do cuidado domiciliar, suporte e manutenção das relações familiares. Os profissionais de saúde que lidam com essa faixa etária precisam ampliar o seu olhar para necessidades que vão além das biológicas. E os gestores públicos necessitam criar e executar políticas públicas que favoreçam as oportunidades de saúde, participação e segurança social, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Apesar das limitações que este estudo apresentou, como o número reduzido de participantes idosos com o diagnóstico de HIV/Aids, foi possível apreender as representações sociais do envelhecimento ativo destas pessoas e comparar com pessoas idosas sem o diagnóstico desta doença.

Referências

¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

²Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. Texto contexto enferm. Florianópolis. 2013 abr-jun; 22(2):370-8.

³ Santos SSC. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. Rev. Bras. de Enf. Brasília. 2010 nov-dez; 63(6):1035-9.

⁴ Wachelke JFR, Camargo BV, Hazan JV, Soares DR, Oliveira LTP, Reynaud PD. Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: dados coletados via internet. Estudos de Psicologia. 2008; 13(2):107-16.

⁵ Martins CRM, Camargo BV, Biasus F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. Uni Psychol. Bogotá, Colombia, 2009 set-dez; 8(3):831-47.

⁶ Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. PsicolReflCrit. Porto Alegre. 2007; 20(1):81-6.

⁷ Lima RS, Oliveira EG, Oliveira DC, Tosoli AM, Santos EI. Os antirretrovirais no cotidiano de idosos soropositivos: um estudo a partir das representações sociais. Rev Pesquisa: cuidado fundamental, online. 2010; 2(Supl):952-955.

⁸ Brasileiro M, Freitas MIF. Representações sociais sobre Aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. Rev Latino-am Enfermagem, online. 2006 set-out; 14(5)

⁹ Oliveira MLC, Paz LC, Melo GF. Dez anos de epidemia do HIV-AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal – Brasil. Rev Bras de Epidemiol. 2013; 16(1): 30-9.

¹⁰ Santos WJ, Drumond EF, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. Rev. Bras. Enferm. 2011; 64(6):1028-37.

¹¹ Marques MCMP. Representações Sociais de enfarte agudo do miocárdio, construídas por doentes, família e profissionais de saúde. Universidade de Évora (Portugal). Doutorado em Psicologia, 2009.

¹² Ferreira OGL. Representações Sociais sobre envelhecimento ativo: um estudo com idosos funcionalmente independentes. Dissertação Mestrado em enfermagem UFPB, 2008

¹³ Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. RBPS. 2008; 21(4):290-6.

¹⁴ Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública. 2009; 43(3):548-54.

¹⁵ Organização Mundial da Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

¹⁶ Araújo APS, Gouvêa JAG, Martins Júnior J, Bertolini DA, Bertoline SMMG. Influência da prática de exercícios físicos sobre os padrões morfofuncionais, função imunológica e qualidade de vida de idosos com aids: estudos de casos. MTP&RehabJournal. 2014, 12:146-172.

¹⁷ Ribeiro DKMN, Lenardt MH, Michel T, Setoguchi LS, Grden CRB, Oliveira S. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. Rev. Esc. Enferm. USP. 2015; 49(1):89-95.

¹⁸ Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. Rev esc enferm USP. São Paulo. 2010 dez; 44(4):1065-9.

¹⁹ Lima TC, Freitas MIP. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. Rev Bras Enferm. Brasília, 2012 jan-fev; 65(1): 110-5.

²⁰ Tura LFR, Silva OA. Envelhecimento e Representações Sociais. Rio de Janeiro: QuarterFaperj, 2012.

4.4 OUTRAS PRODUÇÕES

A seguir estão as referências todas as demais produções realizadas durante o curso de doutorado entre os anos 2012 à 2015.

Gurgel SN, Lubenow JAM, Moreira MASP, Ferreira OGL, Pinho TAM, Nogueira JA. Vulnerabilidade do idoso ao HIV: revisão integrativa. Rev. Enferm UFPE on line. Recife. Jul. 2014; 8(supl.1):2487-93.

Veloso LSG, Suassuna DSB, Ferreira OGL, Marcolino ABL, Moreira MASP, Silva AO. Análise dos fatores de risco de quedas em pessoas idosas com transtornos mentais. J. res.: fundam. care online. dez. 2014; 6(supl):102-10.

Trindade JLS, Ferreira OGL, Santos MCB, Veloso LSG, Silva HC, Moreira MASP. A prevenção da hipertensão arterial sistêmica sob a ótica de usuários de uma unidade de saúde da família. J. res.: fundam. care online. dez. 2014; 6(supl):34-41.

Costa SMG, Rodrigues TP, Pinho KMV, Ferreira OGL, Moreira MASP, Silva AO. Funcionalidade em idosos: produção de conhecimento na última década. J. res.: fundam. care online. dez. 2014; 6(supl):81-89.

Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto e contexto enferm. Florianópolis. Jul-set. 2012; 21(3):513-8.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou analisar e comparar as representações sociais sobre envelhecimento ativo, elaboradas por pessoas idosas com e sem o diagnóstico de HIV/Aids. Foi possível observar que os resultados apreendidos a partir da entrevista semi estruturada e do Teste de Associação Livre de Palavras correlacionaram-se entre si, possibilitando inferências a respeito das representações sociais sobre o envelhecimento ativo para idosos com e sem o diagnóstico de HIV/Aids.

Os conteúdos apreendidos acerca do envelhecimento ativo foram associados a aspectos com conotações positivas e negativas e ancoram em alguns dos fatores determinantes apresentados pela OMS, tais como: sistemas de saúde e serviço social, determinantes comportamentais e sociais, além do determinante transversal relacionado aos fatores culturais. Para as pessoas idosas entrevistadas, o envelhecimento ativo foi representado como algo que está ao alcance de todos a partir do acesso aos serviços de saúde de qualidade, adoção de hábitos de vida saudáveis e comportamentos protetores para o risco de infecção não apenas do HIV/Aids, mas de doenças sexualmente transmissíveis.

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores determinantes que envolvem os indivíduos, familiares e sociedade. Proporcionar um envelhecimento bem sucedido a pessoa idosa soropositiva é possível através da articulação de diversos setores e utilização de estratégias transdisciplinares para a promoção da saúde, permitindo que este se mantenha autônomo, independente e participativo na sociedade.

Manter as pessoas idosas que vivem com o diagnóstico de HIV/Aids independentes funcionalmente e autônomos pode ser considerado como uma importante estratégia para a promoção do seu envelhecimento ativo. Assim como, mantê-los inseridos numa rede social proporcionará sua participação na sociedade de maneira ativa.

Os conteúdos e imagens negativas observados estão associadas ao envelhecer com o HIV/Aids, refletindo suas vivências e modos distintos de olhar o envelhecimento mais desfavorável revelando as dificuldades do dia a dia, a exemplo da discriminação apontada por eles. Então, para que estas pessoas se sintam inseridas na sociedade é preciso combater a discriminação e preconceito através de medidas educativas em diversos espaços, visando a construção social de uma imagem mais positiva do envelhecimento associado ao HIV/Aids.

Diante disso, tanto as pessoas idosas que convivem com o HIV/Aids, quanto às pessoas que não possuem o diagnóstico desse vírus necessitam de uma visão ampliada no que tange a promoção de um envelhecimento ativo, considerando o contexto sociocultural no qual estão inseridos objetivando as suas necessidades em saúde. Assim, políticas públicas e programas

para um envelhecimento ativo devem ser incentivados para permitir que essas pessoas continuem participativas, de acordo com suas capacidades e preferências, prevenindo incapacidades, agravos à sua saúde e consequentemente gastos para os indivíduos, familiares e sistemas de saúde.

Para alcançar o envelhecimento ativo das pessoas idosas, sejam elas soropositivas para o HIV ou não, é necessário o envolvimento de diversos atores sociais. A família apresenta um papel importante na manutenção do envelhecimento saudável, através do cuidado domiciliar, suporte e manutenção das relações familiares. Os profissionais de saúde que lidam com essa faixa etária precisam ampliar o seu olhar para necessidades que vão além das biológicas. E os gestores públicos necessitam criar e executar políticas públicas que favoreçam as oportunidades de saúde, participação e segurança social, objetivando melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Apesar das limitações que este estudo apresentou, como o número reduzido de participantes idosos com o diagnóstico de HIV/Aids, foi possível apreender as representações sociais do envelhecimento ativo destas pessoas e comparar com pessoas idosas sem o diagnóstico desta doença. Propõe-se que mais estudos sobre essa temática sejam desenvolvidos para a compreensão dos processos que envolvem a pessoa idosa que convive com o HIV/Aids e o envelhecimento ativo, pois podem contribuir para estratégias de saúde mais assertivas pelos profissionais de saúde, gestores e sociedade.

REFERÊNCIAS

- ¹ Lopes M, Mendes F, Moreira A. Saúde, Educação e Representações Sociais: exercícios de diálogo e convergência. Coimbra: Formasau; 2009.
- ² OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
- ³ Oliveira MLC, Paz LC, Melo GF. Dez anos de epidemia do HIV-AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal – Brasil. Rev Bras de Epidemiol. 2013; 16(1): 30-9.
- ⁴ Brasileiro M, Freitas MIF. Representações sociais sobre Aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. Rev Latino-am Enfermagem, online. 2006 set-out; 14(5)
- ⁵ Moscovici S. A psicanálise, sua imagem e seu público. Petrópolis: Vozes; 2012.
- ⁶ Herzlich C. Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2005; 15(Supl): 57-70.
- ⁷ Lima RS, Oliveira EG, Oliveira DC, Tosoli AM, Santos EI. Os antirretrovirais no cotidiano de idosos soropositivos: um estudo a partir das representações sociais. Rev Pesquisa: cuidado fundamental, online. 2010; 2(Supl):952-955.
- ⁸ Santos SSC, Barlem ELD, Silva BT, Cestari ME, Lunardi VL. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. Acta paul. enferm. [online]. 2008; 21(4): 649-653.
- ⁹ Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- ¹⁰ Backstrom B. Envelhecimento ativo e saúde num estudo de caso com idosos imigrantes. In: Machado FL. Migrações Rev observatório imigração Número Temático Imigração e Envelhecimento Ativo, Lisboa: A CID. 2012; (10):103-126.
- ¹¹ Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2002.
- ¹² Fonseca RP, Trentini CM, Valli F, Silva RAN. Representações do envelhecimento em agentes comunitários da saúde e profissionais da enfermagem comunitária: aspectos psicológicos do processo saúde-doença. Ciênc Saúde Coletiva. 2008 jul-ago; 13(4):1275-84.
- ¹³ Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. Psicol Repl Crit. Porto Alegre. 2007; 20(1):81-6.
- ¹⁴ Farias RG, Santos SMA. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. Texto contexto Enferm. Florianópolis. 2012 jan-mar; 21(1):167-176.
- ¹⁵ Ferreira CL, Santos LMO, Maia EMC. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município no nordeste brasileiro. Rev esc enferm USP. São Paulo. 2012 abr; 46(2):328-334.

- ¹⁶ ONU – Organização das Nações Unidas. Plano de Ação Internacional sobre Envelhecimento. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília, 2003.
- ¹⁷ Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto contexto enferm.* Florianópolis. 2013 abr-jun; 22(2):370-8.
- ¹⁸ Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Santos WS, Moreira MASP. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Rev esc enferm USP.* São Paulo. 2010 dez; 44(4):1065-9.
- ¹⁹ Morgado S, Sequeira P, Ferreira L, Lima G, Silva R. Envelhecimento ativo: o paradigma sócio-econômico da sociedade moderna no distrito de Santarém. *Rev UIIPS.* 2013 mai; 1(1): 209-226.
- ²⁰ Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Sá RCN, Moreira MASP. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF.* Itatiba. 2010 set-dez; 15(3):357-364.
- ²¹ BRASIL, Portaria nº 2.528. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006.
- ²² Batista MPP, Almeida MHM, Lancman S. Políticas Públicas para a população idosa: uma revisão com ênfase nas ações de saúde. *Rev ter ocup USP.* São Paulo. 2011 set-dez; 22(3):200-7.
- ²³ Lima TC, Freitas MIP. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. *Rev Bras Enferm.* Brasília, 2012 jan-fev; 65(1): 110-5.
- ²⁴ Lazzarotto A, Reichert MT, Venker C, Kramer AS, Sprinz E. HIV/aids e meia idade: avaliação do conhecimento de indivíduos da região do Vale do Sinos (RS), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro, 2010 jun; 15(Supl 1):1185-1190.
- ²⁵ Gomes AMT, Oliveira DC, Santos EI, Santo CCE, Valois BRG, Pontes APM. As facetas do convívio com HIV: formas de relações sociais e representações sociais da Aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. *Esc Anna Nery.* 2012 jan-mar; 16(1):111-120.
- ²⁶ Santos WJ, Drumond EF, Gomes AS, Corrêa CM, Freitas MIF. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. *Rev bras enferm.* Brasília, 2011 nov-dez; 64(6):1028-37.
- ²⁷ Medeiros KCS, Leal MCC, Marques APO, Marino JG. Avaliação do nível de informação em relação à Aids/HIV por idosos assistidos no Programa de Saúde da Família. *Geriatrics & gerontologia.* 2008; 2(2):53-8.
- ²⁸ Silveira MM, Batista JS, Colussi EL, Wibeling LM. Sexualidade e Envelhecimento: discussões sobre a AIDS. *Rev Temát Kairós Gerontologia.* São Paulo, 2011 dez; 14(5):205-20.
- ²⁹ Freitas EV, Py L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

- ³⁰ Tura LFR, Silva OA. Envelhecimento e Representações Sociais. Rio de Janeiro: QuarterFaperj, 2012.
- ³¹ Oliveira JSC, Lima FLA, Saldanha AAW. Qualidade de vida em pessoas com mais de 50 anos HIV+: um estudo comparativo com a população geral. DST – J bras Doenças Sex Transm. 2008; 20(3-4):179-184.
- ³² Oliveira AMM, Lopes MEL, Evangelista CB, Oliveira AEC, Gouvêia EML, Duarte MCS. Representações Sociais e Envelhecimento: uma revisão integrativa de literatura. Rev bras Ciênc Saúde. 2012b; 16(3):427-34.
- ³³ Oliveira DC, Oliveira EG, Gomes AMT, Teotônio MC, Wolter RMCP. O significado do hiv/aids no processo de envelhecimento. Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro. 2011 jul-set; 19(3):353-8.
- ³⁴ Martins CRM, Camargo BV, Biasus F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. Uni Psychol. Bogotá, Colombia, 2009 set-dez; 8(3):831-47.
- ³⁵ Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S. Representações Sociais. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 29-109.
- ³⁶ Jodelet, D. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: Jodelet D. (Org.). As Representações Sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.17-44.
- ³⁷ Pombo-de-Barros CF, Arruda AMS. Afetos e Representações Sociais: contribuições de um diálogo transdisciplinar. Psic: Teor e Pesq. Brasília, 2010 abr-jun; 26(2):351-60.
- ³⁸ Rodrigues JA. Émile Durkheim: sociologia. 9 ed. São Paulo: Ática, 2000.
- ³⁹ Durkheim E. As regras do método sociológico. 14 ed. São Paulo: Editora Nacional, 1990.
- ⁴⁰ Nóbrega SM. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Jesuino JC. Representações Sociais: Teoria e Prática. 2 ed. João Pessoa: Universitária /UEPB, 2003. p. 51-79.
- ⁴¹ Álvaro JL, Garrido A. Psicologia Social - perspectivas psicológicas e sociológicas. São Paulo: McGraw, 2006.
- ⁴² Jodelet D. Ponto de Vista: sobre o movimento das representações sociais na comunidade científica brasileira. Temas Psicol. Ribeirão Preto, 2011 jun; 19(1):19-26.
- ⁴³ Vala J, Monteiro MB. Psicologia Social. 5 ed. Lisboa: Fundação Calauste Gulbenkian, 2006.
- ⁴⁴ Sá CP. Núcleo Central das Representações Sociais. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- ⁴⁵ Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- ⁴⁶ Moscovici S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

⁴⁷ Cabecinhas R. Investigar Representações Sociais: metodologias e níveis de análise. In: Baptista MM. Cultura: Metodologias e Investigação. Lisboa: Ver o verso, 2009; p. 51-66.

⁴⁸ Abric JCA Abordagem Estrutural das Representações Sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representação social. 2 ed. Goiânia: AB, 2000.

⁴⁹ Wachelke J, Wolter R. Critérios de Construção e Relato da Análise prototípica para Representação Social. Psic: Teor e Pesq. Brasília, 2011 dez; 27(4): 521-6.

⁵⁰ Wachelke JF. Índice de Centralidade de Representações Sociais a partir de Evocações (INCEV): exemplo de aplicação no estudo de representações sociais sobre envelhecimento. Psicol: reflex crít. Porto Alegre, 2009; 22(1): 102-110.

⁵¹ Ratinaud P, Marchand P. Application de La méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilitédes “mondes lexicaux”: analysedu “Cable-Gate” avec IraMuTeQ. In: Actes des 11eme Journées internationalesd“Analys estatistique des DonnéesTextuelles [Internet]. 2012 [citado em 2013 Abr 13]. p. 835-44. Disponível em: <http://lexicometrica.univparis3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-20Application%20de%20la%20methode%20Alceste>

⁵² Camargo BV, Jesuíno JC, Moreira ASP, Nóbrega SM. Perspectivas Teórica - Metodológicas em Representações Sociais. UFPB Editora Universitária. João Pessoa. 2005

⁵³ Marques MCMP. Representações Sociais de enfarte agudo do miocárdio, construídas por doentes, família e profissionais de saúde.Universidade de Évora (Portugal). Doutorado em Psicologia, 2009.

⁵⁴ Ferreira OGL. Representações Sociais sobre envelhecimento ativo: um estudo com idosos funcionalmente independentes. Dissertação Mestrado em enfermagem UFPB, 2008

APÊNDICE

APÊNDICE A – TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO A SER UTILIZADO NA PESQUISA INTITULADA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO DE PESSOAS IDOSAS COM E SEM O DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL DOUTORADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora: Doutoranda Olívia Galvão Lucena Ferreira

Pesquisadora Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

Prezado (a) Senhor (a):

Sou pesquisadora da Universidade Federal da Paraíba do Programa de Pós Graduação em Enfermagem e pretendo realizar um estudo cujo objetivo é analisar a sua representação social sobre o envelhecimento ativo. Essa pesquisa contribuirá para dimensionar um diagnóstico psicossocial importante, conhecendo as possíveis necessidades de atenção à saúde que garantam os seus direitos como cidadão e inclusão na sociedade além de uma melhor qualidade de vida. Será realizada uma avaliação da sua capacidade cognitiva através de alguns questionamentos. Também será realizada uma entrevista contendo perguntas sobre o seu perfil sociodemográfico e sobre a sua visão a respeito do envelhecimento ativo e do envelhecer com o HIV/AIDS. A sua tarefa está em responder aos questionamentos de forma espontânea.

Os questionamentos sobre o envelhecimento ativo e a relação com o HIV/AIDS pode propiciar o resgate à memória de momentos agradáveis e/ou desagradáveis vivenciados por você. Neste aspecto, asseguro-lhe que será interrompido o andamento dos questionamentos com o devido encaminhamento a uma assistência especializada, a partir do seu desejo. Mas, você será beneficiado quando refletir sobre o envelhecimento ativo e a importância de passar pelo seu processo de envelhecimento de maneira ativa e bem sucedida, revelando assim as possíveis necessidades de atenção à sua saúde que garantam os seus direitos como cidadão e inclusão na sociedade além de uma melhor qualidade de vida.

Informamos que a sua participação é voluntária, que não receberá pagamento para isto, e que não será prejudicado de forma alguma caso não queira participar do estudo, sendo-lhe também garantido o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o (a) prejudique. Caso o Sr (a) aceite participar deste estudo, será necessário assinar este termo de acordo com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional De Saúde (CNS)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e divulgação dos resultados, garantindo o seu anonimato nos veículos científicos e/ou de divulgação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), que os (as) pesquisadores (as) acharem convenientes. Esperamos contar com seu apoio, e desde já agradecemos sua colaboração.

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador responsável: Olivia Galvão Lucena Ferreira. Endereço: Praça Dr. Aquiles Leal, 49, Jaguaribe, João Pessoa /PB. Telefone: (083) 8888-8190 ou 9167-2126. e-mail: oliviaglf@hotmail.com

Contato do Comitê de Ética Local: Centro de Ciências da Saúde – 1º andar/Campus I/ Cidade Universitária/CEP: 58051-900 – (83) 3216-7791/ email: eticaccsufpb@hotmail.com

CONSENTIMENTO

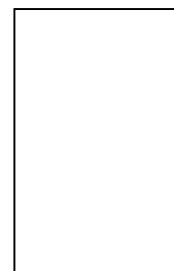
Após ter sido devidamente esclarecido sobre a pesquisa, eu, _____, concordo em participar da mesma. Informo que estou recebendo uma cópia deste Termo.

Assinatura do (a) voluntário (a) da pesquisa

Assinatura da testemunha

Assinatura do pesquisador responsável

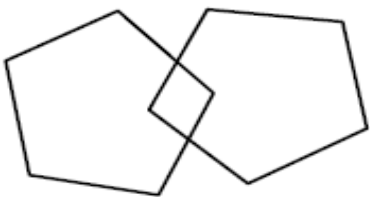
João Pessoa, ____/____/____.



APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS A SER UTILIZADO NA PESQUISA INTITULADA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO DE PESSOAS IDOSAS COM E SEM O DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS

GRUPO 1 – PESSOAS IDOSAS COM HIV

AValiação Cognitiva - Mini Exame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975)

QUESTÕES	MÁXIMO	PONTUAÇÃO
Qual o dia, mês e ano? Dia da semana e estação do ano?	5	
Onde estamos? País, estado, cidade, bairro, clínica?	5	
Nomeie 3 objetos (carro, vaso, janela)	3	
7s seriados: Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número. Interrompa após 5 respostas. Alternativa: Soletre MUNDO de trás para frente.	5	
Nomeie os 3 objetos aprendidos anteriormente.	3	
Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra.	2	
Repita “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	1	
Peça para o paciente ler e obedecer o seguinte: FECHÉ OS OLHOS.	1	
Escreva uma frase de sua escolha.	1	
Peça ao paciente que copie o seguinte desenho: 	1	
Escore total	30	

Perda cognitiva grave - ≤ 9 ; Moderada – de 10 a 20; Leve – de 21 a 24; Normal ≥ 25 .

Teste de Associação Livre de Palavras: Diga até 4 palavras que vem a sua mente:

A palavra “Idoso Ativo” o(a) faz pensar em:

Marque com um (X) as duas palavras mais importantes.

A palavra “Aids em Idoso” o(a) faz pensar em:

Marque com um (X) as duas palavras mais importantes.

Entrevista semi estruturada

Fale o que é viver com HIV/Aids

Para o senhor(a) o que é envelhecer com HIV/Aids?

O senhor se considera um idoso ativo? Por que?

Identificação:

Sexo: 1 – Masculino ()

2 – Feminino

Idade: 60 à 69 ()

70 à 79 ()

80 à 89 ()

90 à 99 ()

Grau de escolaridade: 1 - Sem escolaridade ()

2 - Ensino fundamental incompleto ()

3 - Ensino fundamental completo ()

4 – Ensino médio incompleto ()

5 – Ensino médio completo ()

6 – Ensino superior incompleto ()

7 – Ensino superior completo ()

8 – Pós graduação ()

Religião: 1 – Católica ()

2 - Evangélica ()

3 – Espírita ()

4 – Outra () Qual? _____

Procedência: 1 – João Pessoa

2 – Outra cidade () Qual? _____

3 – Outro estado () Qual? _____

Situação de Moradia: 1 – Moradia própria ()

2 – Moradia alugada ()

3 – Outra () Qual? _____

Com quem mora?

Trabalha: 1 - sim ()

2 - não ()

Tipo de trabalho: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Forma de transmissão do HIV: 1 – relações sexuais sem proteção ()

2 – transfusão sanguínea ()

3 – compartilhar de drogas injetáveis ilícitas ()

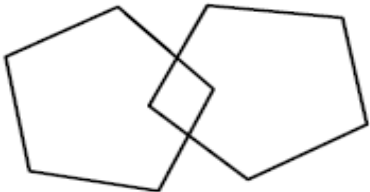
4 – outro () Qual? _____

5 – não sabe ()

APÊNDICE C - INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS A SER UTILIZADO NA PESQUISA INTITULADA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO DE PESSOAS IDOSAS COM E SEM O DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS

GRUPO 2 – PESSOAS IDOSAS SEM O DIAGNÓSTICO DE HIV

AValiação Cognitiva - Mini Exame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGH, 1975)

QUESTÕES	MÁXIMO	PONTUAÇÃO
Qual o dia, mês e ano? Dia da semana e estação do ano?	5	
Onde estamos? País, estado, cidade, bairro, clínica?	5	
Nomeie 3 objetos (carro, vaso, janela)	3	
7s seriados: Subtraia 7 de 100. Subtraia 7 desse número. Interrompa após 5 respostas. Alternativa: Soletre MUNDO de trás para frente.	5	
Nomeie os 3 objetos aprendidos anteriormente.	3	
Mostre uma caneta e um relógio. Peça ao paciente que os nomeie conforme você os mostra.	2	
Repita “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”.	1	
Peça para o paciente ler e obedecer o seguinte: FECHÉ OS OLHOS.	1	
Escreva uma frase de sua escolha.	1	
Peça ao paciente que copie o seguinte desenho: 	1	
Escore total	30	

Perda cognitiva grave - ≤ 9 ; Moderada – de 10 a 20; Leve – de 21 a 24; Normal ≥ 25 .

Teste de Associação Livre de Palavras: Diga até 4 palavras que vem a sua mente:

A palavra “Idoso Ativo” o(a) faz pensar em:

Marque com um (X) as duas palavras mais importantes.

A palavra “Aids em Idoso” o(a) faz pensar em:

Marque com um (X) as duas palavras mais importantes.

Entrevista semi estruturada

O que o senhor(a) acha como deve ser para uma pessoa viver com HIV/Aids?

Para o senhor(a), como deve ser para uma pessoa envelhecer com HIV/Aids?

O senhor se considera um idoso ativo? Por que?

Identificação:

Sexo: 1 – Masculino ()

2 – Feminino

Idade: 60 à 69 ()

70 à 79 ()

80 à 89 ()

90 à 99 ()

Grau de escolaridade: 1 - Sem escolaridade ()

2 - Ensino fundamental incompleto ()

3 - Ensino fundamental completo ()

4 – Ensino médio incompleto ()

5 – Ensino médio completo ()

6 – Ensino superior incompleto ()

7 – Ensino superior completo ()

8 – Pós graduação ()

Religião: 1 – Católica ()

2 - Evangélica ()

3 – Espírita ()

4 – Outra () Qual? _____

Procedência: 1 – João Pessoa

2 – Outra cidade () Qual? _____

3 – Outro estado () Qual? _____

Situação de Moradia: 1 – Moradia própria ()

2 – Moradia alugada ()

3 – Outra () Qual? _____

Com quem mora?

Trabalha: 1 - sim ()

2 - não ()

Tipo de trabalho: _____

O senhor (a) sabe como se transmite o vírus do HIV? () sim () não

Dê exemplos:

O senhor (a) faz ou fazia uso de preservativo em suas relações sexuais? () sim () não

Já teve alguma relação sexual sem preservativo? () sim () não

Já fez transfusão de sangue? () sim () não

Já compartilhou seringas ou agulhas? () sim () não

ANEXO

ANEXO 1 – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 7ª Reunião realizada no dia 24/07/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE ENVELHECIMENTO ATIVO DE PESSOAS IDOSAS INDEPENDENTES FUNCIONALMENTE COM HIV/AIDS”** da Pesquisadora Olívia Galvão Lucena Ferreira. Protocolo 0392/14. CAAE:33529514.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr^a Eliane Marques D. Sousa
Coordenadora CEPICCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618