

Marília Borborema Rodrigues Cerqueira

**Idosos vivendo com HIV/AIDS:
vulnerabilidade e redes sociais em Belo
Horizonte (MG), 2013**

Belo Horizonte, MG
UFMG/Cedeplar
2014

Marília Borborema Rodrigues Cerqueira

**Idosos vivendo com HIV/AIDS: vulnerabilidade e
redes sociais em Belo Horizonte (MG), 2013**

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Demografia.

Orientador: Prof. Roberto do Nascimento Rodrigues

Belo Horizonte, MG

Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2014

Folha de Aprovação

*Para **Bê** e **Old**:
Meus amores
Minha força
Meus companheiros
Meu entendimento
Minhas respostas
Meu silêncio
Meu equilíbrio
Meus dois que, sendo eles, e deles,
São meus...*

*“Someone like you
Make it all worth while
Someone like you
Keep me satisfied
Someone exactly like you”
(Van Morrison)*

AGRADECIMENTOS

O doutorado chegou ao fim! Rememorando Fernando Sabino, “no fim dá certo!” E acredito que deu. Este momento é mágico, único e me faz parar, ver os acontecimentos que se sucederam ao longo do curso e dos trabalhos de tese. É mais do que necessário agradecer! É derramar alegria... É ser feliz!

E, a emoção que me afaga agora, faz-me lembrar das primeiras leituras, dos primeiros trabalhos, dos prontuários médicos... Das várias pessoas que entrevistei. Das vidas que descobri, com detalhes inimagináveis até então.

Agradeço a Deus, por ter permitido que eu vivesse tudo isso. Todas as alegrias e todas as dores dessa caminhada. Obrigada, meu Deus!

Agradeço a Oldair e Bernardo, pela cumplicidade, pelo dia a dia, pela vida em comum. Pelo exercício diário de aprender a amar... A vocês dedico este trabalho e agradeço!

A minha família, de forma muito especial! Minha mãe, com suas pontes de safena e sua força, presente inclusive na defesa! Obrigada, mãe! Aos meus irmãos – lembranças vivas de meu pai, e irmãs – a plenitude da feminilidade; ao(à)s cunhado(a)s, meus sobrinho(a)s, sobrinha-neta, Dudu. Obrigada pelo apoio, pelas palavras amigas; por estarmos juntos nesta vida. Ao meu pai, presente em espírito e energia... Sei da sua felicidade, pai, e da sua torcida!

Ao Roberto! Ah, como é difícil falar do tanto que admiro, gosto e preciso agradecer ao Roberto! Sempre acreditei na força espiritual de estarmos juntos nessa caminhada do doutorado (e mestrado). Ele esteve do meu lado em todos os momentos... Obrigada pela coragem, pela solidariedade, pela amizade, pela caridade; pelas orientações precisas, cheias de sabedoria e segurança. Obrigada pela paciência, pela presença e, pelo silêncio, em pequenos momentos – seu silêncio me ensinou a confiar em mim. Você, Roberto, é luz; é uma bênção para mim! Obrigada!

Aos professores da banca de qualificação e, depois, na defesa final da tese – Maria do Carmo Fonseca (Carminha), Andréa Branco Simão (Déa), Dimitri Fazito e Pamila Siviero: obrigada pela presença e pelas considerações, que muito enriqueceram meu trabalho! Carminha, início e término da minha passagem pelo CEDEPLAR com empréstimos de seus livros: jamais esquecerei.

Aos professores do Programa de Mestrado e Doutorado em Demografia do CEDEPLAR: sou fã, como costume dizer, e me sinto privilegiada de ter sido aluna de vocês! Cada qual com seu conhecimento, sua presença, seu encanto.

E sinto a responsabilidade de ser, hoje, egressa da casa!

Aos funcionários da Secretaria de Pós-Graduação do CEDEPLAR: Andréa, Cecília, Cleusa e Sebastião: considero-os meus amigos, porque sempre torceram por mim e dividiram comigo alegrias, angústias, e pelos muitos e muitos favores. Sou-lhes eternamente grata! A todos do CEDEPLAR, que fazem dele um Centro de Excelência. Obrigada!

Aos colegas da minha coorte e das outras coortes, valeu! Foi muito bom estar com vocês! De forma carinhosa, à Luiza de Marillac, Rodrigo Caetano Arantes, Luísa Terra, Vanessa Franceschini, Victor Maia Senna Delgado, Luiz Bertolucci, Marcos Gonzaga, Heloísa Assis, Fernando Kelles, Márcia Barroso Fontes, colegas que se fizeram amigos! Pessoas capazes de ouvir, socializar, ajudar, ser companheiro. Que levam a sério o ditado: dividindo, multiplica-se. Muito obrigada!

Aos colegas de UNIMONTES, em especial, dos Departamentos de Economia, Ciências Sociais e Direito, e da Escola Técnica de Saúde. Em particular, a Maria Patrícia, por aumentar meu gosto pela saúde pública e pelo SUS; a Eveline, pelas terapias amigas; a Zaida, por perfumar; a Fabrícia, por ouvir; a Máximo Alessandro, por compartilhar. Ao Professor Wilson Atair Ramos, uma figura de pai; e aos meus alunos que tanto “curtiram” meu tema! Com carinho, aos meus bolsistas, Lucas, Fernanda, Victoria e Karen: a jovialidade de vocês tornou os trabalhos mais leves...

A Maria Elizete, que me recebeu em seu apartamento, nos primeiros anos de disciplina isolada e, depois, já em Montes Claros, amiga presente e que me falava/fala de Deus. Oh, Maria, você tem a força do seu nome; você é presença de luz! Obrigada!

A Níddia Carneiro, madrinha de casamento e de vida: como aprendo com você! A Tia Sônia, que me ensinou mais que o bom inglês; falou-me de anjos, das espiritualidades amigas, e fez-me acreditar que dias melhores virão! A Tia Flávia, pelas alegres aulas de espanhol... *“Bendito el lugar y el motivo de estar ahí”!* A Daiane: o pilates me fez equilibrar o físico, o emocional e o espírito. A Geralda, que cuidou dos meus queridos e da minha casa, quando eu só tinha olhos para a tese...

Ao Professor Alexandre Lazzarotto, companheiro de tema, de pesquisa, de discussões. Obrigada pela força e apoio!

Aos Professores José Ricardo Ayres e Vera Paiva: estar com vocês, no congresso na USP, em 2011, impulsionou meus trabalhos e me mostrou o quanto é importante ter em mente que *“eu sou, porque o outro é”*. Aprendizado para toda a vida!

A Sueli Régio, do SAME/HEM-FHEMIG, pelo carinho, atenção, cuidado e zelo comigo e com a pesquisa, agradecimento extensivo aos funcionários do setor e demais do HEM-FHEMIG, que ajudaram de diferentes formas.

A Ana Paula Starling, pela ajuda nas entrevistas.

A Raquel Gontijo, do NEP/HEM-FHEMIG, pela gentileza ao orientar nos trâmites do Comitê de Ética; agradecimento extensivo à Poliana (grávida e linda) e ao Dr. Jader Camponizzi e demais componentes do Comitê de Ética em Pesquisa do HEM-FHEMIG, pelos trabalhos de avaliação ética do projeto.

À equipe do COEP/UFMG, por terem avaliado o projeto de tese por duas vezes sendo, a última avaliação, em período de festas de fim de ano, emitindo o parecer em 07/01/14. Sou-lhes muito grata!

Aos apoios institucionais: à UNIMONTES, pela redução de carga horária para fazer o doutorado; ao CEDEPLAR/UFMG, por me acolher como aluna após um processo desgastante de seleção; à FAPEMIG, pela bolsa de doutorado; ao HEM/FHEMIG, pela permissão para executar o trabalho de campo no hospital.

E, com muita emoção, agradeço a eles... Idosos e idosas que vivem com HIV/AIDS, na singularidade nobre de suas vidas. Obrigada! O meu mais profundo e sincero agradecimento. Obrigada por terem me recebido, e consentido com as entrevistas! E àqueles, pacientes dos prontuários estudados, o meu agradecimento é em forma de oração, porque desconhecidos. Que Deus os cubra de bênçãos!

A todos que contribuíram com esta tese, com o doutorado: o meu respeito, carinho e agradecimento!

“Ainda agora
permito-me acreditar
que pudesse existir
um direito da abóbada
a verdade encurvada
do espaço.
Torcida pelo olho,
a infinitude,
celestial,
ela dobra o ferro,
a vontade,
mortal
de ser um deus”.

(Ernst Meister)

“A atividade sexual se inscreve, portanto, no amplo horizonte da morte e da vida, do tempo, do vir-a-ser e da eternidade. Ela se torna necessária porque o indivíduo é destinado a morrer e para que, de certa maneira, ele escape à morte”.

(Foucault)

“Por isso, só nos resta estarmos de acordo sobre os limites da exequibilidade, os quais a doença e a morte nos ensinam. A preocupação com a própria saúde é um fenômeno primordial do ser humano”.

(Gadamer)

LISTA DE SIGLAS

- ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
- AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome
- AIH – Autorização de Internação Hospitalar
- ARS – Análise de Redes Sociais
- ART – Antiretroviral Therapy
- AVC – Acidente Vascular Cerebral
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention
- CELADE – Centro Latinoamericano e Caribenho de Demografia
- CEPAL – Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- CN-DST/AIDS – Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
- CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
- DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População
- GAPA – Grupo de Apoio e Prevenção à Aids
- HEM – Hospital Eduardo de Menezes
- HIV – Human Immunodeficiency Virus
- LGBTTT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- ONG – Organização Não-Governamental
- PNC-DST/AIDS – Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
- PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- SAE – Serviço de Assistência Especializada
- SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
- SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SPP – Serviço de Prontuário do Paciente

SRA – Síndrome Retroviral Aguda

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS-DST/AIDS – Secretaria de Vigilância em Saúde do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

TARV – Terapia Antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDI – Usuário de Droga Injetável

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas para a Aids

UNDCP – Programa das Nações Unidas para o Controle de Drogas

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1: Dimensões da vulnerabilidade analisadas nesta tese.....	24
TABELA 1: Indicadores selecionados relativos aos diagnósticos de HIV/AIDS, Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte, 1991, 2000 e 2010..	43
TABELA 2: Distribuição proporcional da mortalidade de idosos por HIV/AIDS, por variáveis selecionadas, Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte, de 1996 a 2011 (em %).....	47
TABELA 3: Morbidade hospitalar do SUS pela doença pelo HIV, em Belo Horizonte, Indicadores selecionados, 2010 e 2012.....	48
TABELA 4: Idosos atendidos no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (HEM/FHEMIG), Belo Horizonte, Variáveis selecionadas, 2012.....	52
TABELA 5: Idosos atendidos no Hospital Eduardo de Menezes da FHEMIG (HEM/FHEMIG), Belo Horizonte – provável modo de transmissão, tratamento e hábitos, 2012.....	55
QUADRO 2: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nos prontuários médicos de idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2012.....	58
TABELA 6: Idosos entrevistados no Hospital Eduardo de Menezes da FHEMIG (HEM/FHEMIG), Belo Horizonte, informações selecionadas, 2014.....	61
QUADRO 3: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014. Rede temática: a descoberta da condição sorológica.....	70
QUADRO 4: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014. Rede temática: a (não) revelação e a discriminação.....	74
QUADRO 5: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014. Rede temática: os vários significados para a aids e o tratamento.....	79
QUADRO 6: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014. Rede temática: a vida com HIV/AIDS.....	82

QUADRO 7: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014. Rede temática: vida sexual, preservativo e percepções.....	88
QUADRO 8: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014. Análise de redes sociais.....	96

SUMÁRIO

RESUMO.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
APRESENTAÇÃO.....	xvi
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. HIV/AIDS, IDOSOS, VULNERABILIDADE E REDES SOCIAIS: CONCEITOS E PERSPECTIVAS DE ANÁLISE.....	7
2.1 HIV/AIDS: definições e tratamento.....	7
2.2 A resposta brasileira ao HIV/AIDS: uma síntese das políticas públicas.....	10
2.3 Idosos e HIV/AIDS.....	13
2.4 Estigma, preconceito, discriminação e Síndrome da Onipotência	18
2.5 Vulnerabilidade.....	20
2.6 Redes sociais e redes de apoio.....	26
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	31
3.1 Fundamentação teórico-metodológica.....	31
3.2 Fontes e coleta de dados secundários.....	32
3.2.1 Análise descritiva.....	34
3.3 Análise qualitativa.....	35
3.3.1 Unidade de análise e amostra.....	35
3.3.2 As entrevistas em profundidade.....	37
3.3.3 Técnicas e programas de análise dos dados qualitativos..	38
3.4 Questões éticas.....	40
4. TRAÇOS CARACTERÍSTICOS DA EVOLUÇÃO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS ENTRE IDOSOS NO BRASIL, MINAS GERAIS E BELO HORIZONTE.....	41
4.1 A epidemia de HIV/AIDS entre idosos.....	41
4.2 Os prontuários médicos: a materialidade do HIV/AIDS.....	51
5. IDOSOS E VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS EM BELO HORIZONTE: UM ESTUDO DE CASO.....	60
5.1 Perfil característico dos idosos entrevistados.....	60
5.2 A descoberta da condição sorológica.....	62
5.3 A (não) revelação e a discriminação.....	71
5.4 Os vários significados para a aids e o tratamento.....	74
5.5 A vida com HIV/AIDS.....	79
5.6 Vida sexual, preservativo e percepções.....	82
5.7 Redes sociais e redes pessoais de idosos que vivem com HIV/AIDS.....	89
5.8 Redes sociais, significados da aids e a Síndrome da Onipotência.....	94
6. CONCLUSÕES.....	97
REFERÊNCIAS.....	102
ANEXOS.....	122

RESUMO

Esta tese tem por objetivo geral definir os fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS, com base na perspectiva de idosos que vivem com HIV/AIDS, buscando: i) conhecer a dinâmica da epidemia HIV/AIDS entre idosos em Belo Horizonte, abordando aspectos referentes ao contexto epidemiológico e individual; ii) verificar as percepções e comportamentos desses idosos relacionados ao HIV/AIDS; iii) registrar e analisar informações sobre a rede social na qual eles se inserem. A pergunta de pesquisa foi “quais os fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS, considerando-se a dinâmica demográfica e o envelhecimento populacional?” Em consonância com o marco conceitual adotado nesta tese, foram contemplados os contextos intersubjetivos geradores de vulnerabilidade. O universo de estudo foram os idosos que vivem com o vírus, atendidos no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, realizando-se 20 entrevistas com 12 idosas e 8 idosos, todos com idade igual ou superior a 60 anos, que expressaram o consentimento para a realização das entrevistas e aptos à participação, no que se refere ao estado mental. A metodologia incluiu também análise prévia de dados coletados no DATASUS e de prontuários médicos de idosos com HIV/AIDS atendidos no mesmo hospital. Os idosos entrevistados apresentam baixa escolaridade, baixa renda, estão ou estiveram unidos, e têm percepções e comportamentos fundados em relações de gênero estruturadas com assimetria de poder. Apresentam, portanto, baixa capacidade de resposta à vulnerabilidade. A maioria dos idosos entrevistados tem vida sexual ativa, mas poucos deles declaram que se protegem, usando preservativo. A adesão à terapia antirretroviral tem estrita relação com a forma de contração do vírus: as idosas que foram traídas têm adesão ruim à TARV e são revoltadas e depressivas. As redes sociais têm conversão para redes de apoio, que transcendem o domicílio, revelando trocas recíprocas entre os idosos e familiares. Alguns idosos que vivem com HIV/AIDS têm importante papel na rede social, sendo conselheiros, por exemplo. No tocante ao nível programático, muitos idosos ressaltaram que nunca viram um programa voltado para a geração deles, e a falta de informações perpassa todos os níveis de vulnerabilidade. O cenário revelado por esta tese é preocupante, pois apesar da dinâmica demográfica e envelhecimento populacional já terem sido incorporados aos debates, os idosos são vistos como seres assexuados. Espera-se, nesse sentido, que esta tese possa contribuir para desmitificar a invisibilidade sexual dos idosos, garantindo-lhes uma vida sexual saudável e contínua, o que lhes é de direito.

Palavras-chave: Idosos. HIV/AIDS. Vulnerabilidade em saúde e AIDS. Redes sociais.

ABSTRACT

The objective of this thesis is to identify the factors associated with the vulnerability of the elderly aged 60 years or more to HIV/AIDS, based on in-depth interviews aiming to: i) understand the dynamics of epidemic HIV/AIDS among the aged in Belo Horizonte, addressing aspects related to the epidemiologic and individual context; ii) verify the perceptions and behaviors of elderly related to HIV/AIDS; iii) record and analyze information about the social network in which they are inserted. The research question was “which factors are associated with the vulnerability of the elderly to HIV/AIDS, considering the demographic dynamics and the aging population?” In line with the conceptual framework adopted in this thesis, vulnerability-generating intersubjective contexts were addressed. The study universe were the elderly living with the virus, treated at Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Interviews with 20 older adults (12 women and 8 men), who signed a consent form and were considered mentally fit were performed. The methodology also included previous analysis of data collected from DATASUS and from medical records of the aged with HIV/AIDS treated at the same hospital. The aged interviewed showed low level of education, low income, are or were in marital union, and have perceptions and behaviors grounded in structural gender relations with asymmetry of power, therefore, showing low responsiveness to vulnerability. Most aged interviewed are sexually active, but few of them declared to protect themselves by using condoms. Adherence to antiretroviral therapy has close relation with the way of contracting the virus: aged women who were betrayed have a poor adherence to the ART and are angry and depressed. Social networks become support networks, which go beyond the household, revealing reciprocal exchanges between the aged and family. Some aged living with HIV/AIDS play an important role in the social network, as counselors, for example. Regarding the programmatic level, many aged highlighted that they have never seen a program focused on their generation, and the lack of information reaches all levels of vulnerability. The picture revealed by this thesis is worrying because, despite the fact that demographic dynamics and the aging population have already been incorporated into discussions, elderly have been considered as asexual beings. It is expected, in this sense that, this thesis can help to demystify the sexual invisibility of the aged, ensuring them a healthy and continuous sexual life, what is rightfully theirs.

Keywords: Aged. HIV/AIDS. Health Vulnerability and AIDS. Social Networking.

APRESENTAÇÃO

Em 2008, estudando sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, em disciplina isolada já no Programa de Pós-Graduação em Demografia do CEDEPLAR/UFMG, ainda tendo o doutorado nos sonhos e projetos de vida, tive a oportunidade de ler uma extensa literatura sobre HIV/AIDS. Comecei a observar que havia pouco artigo sobre saúde sexual de idosos, como também sobre idosos vivendo com HIV/AIDS, o que me incomodava sobremaneira, como se eles fossem assexuados, como se não existissem no contexto e no mundo, onde a epidemia se propaga. Intrigava-me, igualmente, observar que não havia campanha do Ministério da Saúde direcionada para os idosos, incentivando o uso de preservativo – idoso não brinca o carnaval (muita campanha associada a essa data). Era triste pensar que, ao completar 60 anos, as pessoas têm sua vida sexual anulada, tornam-se “invisíveis sexualmente” (lembrando Lisboa, 2006).

Naquela época, tive certeza que eu iria buscar conhecimento sobre este tema: idosos e HIV/AIDS. E foi um intento árduo, motivo de desconfianças de alguns, daqueles que comungam a ideia de que idoso não faz sexo; como no ano passado, setembro de 2013, participando de um evento científico, uma acadêmica de medicina me perguntou, exasperada, ao ler o título do trabalho: “mas idoso tem aids? Como? Ele faz sexo?”

O doutorado permitiu o amadurecimento das pesquisas, dos estudos. A orientação recebida, par a par com o desenvolvimento dos trabalhos, foi o sustentáculo imprescindível – traduzido em parceria, sabedoria, inteligência, disciplina, constância e paciência, primordialmente nos momentos difíceis, quando tive vontade de desistir e mudar o percurso.

A aprovação dos projetos de pesquisa em Editais Universais da FAPEMIG, versando sobre outros aspectos do tema idosos e HIV/AIDS, indicou que estávamos no caminho certo.

Os trabalhos de campo, a coleta de dados nos prontuários e as entrevistas, também sinalizaram nesse sentido, porque o HIV/AIDS estava materializado ali, naquelas

histórias captadas nos registros dos prontuários (alguns, com 4 volumes e muitos papéis); histórias reais de pessoas reais, vivas (e vivendo com HIV/AIDS) para contar a própria história. Para cada ida a Belo Horizonte, para fazer as entrevistas, havia uma volta cheia de emoções e reflexões. Eu refletia sobre a vida, sobre valores, sobre desejos. Resignificava conceitos arraigados. Ouvia histórias impressionantes, que foram muito mais que “material” para a elaboração da tese. Senhoras idosas que contraíram o HIV por causa de traições dos maridos, únicos parceiros sexuais delas. Outra idosa contraiu o HIV em momento de violência (estupro). Por sua vez, homens iludidos pela beleza de jovens, como se a beleza imunizasse alguém para a infecção. Pessoas simples, que não sabem o que significa HIV/AIDS, e, ainda assim, alegres e acreditam na vida, mesmo que seja para servir a um filho, olhar um neto, etc.

Quando chegava, eram necessárias meditação, concentração e orações, para recobrar os ânimos e ter certa distância dos fatos para analisá-los. Fortes, histórias não contadas. Após a entrevista da senhora vítima de estupro, antecipei minha volta para Montes Claros...

E, hoje, me sinto na obrigação (primeiro, comigo mesma) de fazer algo por essas pessoas que tão bem receberam a pesquisa e a mim! Ajudar no confronto das consequências da infecção, oferecendo elementos que possam subsidiar a elaboração de programas e intervenções de saúde pública e social, lembrando aqui Parker (2013). Incentivar o desenvolvimento de práticas de saúde como “encontro de sujeitos”, em favor da razão do “estar-no-mundo”, o “eu e o outro”, parafraseando Ayres et al. (1999). Do meu lado, com meus recursos, desenvolver momentos de conversa com idosos, falar de sexo, de doenças, de vírus. Tentar fazer desta tese algo mais que um exemplar de capa dura e letras douradas de enfeite.

Os idosos não somente têm vida sexual ativa, como também falam sobre o tema, sem tabus. Deve-se enxergá-los como sujeitos históricos, sujeitos de direitos. E deixar, registradas entre tantas informações, algumas certezas: idosos têm projetos de felicidade (rememorando Ayres, 2001); idosos fazem sexo e fazem amor!

1. INTRODUÇÃO

Há muitos autores, nas mais diversas áreas, se dedicando ao tema envelhecimento populacional ou aos seus desdobramentos. Sob a perspectiva demográfica, o processo de envelhecimento populacional é o aumento da proporção da população idosa na população total (Carvalho, 2004). O declínio sustentado da fecundidade é o primeiro determinante do envelhecimento de uma população, secundado por melhorias na saúde e longevidade (U.S. National Institute on Aging, 2007). É certo que o rápido envelhecimento populacional observado no Brasil é irreversível, considerando-se que as forças motoras da transição demográfica brasileira – as transições da mortalidade e da fecundidade, alcançaram níveis difíceis de retornarem a estágios anteriores (Carvalho, Wong, 2008), inclusive verificando-se a queda da mortalidade nas idades avançadas (Campos, Rodrigues, 2005), fazendo com que haja um maior número absoluto de idosos. Essa mudança do padrão demográfico brasileiro repercutirá, por conseguinte, em todos os setores da sociedade, públicos e privados (Carvalho, 2007), principalmente pelo padrão de crescimento diferenciado por idade, sendo muito alto no contingente de idosos.

A verdade é que as “sociedades agora têm o luxo de envelhecer” (Kinsella, Velkoff, 2001). A história do envelhecimento populacional é tida, muitas vezes, como uma história de sucessos (U.S. National Institute on Aging, 2007; Kinsella, Phillips, 2005). Alguns autores fazem referência ao triunfo da saúde pública, assim como aos avanços médicos e desenvolvimento econômico sobre doenças e agravos que limitaram a esperança de vida por milênios. Não obstante, outros autores citam vários processos fisiológicos que se modificam durante o envelhecimento, em uma perspectiva biológica, ressaltando aqueles ligados às emoções, a uma dimensão mais subjetiva, de tal maneira que falar de envelhecimento deve, necessariamente, passar por uma abordagem particular dos idosos, apreendendo-se as diferenças do grupo (Garcia et al., 2006).

A questão do envelhecimento populacional reúne diversos temas, para além da visão negativa dos idosos como indivíduos frágeis e dependentes (Walker, 1990),

assexuados (Lisboa, 2006), intrinsecamente improdutivos e consumidores de recursos públicos (Camarano, Pasinato, 2004). Faz-se necessário discutir o envelhecimento populacional sob uma perspectiva abrangente, considerando-se a heterogeneidade do subgrupo populacional definido como idoso (Camarano, Pasinato, 2004).

Nesta tese, a proposta de estudo do tema envelhecimento populacional se limita ao binômio idosos e HIV/AIDS, desmitificando a ideia de que idoso não faz sexo e registrando que a incidência de HIV/AIDS está presente também no grupo etário de 60 anos ou mais. As análises de vulnerabilidade e de redes sociais, sob a perspectiva dos idosos vivendo com HIV/AIDS, ampliam a discussão no que se refere a esta delimitação do tema, tanto pelo recorte de idade, visto que a maioria dos estudos contempla o corte de 50 anos ou mais (Vasconcelos et al., 2004; Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007; Pottes et al., 2007), quanto pelas análises *per si* e por se tratar de pessoas idosas vivendo com o vírus.

A pergunta de pesquisa foi “considerando a dinâmica demográfica, o processo de envelhecimento e respectiva coorte de idosos, quais os fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS?”. Esta questão, por estar em consonância com o marco conceitual adotado neste estudo, contempla as dimensões da vulnerabilidade – a individual, a social e a institucional – e, também, os contextos subjetivos e intersubjetivos geradores de vulnerabilidade (Ayres, 2002), em uma perspectiva que concebe o sujeito (o idoso) de modo mais fecundo, compreendendo-o na relação com o outro (Ayres, 2001). Visou-se definir a vulnerabilidade por meio do relato daqueles que estão vivendo com o vírus HIV/AIDS. Isso significa, em outras palavras, conhecer a dinâmica da epidemia de HIV/AIDS entre idosos, as percepções, os comportamentos e as redes sociais desses idosos, ou seja, a experiência de viver com HIV/AIDS.

Buscar conhecer a dinâmica da epidemia de HIV/AIDS neste grupo populacional é fundamental, dado o número crescente de casos diagnosticados em indivíduos com idade superior a 60 anos. Já as percepções e comportamentos integram um campo de estudo de salutar importância, pois as construções socioculturais das definições coletivas ou subjetivas do que é ser viril ou feminina (Parker, 1997; Barbosa, 1999; Buchalla, Paiva, 2002) é um dos obstáculos aos trabalhos de prevenção e promoção

da saúde sexual. Quanto às redes sociais, esse tipo de estratégia de análise tem possibilitado avanços na área, principalmente pelo reconhecimento de que as redes sociais podem afetar a saúde de um indivíduo (Klovdahl, 1985; Christakis, Fowler, 2007; Smith, Christakis, 2008), assim como as percepções sobre a vulnerabilidade de se contrair uma doença, por exemplo, HIV/AIDS (Kohler, Behrman, Watkins, 2007; Watkins, 2004), ou a mudança de comportamento, como deixar de fumar, comer menos (Smith, Christakis, 2008), etc. A análise de redes sociais dos idosos vivendo com HIV/AIDS permitirá registrar informações para a análise de vulnerabilidade, como também para os estudos sobre a rede pessoal ativa dos idosos e sua rede de apoio. Igualmente, definir os fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS, com base na experiência deles, é assumir a existência de identidades (e práticas) intersubjetivamente construídas e de contextos intersubjetivos nos quais se efetiva a vulnerabilidade ao HIV/AIDS (Ayres, 2002).

Parker (2000) já chamava a atenção para a importância de se conhecer outras informações para além de dados epidemiológicos, como aquelas de ordem qualitativa. Segundo ele, os métodos epidemiológicos de conceitualização e quantificação da sexualidade permitem o conhecimento quantitativo da epidemia, mas não a compreensão dos significados associados ao que eles se referem. O autor ressalta, citando a si mesmo, que os “significados intersubjetivos e o contexto social das interações sexuais devem necessariamente informar o planejamento de estratégias de intervenção apropriadas” (Parker, 1992 *apud* Parker, 2000, p. 39).

A escolha de Belo Horizonte para o desenvolvimento do estudo tem por fundamento o fato de o município, por ser a capital de Minas Gerais e o seu município mais populoso, disponibilizar os meios diagnósticos laboratoriais do HIV em maior número que nos demais municípios mineiros (SES/MG, 2006) – um possível indicador de melhor cobertura de diagnóstico (meios diagnósticos laboratoriais: genotipagem, carga viral, contagem LT CD4+, renagono, Elisa anti HIV, IFI e Western Blot).

Vale ressaltar, ainda, a favor da escolha de Belo Horizonte, que o sistema de saúde do município está organizado em função de uma divisão geográfica e política de sua área, em 9 Distritos de Saúde: Centro-Sul, Norte, Nordeste, Noroeste, Pampulha, Barreiro, Este, Oeste e Venda Nova. Cada distrito, sob administração da Secretaria

Municipal de Saúde, órgão da Prefeitura de Belo Horizonte, é composto por 15 a 20 unidades de ambulatórios que, por sua vez, são constituídos por unidades básicas de saúde ou centros de saúde, e unidades de atenção secundária, como os postos de assistência médica (PAM), além da rede hospitalar pública e contratada. Nas unidades básicas são desenvolvidas ações de vigilância de saúde e de atenção às demandas, respondendo pela prevenção de incidências, por meio de visitas domiciliares (Marques, 2002). Logo, há instâncias específicas de planejamento e decisão na saúde nos três níveis: local, responsável pela população da área de atuação do centro de saúde; no nível do Distrito de Saúde e no nível central da Secretaria Municipal, responsável por toda a área do município. Ainda de acordo com Marques (2002), a existência dos Distritos de Saúde em Belo Horizonte, onde se encontram implantados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), tem contribuído para o desenvolvimento das atividades de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e HIV/AIDS. O município conta, desde 2000, com o Programa de Prevenção de Mãos Dadas Contra a Aids, responsável pela realização de atividades pontuais de educação, prevenção e promoção da saúde.

Acredita-se, também, na possibilidade de replicar¹ este estudo para outros municípios mineiros, por meio da experiência de pesquisa desenvolvida em Belo Horizonte.

Uma vez definido o local de estudo, o objetivo geral desta tese é definir os fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS, em Belo Horizonte, buscando: i) conhecer a dinâmica da epidemia de HIV/AIDS entre idosos em Belo Horizonte, abordando aspectos referentes ao contexto epidemiológico e individual; ii) verificar as percepções e comportamentos desses idosos relacionados ao HIV/AIDS; iii) registrar e analisar informações sobre a rede social na qual eles se inserem.

Um aspecto central que deve ser considerado neste estudo é o fato de os idosos serem invisíveis sexualmente, inclusive para os profissionais de saúde (Levy et al., 2007; Alencar, 2012). Para facilitar os trabalhos de análise foram definidas algumas

¹ A respeito da replicação de estudos, ver Goldenberg (2000) e Mendonça (2008), cujos trabalhos ressaltam as dificuldades de se replicar uma pesquisa, tendo em vista as especificidades de cada realidade estudada.

hipóteses ou pressupostos que nortearam a coleta de informações de natureza qualitativa. Dentre eles destacam-se os seguintes: os idosos conviveram com a revolução sexual e com doenças sexualmente transmissíveis que tinham cura, como a sífilis e a gonorreia, o que os fazem acreditar serem imunes ao HIV; a construção sociocultural das definições coletivas ou subjetivas do que é ser viril, macho, no caso dos idosos, e feminina, no caso das idosas, define as percepções e comportamentos da coorte atual de idosos em relação às práticas sexuais; o significado da aids para os idosos tem estrita relação com a idade ao diagnóstico; as redes sociais podem se convergir às redes de apoio para os idosos que vivem com HIV/AIDS; sobre as redes sociais dos idosos, alguns idosos são importantes pontos de referência; em se tratando do contexto intersubjetivo do idoso, existe a chamada Síndrome da Onipotência, que significa “sempre vai acontecer com o outro e não comigo” (Fontes, Saldanha, Araújo, 2006); parafraseando Ayres (2001), contrair o vírus não estava entre os planos de felicidade do idoso.

A metodologia de pesquisa foi própria da abordagem qualitativa, realizando-se entrevistas em profundidade com idosos atendidos e institucionalizados no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (HEM/FHEMIG). Embora este seja o método mais adequado para possibilitar responder à pergunta de pesquisa, considerou-se importante subsidiar previamente a abordagem qualitativa com informações quantitativas, oriundas de dados secundários coletados no sítio *web* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, assim como com dados de prontuários médicos coletados no mesmo hospital.

A tese contém seis capítulos, incluindo esta introdução. O Capítulo 2 apresenta a fundamentação histórica do tema e as bases teóricas do estudo, considerando a concepção de vulnerabilidade e a análise de redes sociais – ARS. O terceiro capítulo discorre sobre a metodologia, métodos de coleta e métodos de análise das informações, além de registrar o desenvolvimento do trabalho de campo. No Capítulo 4 são mostrados tanto os resultados sobre a evolução da epidemia de HIV/AIDS em idosos quanto aqueles oriundos da análise dos prontuários médicos estudados. No Capítulo 5 são discutidos os fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS, em Belo Horizonte, por meio da realidade contemplada com as entrevistas e com base nas dimensões da vulnerabilidade adotadas neste estudo. O

Capítulo 5 apresenta também a análise das redes sociais dos idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte, conjugando-as com o arcabouço da vulnerabilidade. E, por último, o Capítulo 6 destaca as conclusões e os principais pontos de todo o estudo, as sugestões de políticas públicas direcionadas para o binômio idosos e HIV/AIDS, as limitações do estudo e a agenda de pesquisas, visto que novas questões surgiram durante a realização desta tese.

2. HIV/AIDS, IDOSOS, VULNERABILIDADE E REDES SOCIAIS: CONCEITOS E PERSPECTIVAS DE ANÁLISE

O estudo sobre idosos que vivem com HIV/AIDS, foco principal desta tese, pode ser feito sob diferentes dimensões ou perspectivas. Todas elas talvez demandem, inicialmente, uma incursão sobre definições e aspectos relacionados ao tratamento da doença, assim como sobre os fatores que permeiam a contaminação com o HIV. Uma síntese dessa discussão constitui o assunto abordado no primeiro item deste capítulo. No caso brasileiro, a abordagem sobre idosos com aids certamente requer, ainda, que se explicita, mesmo que sucintamente, as políticas adotadas para o combate da doença, seja pelo seu alcance e pioneirismo, seja pela importância que assume como exemplo de política de saúde bem sucedida. A apresentação dessas políticas é seguida por considerações acerca do estigma, preconceito, discriminação e Síndrome da Onipotência que envolvem a abordagem da aids. Na sequência, são abordados dois fatores fundamentais para a perspectiva de análise adotada nesta tese: a vulnerabilidade, que permite ir além da concepção de riscos associados à contração do vírus e desenvolvimento da doença; e as redes sociais ou redes de apoio, que podem fornecer elementos importantes para a análise dos fatores e comportamentos associados à vivência de idosos com o HIV/AIDS.

2.1 HIV/AIDS: definições e tratamento

O vírus da imunodeficiência humana, conhecido por seu acrônimo em inglês, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), é um retrovírus, ou seja, um vírus que trafega ao contrário, de frente para trás, responsável por uma infecção que mina as defesas do organismo e que pode evoluir para a síndrome clínica, nomeada Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida pelo acrônimo em inglês, aids (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) (Bastos, 2006).

O HIV pode ser encontrado no sangue, no esperma, no líquido lubrificante do homem, na secreção vaginal, no leite da mãe e em objetos infectados por essas substâncias. A infecção ocorre ao se ter contato com esses líquidos por meio de

relações sexuais (bidirecional, em ambas as relações heterossexuais e homossexuais), por transfusão de sangue ou hemoderivados, compartilhamento de seringas, agulhas e utensílios perfuro-cortantes e por transmissão vertical, de mãe para filho (Rachid, Schechter, 2000). Pode ser transmitido, inclusive, por uso comum de brinquedos sexuais e pela prática do tribadismo (produção de atrito entre vagina com vagina).

Quando o HIV está na corrente sanguínea ele se liga à célula CD4 (linfócito) para se reproduzir, com velocidade alta (cerca de um bilhão de partículas virais/dia, destruindo de 1,8 a 2,6 bilhões de células CD4/dia). Igualmente à velocidade, há alta taxa de mutação do HIV, o que define a resistência aos medicamentos e os processos de reinfecção por cepas diferentes do mesmo vírus (Belém, 1999). Essa diversidade do vírus dificulta o desenvolvimento de uma vacina para combater a aids e pode significar que uma mesma pessoa seja infectada por mais de um vírus.

A infecção pelo HIV pode apresentar, dependendo do organismo infectado, três fases clínicas, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Brasil, 2013):

1. Infecção aguda → das primeiras semanas da infecção pelo HIV, até o aparecimento dos anticorpos anti-HIV após, aproximadamente, quatro semanas depois da infecção. Nesse período ocorre a Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que se apresenta entre a primeira e a terceira semana após a infecção, com quadros de diarreia, vômitos, perda de peso, dor de cabeça, febre, faringite, sudorese, depressão, meningite, etc. Podem ocorrer manifestações clínicas intensas e prolongadas (superiores a 14 dias), significando a progressão rápida da doença e dependente de cada organismo infectado.
2. Fase assintomática → ou latência clínica, correspondente ao período de incubação ou estágio sub-clínico da doença. Segundo Gerstman (1998), este período pode variar entre 3 a 10 anos. Algumas pessoas infectadas apresentam linfadenopatia (aumento dos linfonodos ou gânglios linfáticos) e plaquetopenia (diminuição das plaquetas que participam da coagulação), como também, processos infecciosos bacterianos, como infecções respiratórias e tuberculose.

3. Aids → é a síndrome clínica da doença, quando ocorrem infecções oportunistas, como pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica e meningite criptocócica (meningite causada por micose), entre outras, e neoplasias. As neoplasias mais comuns são o Sarcoma de Kaposi, Linfomas Não-Hodgkin e câncer de colo uterino. Nessa fase, a contagem das células CD4 está abaixo de 200 células/mm³ (Brasil, 2013).

O tratamento da infecção pelo HIV é feito com o uso de antirretrovirais, medicamentos que impõem barreiras à expansão do vírus, impedindo-o de copiar a si mesmo. Dos primeiros casos até a chegada do AZT (zidovudina) ao mercado, passaram-se seis anos (FIOCRUZ, 2013a). A terapia combinada, conforme Bastos (2006), é conhecida como “coquetel” ou Terapia Antirretroviral (TARV), composta por pelo menos três antirretrovirais combinados, sendo dois medicamentos de classes diferentes. O tratamento é complexo e requer acompanhamento médico constante, pois há a necessidade de avaliar a reação do organismo à TARV. À medida que ocorre resistência à TARV, por motivo de abandono do tratamento, ou reinfecção, ou efeito do próprio organismo, são prescritas combinações mais fortes dos medicamentos, ou, como conhecido nos serviços de saúde, TARV de segunda e terceira linha (Brasil, 2013).

A terapia com o coquetel é uma estratégia de tratamento e prevenção ao HIV/AIDS, visto que a medicação diminui o nível de carga viral no paciente e nos fluidos (entre eles, sêmen ou secreção cérvico-vaginal), reduzindo, portanto, a possibilidade de infectar outras pessoas (Mattos, 1999). De acordo com Camargo Júnior (1999), a TARV, para além de ser somente a terapia contra o retrovírus, é uma ação de prevenção, com dois objetivos: interromper a transmissão do vírus e retardar o surgimento da imunodeficiência e/ou das doenças oportunistas que a caracterizam.

O tópico seguinte descreve, de forma sucinta, as medidas e estratégias desenvolvidas no Brasil em resposta ao HIV/AIDS, registrando ações dos entes públicos, sociedade civil organizada e organismos de fomento.

2.2 A resposta brasileira ao HIV/AIDS: uma síntese das políticas públicas²

No Brasil, os primeiros casos de aids foram identificados no início da epidemia, mas as respostas oficiais demoraram a aparecer, pois acreditava-se, de forma discriminatória, que era uma doença de grupos: homossexuais e viciados em drogas (Camargo Júnior, 1999).

As primeiras políticas públicas de prevenção ao HIV/AIDS surgiram em São Paulo e, depois, no Rio de Janeiro, com a atuação de movimentos organizados da sociedade civil e organizações não-governamentais. Em 1983, houve um esboço de política pública em São Paulo e, em 1985, aconteceram as primeiras articulações no nível federal, com a edição de uma portaria ministerial com diretrizes para um programa de controle da aids (Camargo Júnior, 1999; Ventura, 1999).

A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS insere-se em contexto maior de mobilizações para este fim, no mundo. Em 1986, houve a criação do Programa Especial de Aids na Organização Mundial da Saúde (OMS), que evoluiu para o Programa Global de Aids. Órgãos como o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), o Programa das Nações Unidas para o Controle de Drogas (UNDCP) e o Banco Mundial passaram a assumir importantes papéis na resposta à epidemia. De acordo com Parker, Galvão e Bessa (1999), as iniciativas das Nações Unidas foram reorganizadas no Programa Conjunto das Nações Unidas para a Aids (UNAIDS).

O Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PNC-DST/AIDS) foi estabelecido em 1988, em meio à efervescência, no Brasil, do movimento sanitário que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre 1990 e 1992, no Governo Collor, houve retrocessos na área do HIV/AIDS. Não obstante, o SUS começou a distribuir os antirretrovirais visando, inclusive, garantir a notificação dos casos de aids. Em 1993, um acordo assinado com o Banco Mundial,

² A ideia deste tópico é apresentar, de forma breve, dada a magnitude da temática “políticas públicas”, alguns fatos indispensáveis ao entendimento de o Brasil ser o pioneiro e modelo de resposta ao HIV/AIDS. Para estudos sobre o tema, ver a coletânea organizada por Parker, Galvão e Bessa (1999), assim como os estudos de Grangeiro et al. (2006) e Portela e Lotrowska (2006).

denominado Projeto AIDS I, com vigência de 1994 a 1998, deu fôlego ao PNC-DST/AIDS, que passou a ser Coordenação Nacional de DST e Aids (CN-DST/AIDS). A partir deste projeto, o governo federal passou a investir na prevenção, com 41% dos recursos sendo aplicados na difusão de informações e na educação, bem como nas campanhas de orientação e distribuição de preservativos. Sob coordenação da CN-DST/AIDS, ficaram os seguintes serviços: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), criados no país em 1988; Serviços de Aconselhamento, em projetos de intervenção do SUS; e Disque Saúde/Pergunte Aids, via internet. Neste período, vários projetos³ foram dirigidos a segmentos populacionais em situação de vulnerabilidade: População em situação de pobreza, Aids no local de trabalho, Caminhoneiros, Populações confinadas, População feminina, Povos indígenas, Crianças, adolescentes e adultos jovens, Homens que fazem sexo com homens, Forças Armadas. Igualmente, vários projetos de ONG's foram agraciados com recursos federais (Camargo Júnior, 1999; Ventura, 1999).

Com a realização da Conferência Internacional do Cairo sobre População e Desenvolvimento, em 1994, e a de Pequim sobre as mulheres, em 1995, as ações contra o HIV/AIDS tornaram-se presentes nas agendas de muitas entidades e organizações inter-governamentais, nacionais e não-governamentais no mundo inteiro, sendo a aids definida como uma questão crucial de saúde pública e um problema central para a política internacional de desenvolvimento (Parker, Galvão, Bessa, 1999).

Retomando a história no Brasil, em 1996, a Coordenação Nacional de DST/AIDS lançou a Rede Nacional de Direitos Humanos em HIV/AIDS, após a criação do Programa Nacional de Direitos Humanos, cujo objetivo foi dar respostas mais rápidas para conter a epidemia de HIV/AIDS. A Rede tinha a função de articular as ações e informações referentes a direitos humanos, na área de HIV/AIDS (Ventura, 1999).

Também a partir de 1996, o Brasil passou a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais no SUS (Grangeiro et al., 2006), para uso constante, sob orientação médica. Essa distribuição de antirretrovirais, via SUS, foi

³ A descrição desses projetos pode ser vista em Camargo Júnior (1999).

um dos compromissos firmados com o Programa Conjunto das Nações Unidas para a AIDS (UNAIDS), definindo o Brasil como protagonista nessa área (Portela, Lotrowska, 2006).

De acordo com Mattos (1999), os efeitos desejáveis das políticas públicas em HIV/AIDS dividem-se em dois eixos complementares: os relativos ao controle da epidemia e os relativos à qualidade de vida dos que foram atingidos pela epidemia. O Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS) tem a característica histórica de desenvolver ações integrais de cuidado aos pacientes com HIV/AIDS e por incorporar estratégias amplas de enfrentamento da epidemia, em articulação com a sociedade civil, com ONG's e com organismos internacionais na área de pesquisa e financiamento (Portela, Lotrowska, 2006). Nesse contexto, inseriu-se, em 1998, o Projeto AIDS II, com recursos do Banco Mundial, investindo, primordialmente, na informação, educação e comunicação (Mattos, 1999).

Segundo Camargo Júnior (1999), os projetos das ONG's enquadravam-se em um dos seguintes tipos: apoio às pessoas vivendo com HIV/AIDS e seus familiares; apoio às ações de informação, educação e comunicação; intervenção comportamental; ou desenvolvimento institucional. Houve um *boom* de ONG's na história do HIV/AIDS no Brasil, visando assegurar os direitos e a qualidade de vida daqueles vivendo com HIV/AIDS (Villela, 1999). Faz-se necessário ressaltar o trabalho dos inúmeros Grupos de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), assim como da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), do Grupo Pela VIDDA e das organizações voltadas para a defesa dos direitos dos homossexuais, como os grupos pioneiros Atobá (Rio de Janeiro), Somos (São Paulo) e Grupo Gay da Bahia (Salvador). Nessa luta contra a aids destaca-se o trabalho da Sociedade Brasileira dos Hemofílicos, em parceria com a ABIA, cuja maior vitória foi a implementação dos testes anti-HIV como rotina para toda doação de sangue, a partir de 1988, em todo o país (Villela, 1999).

O trabalho conjunto do Programa Nacional de DST/AIDS e ONG's, assim como o aumento no número de projetos voltados para a prevenção primária do HIV, com apoio do Banco Mundial, geraram a criação de espaços específicos para a troca de informações, articulação e discussão política, como a Rede Nacional de Pessoas Vivendo com Aids, as Redes Paulista e Mineira de Mulheres Vivendo com Aids, e os

inúmeros encontros e eventos voltados para a aids, a partir de 1994. Como exemplo, registram-se as Jornadas de Vacinas (para as doenças oportunistas), encontros de ONG's/AIDS, Encontros Nacionais de Pessoas Vivendo com Aids, Encontros de Gays, Lésbicas e Travestis, Encontros Nacionais de Lésbicas e Encontros de Travestis que Trabalham com Aids, entre outros (Villela, 1999), além do movimento de grande repercussão e mobilização nacional dos grupos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBTTT).

No tópico a seguir, a atenção é voltada para os idosos e o HIV/AIDS, dissertando-se sobre os trabalhos existentes e buscando entender a inserção deste grupo na epidemia, perpassando pelos fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS.

2.3 Idosos e HIV/AIDS

Retomando o já exposto, o Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais pelo SUS (Grangeiro et al., 2006). Não obstante, a aids é considerada um dos maiores problemas de saúde pública no país e no mundo (Silva et al., 2010), observando-se o surgimento do HIV de segunda geração (Dourado et al., 2006), processos de reinfecção (Felismino, Costa, Soares, 2008; Bastos, 2006) e a banalização do HIV/AIDS que, “devidamente tratada, passa a ser vista como uma afecção trivial, para alguns, similar a um ‘resfriado forte’” (Bastos, 2006, p. 79, *grifos do autor*).

De forma geral e contemporânea, a epidemia de HIV/AIDS no Brasil é caracterizada pela heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização, ou seja, o perfil epidemiológico da doença sofreu modificações ao longo do tempo, passando a ser disseminada por relações heterossexuais e, por conseguinte, contaminando as mulheres (Silva et al., 2010; Dourado et al., 2006; Barbosa, Sawyer, 2003; Bastos, 2006; Goldani et al., 2003). O dinamismo da epidemia aponta para o envolvimento das populações socialmente mais vulneráveis e a análise da evolução espacial indica que a aids não se distribui de forma homogênea entre as regiões brasileiras, e deixa de ser uma doença dos grandes centros, atingindo municípios menores (Barbosa, 2002; Dourado et al., 2006; Cunha, 2006). Contudo, algumas destas

características da epidemia são definidas pela análise da evolução das proporções das notificações, representando no denominador o total de observações (Guimarães, 2007). Logo, temos que ter parcimônia ao trabalhar com proporções, ainda mais quando está em pauta uma doença definida⁴, no mundo inteiro, como uma doença do pecado, tratada com discriminação e preconceito, concebida na ordem de “castigo divino” (Lazzarotto et al., 2008).

E quando pensamos nos idosos com HIV/AIDS, brasileiros ou não, a magnitude da questão é ampliada por inúmeras vezes, por tratar-se de um grupo com características bem peculiares e indissociáveis da idade, contornadas por preconceitos de diversas ordens, como os referidos à própria idade e à vida sexual ativa.

De fato, falar de sexualidade de idosos é quebrar tabus. A atividade sexual não é prerrogativa exclusiva dos *jovens* (Lisboa, 2006). Sim, idoso também faz sexo! Conquanto seja assim, vários estudos assinalam essa invisibilidade sexual dos idosos (Lisboa, 2006), como em Laurentino et al. (2006), Pottes et al. (2007), Zornitta (2008) e Saldanha e Araújo (2006). Do mesmo modo, outros autores registram que essa crença é compartilhada inclusive por profissionais da área da saúde (Levy et al., 2007; Oliveira, Araújo, Saldanha, 2006; Vasconcelos et al., 2004). Nessa perspectiva, Levy et al. (2007) revisaram 143 triagens clínicas para redução de riscos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) publicadas em periódicos de língua inglesa identificados pela MEDLINE, entre Janeiro de 1994 e Janeiro de 2005, registrando que 73% delas excluem pessoas com 50 anos ou mais e, em 89%, os excluídos têm 65 anos ou mais, embora a aids esteja crescendo mais rapidamente nesta faixa etária. Os autores ressaltam, ainda, que na década analisada, de 1994 a 2005, a exclusão dos idosos foi constante, embora o número de casos de HIV/AIDS, no mesmo grupo, tenha aumentado nos Estados Unidos.

Logo, dada essa invisibilidade sexual da terceira idade (Santos, Assis, 2011), fica claro porque há um número menor de estudos e publicações sobre o tema idosos e HIV/AIDS, como também constatado por Sankar et al. (2011). Os autores buscaram artigos em periódicos de língua inglesa que abordassem o tema e aspectos sociais,

⁴ Para uma boa reflexão sobre a história da aids, ver Camargo Júnior (1994) e Bastos (2006).

culturais e sobre o comportamento dos idosos (definidos como indivíduos de 50 anos ou mais). Fizeram uma revisão sistemática de 58 artigos, concluindo sobre a necessidade de se pesquisar o tema, principalmente as atitudes, cultura e crenças associadas com o envelhecer com HIV/AIDS, visando subsidiar as ações na área de saúde, de cuidadores de idosos e formuladores de políticas, acabando com o estereótipo de sexualmente inativos.

Este corte de idade de 50 anos ou mais nos estudos sobre idosos e HIV/AIDS é recorrente na literatura internacional e brasileira (Mack, Ory, 2003; Emlet, Tozay, Raveis, 2011; Chepngeno-Langat, 2011; Rezende, Lima, Rezende, 2009; Brasileiro, Freitas, 2006; Silva et al., 2008; Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007; Olivi, Santana, Mathias, 2008; Silva, Saldanha, Azevedo, 2010), ora abordando pessoas vivendo com HIV/AIDS, ora abordando o coletivo (sem o diagnóstico), o que pode ser um bom indicador da importância de se estudar mais especificamente o grupo etário de 60 anos ou mais (como adotado nesta tese) vivendo com HIV/AIDS.

Tratando-se das características da epidemia de HIV/AIDS entre idosos, há movimento crescente das incidências em várias populações, como exposto por Sankar et al. (2011), citando que, em torno de 2015, os adultos idosos ou indivíduos com 50 anos ou mais serão aproximadamente 50% das pessoas vivendo com HIV/AIDS nos Estados Unidos da América (EUA). No Brasil, a incidência de HIV/AIDS em idosos também é ascendente (Pottes et al., 2007; Caldas, Gessolo, 2006; Silva, Saldanha, Azevedo, 2010), correspondendo a 2,5%⁵ do total de casos diagnosticados no país, entre 1980 e 2008, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (SVS-DST/AIDS), do Ministério da Saúde, disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (Cerqueira, 2011). De acordo com a mesma fonte de dados, os primeiros casos de HIV/AIDS em pessoas com 60 anos ou mais, no Brasil, foram diagnosticados em 1984, perfazendo um percentual de 2,3% no total de casos diagnosticados no referido ano. Em 2010, dos 38.736 casos novos de HIV/AIDS diagnosticados no país, 4,1%, ou exatos 1.602 dos casos registrados foram diagnosticados em pessoas com 60 anos ou mais. Estes percentuais, no

⁵ Proporção dos casos diagnosticados em pessoas com 60 anos ou mais de idade, no total acumulado de 1980 a 2008, considerando o total de casos por idade ao diagnóstico.

entanto, são pequenos, quando comparados com o registrado por Sankar et al. (2011).

Na perspectiva de estudos de natureza local, alguns trabalhos também concluíram que está aumentando o número de idosos com HIV/AIDS no Brasil, como o de Gross (2005), que detectou um aumento de casos novos de HIV/AIDS em idosos no Rio de Janeiro (RJ), e o de Barbosa (2006), que estudou idosos na Grande São Paulo (SP) e registrou o crescimento do número de idosos com aids e uma taxa de adesão aos antirretrovirais igual a 80,5%.

Em se tratando da possível forma de transmissão, de acordo com Pottes et al. (2007), até meados da década de 1980, a principal via de exposição entre idosos era a transfusão sanguínea. Já na primeira década dos anos 2000, é o contato sexual, caracterizando a heterossexualização da epidemia, e diferindo dos demais grupos etários no fato de ser um grupo excluído das políticas de prevenção (Cloud et al., 2003; Chepngeno-Langat, 2011). De acordo com Pottes et al. (2007), o fato de pessoas idosas não adotarem medidas de prevenção para o HIV está além da questão cultural, visto que os serviços e programas de prevenção têm como público-alvo a população mais jovem. Moreira (2008) enriquece este debate registrando o depoimento de um ativista da *Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS*: “ninguém jamais imaginava que velho fazia sexo” (Moreira, 2008, p. 17). E Lisboa (2006) já havia ressaltado a invisibilidade sexual dos idosos, pontuando que eles não são vistos como sujeitos desejantes e sexualmente ativos.

Alguns estudos confirmam a ausência de percepção do risco de contrair HIV/AIDS pelos idosos (Olivi, Santana, Mathias, 2008; Pratt et al., 2010). Também Gomes e Silva (2008) alertam para a crença errônea dos idosos de que não estão em risco de contrair a doença. Em outro estudo, na África Subsaariana, Chepngeno-Langat (2011) registrou que 72% dos idosos (neste caso com 50 anos ou mais) relataram não terem risco algum de contrair HIV/AIDS, tendo as idosas menor percepção ainda do risco.

Moreira (2008) aborda outra questão referente aos idosos: o conservadorismo e a religião e a conseqüente não-adesão ao sexo seguro, o que, segundo uma integrante do *Movimento Nacional de Cidadãs PositHIVas*, de Porto Alegre/RS,

citada pelo autor, demanda campanhas com argumentos diferentes daqueles utilizados com os mais jovens. Oliveira e Dias (2010) ressaltam que o ápice da vida sexual do grupo de idosos atuais foi em um momento com ausência de campanhas de saúde pública sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST), logo, não era comum o uso da camisinha. Nesse contexto, Paiva et al. (2008) falam da importância das crenças, opiniões, valores pessoais, de grupo e do quanto devem ser valorizados no diálogo, no formato e conteúdo das abordagens no campo da promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Segundo Rezende, Lima e Rezende (2009), há dois grupos dentro da faixa etária idosa com HIV/AIDS: os que estão envelhecendo com o vírus, contraído há mais tempo, e os que contraíram o vírus após 60 anos de idade. Neste último grupo de idosos, Gomes e Silva (2008), com base em revisão de literatura, definem dois perfis portadores de HIV/AIDS: o homem casado que se infecta com uma parceira mais jovem, e as viúvas que redescobrem o sexo.

Oportuno chamar a atenção para um agravante no caso dos idosos: o HIV antecipa o processo de envelhecimento, ocasionando maior frequência de processos de demência e prejuízo do sistema imunológico nos pacientes (Moreira, 2008). Lovejoy et al. (2008) ressaltam a menor sobrevivência do idoso com HIV/AIDS, devido aos efeitos deletérios de outras morbidades crônicas, como o diabetes, hipertensão e osteoartrites, e das interações entre as medicações.

No que se refere às medicações, o uso de remédios para disfunção erétil é citado por vários autores (Cooperman, Arnsten, Klein, 2007; Driemeier et al., 2012; Lovejoy et al., 2008; Rezende, Lima, Rezende, 2009; Sousa, 2008), sendo esse uso associado com comportamentos de vulnerabilidade para o HIV/AIDS.

Para estudar HIV/AIDS em idosos, passíveis de sofrer dupla discriminação, pela idade e por terem contraído o HIV, faz-se necessário definir o que são estigma, preconceito, discriminação e Síndrome da Onipotência, visto que estão presentes e arraigados no contexto da epidemia. Essas definições são apresentadas no próximo item, antes que se detenha especificamente na abordagem relativa à vulnerabilidade, que permeia a discussão sobre HIV/AIDS, independentemente da faixa etária focalizada.

2.4 Estigma, preconceito, discriminação e Síndrome da Onipotência

O trabalho de Goffman (1980, obra original de 1963) iniciou o debate sobre estigma, sua natureza e sua relação com a discriminação, principalmente na área da saúde. Para Goffman (1980), o estigma é uma espécie de marca, uma diferença de valor negativa (citado também por Parker, 2013). Parker e Aggleton (2003), tendo como referencial o trabalho de Goffman, argumentam que o estigma é um processo social, fundamentalmente ligado ao poder e à dominação. O estigma e a estigmatização estão no ponto de intersecção entre a cultura, o poder e a diferença, sendo expressões de atitudes individuais ou dos valores culturais, como um ponto central para a ordem social. Os trabalhos sobre o estigma têm preocupação com os processos de aplicação das normas sociais ou para as formas de evitar as doenças (Parker, 2013).

Já os trabalhos sobre o preconceito têm seus enfoques na área de raça e etnia, e nas formas pelas quais a discriminação racial e étnica é movida pelo preconceito, preocupações com os processos sociais racistas de exploração e dominação (Parker, 2013). França Júnior e Zucchi (2013, p. 117) definem preconceito com base na obra de Dovidio et al. (2010), como “atitude individual, subjetivamente tanto positiva quanto negativa, contra grupos e seus membros, que cria ou mantém relações hierárquicas entre categorias sociais”. Ainda segundo Parker (2013), o enfoque no preconceito e na discriminação em relação à saúde e seus resultados é recente, datando dos últimos 10 a 15 anos.

A discriminação é uma forma de resposta comportamental causada por atitudes negativas, trazendo prejuízos ou desvantagens para a pessoa ou grupo, vítimas do processo de discriminação. O estigma e o preconceito envolvem classificação, categorização, rotulagem, estereotipagem e rejeição social, podendo resultar na discriminação. Para Parker (2013), de forma popular, o estigma e o preconceito são considerados como a teoria, e a discriminação, como a prática. Assim, a discriminação é a forma efetivada de estigma ou preconceito.

Parker e Aggleton (2003) pontuam que as questões de estigmatização e discriminação em relação ao HIV/AIDS e em relação a qualquer outra doença ou condição devem ser pensadas amplamente, sobre a maneira como indivíduos e

grupos são socialmente excluídos e sobre as forças envolvidas nessa ação. Estigmatização e discriminação precisam ser entendidas, segundo os autores, como processos sociais ligados à reprodução das desigualdades sociais: desigualdade de classe, de gênero, de idade, de raça ou etnia, de sexualidade ou orientação sexual, de condição de saúde (doente/não doente). Para França Júnior e Zucchi (2013), os processos sociais de estigmatização e discriminação devem ser contextualizados na dinâmica das relações dos diferentes atores envolvidos.

Postas as definições sobre estigma, preconceito e discriminação e refletindo sobre a existência deles na epidemia de HIV/AIDS, faz-se necessário definir a Síndrome da Onipotência que, segundo Fontes, Saldanha e Araújo (2006), é a representação de que a infecção “sempre vai acontecer com o outro e não comigo”. Para Lopes (2005), esta representação foi, provavelmente, ancorada na sociogênese da aids, anteriormente associada a grupos de risco, corroborando a definição proposta por Prilip (2004). Para a autora, a aids é a “doença do outro”, dos grupos de risco, ou melhor, dos grupos vulneráveis, algo distante. A Síndrome da Onipotência é, portanto, a projeção do risco, ou da vulnerabilidade, para o outro; é jogar para o outro, simbolicamente, tudo o que se quer evitar, negar, rejeitar para si mesmo (Paulilo, Jeolás, 2005).

Na literatura internacional, os trabalhos de Maes e Louis (2003), Mack e Ory (2003) e Driemeier et al. (2012) discorrem também sobre a Síndrome da Onipotência, registrando que a maioria das pessoas, independentemente da idade, embora com maior ênfase nos indivíduos com 50 anos ou mais, acreditam que é improvável que contraiam o HIV, apesar de se envolverem em comportamentos associados com o risco de transmissão do vírus. Driemeier et al. (2012) argumentam que essa forma de os idosos se verem e o não-uso de preservativo os tornam vulneráveis à infecção pelo HIV/AIDS.

A seguir, é desenvolvido o arcabouço teórico sobre a vulnerabilidade, buscando as origens do termo, seu uso contemporâneo e adequação aos objetivos desta tese, ao permitir o delineamento e o cerne da estrutura empírica.

2.5 Vulnerabilidade

Esta tese tem como marco conceitual os fundamentos da vulnerabilidade, com base no trabalho seminal de Mann, Tarantola e Netter (1993), da Escola de Saúde Pública de Harvard, aplicados também por vários pesquisadores e estudiosos do HIV/AIDS (Ayres, 2001; Barbosa, Sawyer, 2003; Ayres et al., 2006; Cunha, 2006; Muñoz-Sánchez, Bertolozzi, 2007; Garcia, Souza, 2010; entre outros), e as contribuições do Centro Latinoamericano e Caribenho de Demografia (CELADE).

A operacionalização do conceito de vulnerabilidade pelos autores Mann, Tarantola e Netter (1993), na obra *Aids in the World*, de 1992, preencheu uma lacuna deixada pela discussão circunscrita aos fatores grupo e comportamento de risco, sendo uma alternativa concreta no campo conceitual e prático de intervenções sobre o HIV/AIDS (Ayres et al., 1999; Ayres, 2002). A obra seminal *Aids in the World* oferece um relatório sobre a história da aids no mundo, dos primeiros casos até os meados de 1992, e desenvolve o conceito de vulnerabilidade e a sua possibilidade de aplicação ao estudo da epidemia de HIV/AIDS. O referido conceito de vulnerabilidade contempla os níveis individual, social e programático e, de acordo com Mann, Tarantola e Netter (1993), a lógica do arcabouço conceitual é que o comportamento individual é o maior determinante da infecção pelo HIV, é mutante e determinado socialmente.

No primeiro nível analítico do arcabouço proposto pelos autores encontra-se a *vulnerabilidade individual*, compreendendo a condição do indivíduo, que pode ser afetada pelos fatores cognitivos e comportamentais, em relação com o contexto. No segundo nível, define-se a *vulnerabilidade coletiva*, dividida em duas categorias: a social e a programática. A *vulnerabilidade social*, por sua vez, tem relação com os aspectos econômicos, culturais e sociais (gênero, crenças religiosas, desigualdade social e democracia). A *vulnerabilidade programática* se relaciona à definição de políticas, organização de serviços, acesso à informação, educação, saúde e assistência social (Ayres et al., 1999). Para os níveis social e programático, Mann, Tarantola e Netter (1993) elaboraram uma escala de pontos com o objetivo de identificar e quantificar o grau de vulnerabilidade de uma localidade, e chamam a atenção para o fato de que os indivíduos, embora vivendo em uma mesma localidade, podem apresentar graus diferentes de vulnerabilidade, na proporção da

diferença das necessidades individuais de informações, educação, serviços sociais de saúde e apoio, assim como da capacidade de enfrentar o risco (Ayres et al., 1999; Cunha, 2006).

Observa-se que o fator informação é presente nos três níveis, exigindo-se que haja informação disponível, capacidade de processamento, incorporação e acesso democrático tanto às informações quanto aos recursos sociais (Alencar, 2012).

Retomando a análise da vulnerabilidade individual, Mann, Tarantola e Netter (1993) adotam três pressupostos para a sua análise: “1. todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV e suas conseqüências, e essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo em função dos valores e recursos que lhe permitam ou não obter meios para se proteger; 2. os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de vulnerabilidade à morbidade, invalidez ou morte variável em função inversa ao amparo social e assistência à saúde de que dispuserem; 3. as condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamental (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e social (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores)” (Ayres et al., 1999, p. 57).

Nesta tese, a discussão contempla os três níveis de vulnerabilidade, focando o indivíduo e a interação dele com os aspectos social e programático, sendo este ponto de intersecção do modelo (o social e o programático intervindo na vulnerabilidade individual), o grande avanço em relação aos estudos anteriores sobre a aids.

No sentido individual, qualquer pessoa (exceto aquelas com deficiência incapacitante) pode avaliar a sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS, por meio de questionamentos: 1) qual é meu grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV? 2) Quais são as precondições para diminuir minha vulnerabilidade e quais delas ainda não foram atendidas? 3) Até que ponto posso diminuir essa vulnerabilidade? 4) O que posso fazer para gerar mudanças nos serviços sociais e de saúde, a fim de diminuir minha vulnerabilidade? 5) O que posso fazer para gerar mudanças sociais em meu ambiente, necessárias à diminuição de minha vulnerabilidade? 6) Como

minhas atitudes individuais e coletivas podem facilitar essas mudanças? (Ayres et al., 1999, p. 57-58). A proposta dos autores é a realização desta auto-avaliação para cada forma de exposição à infecção ao HIV/AIDS e, ainda, verificando-se os aspectos cognitivos, comportamentais e sociais, em uma perspectiva qualitativa, crítico-reflexiva (Mann, Tarantola e Netter, 1993).

Para Mann, Tarantola e Netter (1993), a redução da vulnerabilidade implica a sua antítese, o empoderamento, entendido como uma questão de emancipação, de poder de fazer escolhas, poder de negociar. Empoderar significa ofertar serviços sociais e de saúde que permitam aos indivíduos tomar decisões (Alencar, 2012). Em se tratando das escolhas e práticas sexuais, Mann, Tarantola e Netter (1993) reconhecem que são decisões tomadas, geralmente, em conjunto com o(a) parceiro(a). Contudo, as intervenções ao HIV são focadas no indivíduo.

A negociação existente em uma relação sexual com parceiro fixo é diferente daquela em relações com parceiros eventuais, como exposto pelos autores do modelo e registrado em outros trabalhos (Martin, 1997; Barbosa, 1999; Bastos, 2006; Villela, Oliveira, 2009). Entre parceiros estáveis, o significado atribuído à união/aliança, ao amor e à confiança dificulta a negociação de uso do preservativo, por exemplo.

Neste ponto, pensando na tomada de decisões entre parceiros, o arcabouço teórico da vulnerabilidade amplia-se, passando a considerar a existência de identidades (e práticas) intersubjetivamente construídas, assumindo que existem contextos intersubjetivos nos quais se efetiva a vulnerabilidade ao HIV/AIDS (Ayres, 2002). Assim, a análise de vulnerabilidade passa a contemplar o componente relacional. “Nós somos porque o Outro é, nós somos à medida que o Outro é; nós não somos senão diante de um Outro” (Ayres, 2002, p. 17).

Além disso, incorpora-se neste marco conceitual a questão do simbólico. Faz-se necessário buscar conhecer, por exemplo, o significado do preservativo para os idosos, visto que esse significado pode ser diverso daquele assumido pelas equipes de pesquisa (Delor, Hubert, 2000).

Vulnerabilidade, portanto, com base em Brasil (2006) e Mann, Tarantola e Netter (1993), é o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção

de um grupo populacional, diante de uma determinada doença, condição ou dano (Brasil, 2006, p. 20). Como dito anteriormente, três dimensões principais de vulnerabilidade devem ser consideradas (Brasil, 2006; Buchalla, Paiva, 2006; Rodrigues, Neri, 2012; Ayres et al., 2006):

- i. individual → compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais (Rodrigues, Neri, 2012). Logo, é relacionada com os comportamentos adotados pelo indivíduo e que podem favorecer sua infecção. Trata-se do plano das crenças, atitudes e práticas pessoais;
- ii. social → caracteriza-se pelos aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços (Rodrigues, Neri, 2012); diz respeito à incidência destes fatores na exposição ao risco de infecção pelo HIV de determinados grupos populacionais. As situações de pobreza, o desemprego, a falta de moradia, a baixa escolaridade, a violência, o preconceito e a discriminação expõem alguns grupos à vulnerabilidade mais frequentemente do que outros. Estas situações diluem ou ampliam a vulnerabilidade individual;
- iii. programática → refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo. Está relacionada à ausência de políticas públicas que tenham por objetivo o controle da epidemia, envolvendo instituições governamentais, não-governamentais e sociedade civil, assim como ao desafio para sofisticar os programas de prevenção e assistência existentes, abrindo espaço para o diálogo e a compreensão sobre os obstáculos mais estruturais da prevenção e sobre o acesso aos meios preventivos (Buchalla, Paiva, 2006).

Uma síntese das diferentes dimensões da vulnerabilidade adotadas nesta tese é apresentada no Quadro 1.

QUADRO 1: Dimensões da vulnerabilidade analisadas nesta tese

Nível	Fatores associados
Nível Individual	Crenças e significados; necessidade e acesso às informações; educação; acesso aos métodos de prevenção; comportamento sexual (abstinência sexual, prática de sexo seguro, monogamia, número de parceiros); habilidades (uso de camisinha, prática de sexo não-penetrativo); poder de negociação sexual (intersubjetivo); adesão ao tratamento; Síndrome da Onipotência.
Nível Coletivo	
Nível Social	Aspectos culturais, sociais e econômicos; oferta de informações e serviços de saúde; situações de estigma, preconceito e discriminação; situações de pobreza, violência, desemprego; família e rede pessoal ativa.
Nível Programático	Programas de prevenção e controle do HIV/AIDS; teste anti-HIV e apoio; diagnóstico e tratamento; distribuição de preservativos; informações sobre a infecção e epidemia, sobre os programas e meios de prevenção.

FONTE: Elaboração própria com base em Mann, Tarantola e Netter (1993); Ayres et al. (1999); Ayres (2002); Cunha (2006); Buchalla e Paiva (2006).

Há que se observar que o componente coletivo tem um grande peso no quadro da vulnerabilidade, seja na dimensão social (fatores cultural, moral, político, econômico e institucional), seja na dimensão programática (políticas, programas e serviços) (Ayres et al., 2006). Ressalta-se a importância das relações entre saúde e relações sociais, como tão bem discutidas nos estudos sobre os determinantes sociais da saúde⁶.

Para Tedesco e Liberman (2008), a vulnerabilidade está próxima do fato de estar vivo; a vida se processa em um *continuum* permeado por aspectos biológicos, afetivos, emocionais, genéticos, políticos, subjetivos, em um conjunto múltiplo de dimensões que não podem ser separadas ou fragmentadas em categorias (Tedesco, Liberman, 2008). As autoras chamam a atenção para a singularidade do indivíduo e para a singularidade de ação. Neste ponto, rememora-se a ideia de Ricoeur (1991), ao definir *In-dividuu* como “o que não se pode dividir”, também discutida em Ayres (2002).

⁶ Buss e Pellegrini Filho (2007) abordam o tema dos determinantes sociais da saúde e apresenta a evolução histórica dos diversos paradigmas explicativos do processo saúde/doença no âmbito das sociedades.

O marco conceitual desta tese, fundamentado no quadro da vulnerabilidade, tem o seu ponto central nas relações socialmente estabelecidas entre os diversos grupos populacionais e suas identidades interdependentes (Ayres, 2002). Seguindo as diretrizes de Ayres (2002), busca-se “não tratar as práticas que expõem as pessoas ao HIV e ao adoecimento por aids como fruto exclusivo da vontade e do grau de esclarecimento dos indivíduos, mas ver os comportamentos como a resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais de onde essas práticas emergem” (p. 20).

Logo, mais que evidências epidemiológicas e referidas às dimensões da vulnerabilidade, busca-se compreender a vulnerabilidade de forma dinâmica, incorporando o contexto como locus de vulnerabilidade. A dimensão identitária deve ser definida por sua contínua reconstrução na e pela interação (Ayres, 2002).

Tratando-se da dinâmica demográfica, a noção de vulnerabilidade sociodemográfica é análoga à de vulnerabilidade social, conforme conceito adotado pela Divisão de População da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL, 2002). O CELADE, após desenvolver estudos sobre as vulnerabilidades sociais na América Latina e Caribe, com ênfase sobre a vulnerabilidade demográfica, a definiu como uma situação dinâmica na qual confluem: riscos sociodemográficos; deficiências na capacidade para enfrentar esses riscos; falta de habilidade para adaptar-se aos riscos – independentemente da natureza do risco e do segmento social afetado. Riscos, nesta abordagem, referem-se a eventos, processos ou características que dificultam a implementação de projetos comunitários, domésticos e individuais ou que restringem direitos (CEPAL, 2002, p. 20).

No modelo do CELADE, dado um risco demográfico, como as mudanças na família, há uma capacidade de resposta a ele, dividida em preparação, defesa e reação e, posteriormente, existe a habilidade de adaptação. Entre o risco e a capacidade de resposta, insere-se a prevenção, cujo objetivo é evitar a materialização do risco por meio de maior capacidade de enfrentamento. Neste modelo, tanto a prevenção como a capacidade de resposta estão intrinsecamente relacionadas com as características socioeconômicas e culturais da população em questão; e, ainda, há a certeza de uma adaptação, em perspectiva funcionalista. No entanto, os indivíduos respondem de forma diferente aos eventos, como também a sociedade não

consegue compelir o indivíduo a se adaptar a uma determinada forma (CEPAL, 2002; Cunha, 2006). Por exemplo, a questão de adesão ao tratamento do HIV/AIDS, pois não obstante a sobrevida que se consegue ao aderir totalmente ao tratamento, os estudos indicam significativos percentuais de abandono (Melchior et al., 2007; Barbosa, 2006; Wutoh et al., 2003; Teixeira, Paiva, Shimma, 2000).

Na epidemia de HIV/AIDS, as situações de vulnerabilidade dependem do comportamento e atitudes que podem levar à infecção, e a capacidade de resposta depende das condições de defesa (preparação para se proteger da vulnerabilidade) e reação. A prevenção insere-se entre risco e capacidade de resposta. Já a adaptação, neste caso, é a incorporação das estratégias de defesa e reação em um cenário de vulnerabilidade materializado (Cunha, 2006). Rememorando-se Mann, Tarantola e Netter (1993), a capacidade dos indivíduos de responderem contra a infecção de HIV/AIDS é o empoderamento.

Portanto, o marco conceitual desta tese busca as raízes teóricas em Mann, Tarantola e Netter (1993), ampliando-se o arcabouço da vulnerabilidade com os conceitos de Ayres (2002; 2006) sobre as relações intersubjetivas de negociação sexual e com a estruturação empírica do trabalho do CELADE (CEPAL, 2002) sobre a vulnerabilidade sociodemográfica. Portanto, nesta tese, a vulnerabilidade do idoso à infecção pelo HIV será estudada juntamente com a sua capacidade de resposta, ou seja, analisando-se a sua vida atual, vivendo com HIV/AIDS.

Pensando-se na vida atual do idoso vivendo com HIV/AIDS, o próximo tópico discorrerá sobre os fundamentos da Análise de Redes Sociais (ARS), cujo arcabouço poderá ser útil para a tentativa de delimitação da vida social do idoso, sua rede pessoal ativa e rede social de apoio. A ideia é conhecer as relações sociais estabelecidas em um contexto onde o indivíduo idoso vive com o vírus.

2.6 Redes sociais e redes de apoio

Considerando-se que o marco conceitual incorpora a subjetividade e a intersubjetividade dos sujeitos, igualmente, integra-o a Análise de Redes Sociais (ARS), visando entender as relações socialmente estabelecidas pelos idosos em um

conjunto de condições estruturais e contextuais, principalmente na condição de idosos que vivem com HIV/AIDS.

As redes sociais podem transmitir benefícios por meio da difusão de informações sobre a prevenção ao HIV, materiais e estratégias de prevenção⁷ (Schensul, Levy, Disch, 2003), lembrando aqui os pontos fundamentais da prevenção ao HIV/AIDS: interromper a transmissão do vírus e retardar o surgimento da imunodeficiência e/ou doenças oportunistas (Camargo Júnior, 1999). Neste sentido, Casterline (2001) já defendia que o comportamento individual pode ser influenciado pela dinâmica social, exemplificando a assertiva com a redução da fecundidade induzida pela aprendizagem social, por meio da difusão de comportamentos (Arantes, 2012).

Em outros estudos com análises epidemiológicas, a ARS foi utilizada para mensurar a propagação de doenças infectocontagiosas, como a aids, entre indivíduos da mesma rede social (Watts, 2004; Morell et al., 2010). Há inúmeras maneiras de se conectar com outras pessoas, seja por redes de parentesco, amizade, relações com vizinhos, no trabalho, no grupo de convivência, em relacionamento sexual, internet, redes de negócios, organizacionais, entre outras (Knoke, Yang, 2008).

A ARS tem sido adotada em diversas áreas, como na Sociologia, Antropologia, Saúde Pública, Biologia, Demografia, entre outras, em função das suas formas de interconexão para o entendimento de diversos fenômenos (Knoke, Yang, 2008). Na Demografia, estudos sobre redes sociais são vistos em pesquisas sobre a evolução da fecundidade ao longo do tempo, como exposto acima (Casterline, 2001; Rosero-Bixby, Casterline, 1993), sobre migração (Soares, 2004; Fazito, 2010) e, entre outros temas, conjugando envelhecimento e redes sociais (Arantes, 2012).

Para Soares (2002), há certa sinonímia entre as concepções de rede social e de rede pessoal, sendo a rede social uma manifestação (representação) de redes pessoais com base nas relações existentes. De acordo com o autor, a rede social consiste no conjunto de pessoas, organizações ou instituições sociais que estão conectadas por algum tipo de relação. Uma rede social, em virtude do processo em torno do qual ela se organiza, pode abrigar várias redes sociais. Já a rede pessoal

⁷ Tradução livre do trecho "Social networks also can convey benefits through the diffusion of HIV prevention information, materials, and prevention strategies" (Schensul, Levy, Disch, 2003, p. S140).

representa, então, um tipo de rede social que se funda em relações sociais de amizade, parentesco, etc. (p. 24).

A rede social é um conjunto de atores ou nós ligados por um tipo específico de relação. O tipo de relação é que definirá o tipo de rede. Em referência aos conceitos, segundo Knoke e Yang (2008), as redes sociais são arquitetadas como sistemas com vértices e linhas. As análises são realizadas em dois níveis: redes totais e redes egocentradas, sendo que, nestas últimas, existem um ator (ego) e suas relações diretas e interpessoais com os *alters* (o equivalente a um contato na rede social, de acordo com Tomaél e Marteleto, 2006).

Uma relação corresponde a uma propriedade que surge dos laços entre dois ou mais atores. De acordo com Soares (2002), as relações dependem de contextos sociais específicos e são alteradas ou desaparecem se ocorrer o desaparecimento de um dos atores envolvidos na interação. A ARS considera que as relações constituídas entre os atores sociais são como blocos que constroem a estrutura social, e que o ambiente social se expressa pelos padrões detectados em tais relações. A ARS voltaria, pois, “para o padrão regular de relações entre as posições ocupadas pelos atores – estrutura social – e para os fluxos relacionais que determinam a posição estrutural de cada um dos atores dentro da rede” (Soares, 2002, p. 28).

Em se tratando de redes sociais de idosos, faz-se necessário destacar as redes de apoio, considerando-se as interações sociais entre as pessoas funcionando como algum tipo de suporte e apoio para a sobrevivência e integração no grupo, na própria rede social. Nessas redes são estabelecidas relações de confiança, solidariedade e reciprocidade, constituindo laços íntimos com familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, de serviços de saúde, de grupos de apoio, representando, por fim, o *capital social*⁸ individual (Wellman, Frank, 2000; Arantes, 2012).

Wellman e Frank (2000) afirmam que a qualidade dos laços em uma rede social é mais vantajosa do que o número de membros integrantes, pois laços íntimos,

⁸ Capital social é um recurso estrutural proveniente das relações sociais (Coleman, 1990). Decorre da sociabilidade e das interações existentes entre indivíduos pertencentes a grupos sociais. As relações sociais são a base de sustentação do capital social. Embora exista na rede de relacionamentos, o capital social é um atributo pessoal (Veneroso, Prates, 2010).

considerados laços fortes, se traduzem em maior suporte na rede. Os autores assinalam, ainda, que a força dos laços entre pais e filhos ocasiona implicações consideráveis no apoio e suporte concedidos ao idoso, ressaltando a potencial reciprocidade existente na concessão de apoio e outros benefícios durante a vida – na esperança de receber o mesmo apoio, quando necessário.

Tendo em vista as fontes de apoio, Guzmán, Huenchuan e Montes de Oca (2003) distinguem as formais, com objetivos específicos e profissionais, das informais, constituídas por redes pessoais ou comunitárias não estruturadas como programa de apoio. Em sequência de importância, os autores colocam a família como o primeiro nível na hierarquia de apoio, seguida pelos amigos, comunidade e Estado, em suas diversas instituições. Saad (1999) já havia registrado que as relações de troca e ajuda mútua entre pais e filhos são o principal fator que assegura a sobrevivência nas idades mais avançadas. É como se existisse um contrato intergeracional que definisse os papéis de pais e filhos ao longo do ciclo de vida familiar.

No Brasil, a rede de apoio para o cuidado aos idosos é formada, em geral, por suas famílias e, na falta delas, por amigos e vizinhos (Aquino, Cabral, 2002). Os autores afirmam que a família está perdendo, gradativamente, a centralidade, deixando de ser uma instituição única e total e apresentando-se como parte da rede de relações sociais – em decorrência da mudança de valores no que tange à independência dos idosos, em melhores condições de saúde e com maior facilidade de comunicação e locomoção.

Em outra vertente, Camarano e El Ghaouri (2003) registram que a co-residência é uma estratégia que visa beneficiar ambas as gerações: as mais velhas e as mais jovens. Observando a co-residência no Brasil, este tipo de arranjo pode significar melhoria nas condições de vida para todos os integrantes, embora nem sempre os idosos dos estratos mais pobres se beneficiem no mesmo grau que os mais jovens, ficando o idoso em desvantagem no recebimento da ajuda. Em estudo mais recente, a co-residência foi apontada como um mecanismo de transferências intergeracionais no que se refere aos cuidados da saúde dos idosos e ajuda financeira dos membros familiares para os idosos e, destes, para os mais jovens (Palloni et al., 2009).

Nesta tese, a proposta foi conhecer, representar e analisar a estrutura estabelecida entre as relações sociais existentes dos idosos que vivem com HIV/AIDS, buscando conhecer a rede social de apoio ao idoso, além de identificar se alguns idosos são importantes pontos de referência na rede social e tentar entender a Síndrome da Onipotência.

Uma vez estabelecidos ou pontuados os traços conceituais e perspectivas teóricas que, nesta tese, norteiam a investigação sobre idosos convivendo com aids, é fundamental descrever o percurso metodológico e operacional adotado, a começar pela delimitação das fontes de dados utilizadas, que elucidam a natureza da investigação, ou seja, o seu caráter eminentemente qualitativo. Tais considerações constituem o universo de análise empreendida no próximo capítulo.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O objetivo deste capítulo é registrar o percurso metodológico adotado para o desenvolvimento da tese, visando responder à pergunta de pesquisa. Neste sentido, e tendo em vista o arcabouço teórico sobre os fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS, foi utilizada abordagem qualitativa, com base em entrevistas em profundidade. A descrição dos procedimentos operacionais que permearam a concepção e realização das entrevistas é precedida por breves considerações que justificam tal opção, assim como pela indicação da fonte de dados secundários adicionais àqueles de natureza qualitativa.

3.1 Fundamentação teórico-metodológica

Para conhecer a dinâmica da epidemia de HIV/AIDS entre idosos em Belo Horizonte (MG) foi realizado um estudo qualitativo, por se tratar de um tema que contempla um fenômeno social complexo, que requer, muitas vezes, a inclusão de informações de ordem subjetiva (percepções, formas de comportamento, crenças e cultura). Se, por um lado, o dado qualitativo não fornece resultados que permitem generalizações, por outro, tal abordagem possibilita adentrar no contexto individual e enriquecer a elucidação do objeto de estudo. Nesse sentido, esta perspectiva de investigação parece a mais adequada para possibilitar resposta à pergunta central que enseja o objetivo principal desta tese.

A adoção de técnica própria de metodologia qualitativa, as entrevistas em profundidade, semi-estruturadas, é justificada pela proposta de descrever o fenômeno de forma detalhada e pela possibilidade da interação de perspectivas múltiplas, a princípio não observáveis por meio de questionários estruturados, por exemplo. As entrevistas em profundidade são apropriadas para o registro do ponto de vista do indivíduo e das interpretações individuais sobre um tema (Weiss, 1994). É uma tentativa de se evitar o reducionismo na avaliação da realidade social somente por meios quantitativos, uma vez que o método qualitativo permite entender

o significado individual ou coletivo do fenômeno para o indivíduo. Especificamente, nesta tese, o conhecimento de *significados*, que têm a função de estruturar e organizar a vida das pessoas (Turato, 2005), permitirá um melhor entendimento do objeto de estudo.

Para Haguette (1999), o uso de métodos qualitativos permite o estudo das especificidades de um fenômeno, suas origens e sua razão de ser, permitindo a aproximação entre pesquisador e a população de estudo. Minayo (2007) afirma que os aspectos simbólicos do risco (de uma doença) e seus determinantes fogem do escopo dos métodos quantitativos. Minayo e Sanches (1993) ressaltam que os métodos qualitativos trazem à discussão elementos da subjetividade e do simbolismo, permitindo que o pesquisador aprofunde no estudo dos significados das ações e relações humanas, ou seja, informações não perceptíveis e não traduzidas em números.

Ainda assim, considerou-se importante subsidiar a análise com informações quantitativas, oriundas de dados secundários, conforme descrito a seguir.

3.2 Fontes e coleta de dados secundários

Os dados secundários para as análises descritivas da epidemia de HIV/AIDS entre idosos foram coletados no sítio *web* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em junho e julho de 2013 e atualizados em janeiro de 2014. Para a caracterização da população de estudo, os dados foram coletados no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais HEM/FHEMIG, durante os meses de agosto e setembro de 2013, no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) e no Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) do referido hospital.

O HEM/FHEMIG é um hospital público estadual, que oferece assistência especializada em infectologia e dermatologia sanitária, sendo referência no tratamento de aids. Localizado no bairro Bom Sucesso, em Belo Horizonte (MG), é uma unidade da Rede FHEMIG desde 1977. O ambulatório do HEM/FHEMIG faz parte do Programa de Integração Adequada dos Portadores de DST/HIV-AIDS do

Ministério da Saúde, como Serviço de Assistência Especializada (SAE), desempenhando importante papel junto às pessoas que vivem com o HIV/AIDS. O HEM/FHEMIG conta com 54 leitos SUS para pacientes com aids, sendo 8 no hospital-dia⁹.

A coleta de dados nos prontuários foi realizada nas dependências do HEM/FHEMIG, seguindo um formulário de elaboração própria (Anexo 1). Os prontuários foram selecionados pelos profissionais da instituição e são referentes aos idosos atendidos no HEM/FHEMIG em 2012. A definição deste ano, para os trabalhos, considerou o ano civil completo (2013 em andamento) e o número de prontuários a ser selecionado (caso fosse mais de um ano), visando tornar exequível o estudo, visto que é proibido o manuseio/seleção dos prontuários pelo pesquisador – o que torna imprescindível o apoio/trabalho dos funcionários do setor.

Foram consultados 57 prontuários, excluindo aqueles de pacientes idosos atendidos no HEM/FHEMIG em 2012 e que foram a óbito, por estarem no arquivo permanente. Os prontuários que, por ventura, estivessem em uso, referentes a idosos institucionalizados no momento da coleta de dados, também não foram consultados. O trabalho de pesquisa nos prontuários foi demorado e minucioso, tendo em vista os volumes compostos por grande número de folhas, formulários, pedidos de exames, registros hospitalares e das diversas clínicas e serviços utilizados pelos idosos.

O trabalho com os prontuários integra, também, pesquisa financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo Edital Universal de 2011, sob minha coordenação. Em função dos objetivos desta tese, foram utilizados os dados dos prontuários dos idosos de Belo Horizonte, em banco de dados separado, pois a pesquisa inclui, também, dados referentes aos idosos residentes em Montes Claros.

⁹ Para maiores informações sobre o HEM/FHEMIG, ver <www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexe-especialidades-hospital-eduardo-de-menezes>.

3.2.1 Análise descritiva

A análise dos dados secundários compreendeu a série de 1985, ano em que houve o registro dos primeiros casos de aids entre pessoas com 60 anos ou mais em Belo Horizonte, até 2012, ressaltando-se que esta série foi baseada no ano de diagnóstico. Foi considerada também a série de 1998 a 2012, referente às internações classificadas no subgrupo das “doenças pelo HIV”, da lista de morbidade da Classificação Internacional de Doenças (CID) na sua 10ª revisão. Os dados de 2012 foram os últimos dados completos, em relação ao ano civil, na data de acesso ao banco do DATASUS. As análises contemplaram as variáveis sexo, raça, escolaridade, estado civil, categoria de exposição e valores, em função da disponibilidade de informações. Os dados de idade ignorada (três, equivalente a 0,03% do total acumulado na série) foram eliminados da análise e o ponto de corte de idade para a definição de idosos foi 60 anos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, que estipula este limite de idade para os países em desenvolvimento (Camarano, Pasinato, 2004).

Foram elaboradas estatísticas descritivas, como proporções, taxas de incidência, prevalência e mortalidade, e alguns indicadores demográficos, como razões de sexo e índice de idosos. As taxas de incidência foram calculadas considerando-se os casos diagnosticados por idade, no ano em estudo, divididos pela população do referido ano, multiplicadas por 100 mil. As taxas de prevalência tiveram no numerador o total acumulado de casos diagnosticados por idade, de todo o período até o ano em estudo, divididos pela população do referido ano, multiplicadas por 100 mil. As taxas de mortalidade foram calculadas dividindo-se o total de óbitos classificados como B20 a B24¹⁰, pela população do referido ano, multiplicadas por 100 mil. Foram registradas as taxas de mortalidade hospitalar, que são a razão entre a quantidade de óbitos e o número de Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) pagas, computadas como internações no período, multiplicada por 100, além de outros indicadores cujas descrições encontram-se junto à tabela específica. Os

¹⁰ Segundo as categorias da CID-10, B20 é óbito por doença por HIV resultando em doença infecciosa e parasitária; B21 é óbito por doença por HIV resultando em neoplasias malignas; B22 é óbito por doença por HIV resultando em outra doença específica; B23 é óbito por doença por HIV resultando em outra doença; e B24 é óbito por doença por HIV não especificada.

dados foram utilizados sem procedimentos de correção, ou seja, como disponíveis no sítio *web* do DATASUS.

3.3 Análise qualitativa

Para este estudo, como já exposto, utilizar uma abordagem qualitativa é fundamental, por estabelecer a aproximação necessária entre sujeito e objeto, ambos de mesma natureza. Ressaltam-se, também, as demais características da ideia do estudo em si e as possibilidades de realização por meio de entrevistas em profundidade, preterindo-se outras técnicas de pesquisa. As entrevistas em profundidade permitem a abordagem de pessoas com escolaridades diversas, minimizando possíveis vieses decorrentes da capacidade de processar informações e tomar decisões na resposta (Peters et al., 2006).

No que se refere ao tipo de entrevista em profundidade definido, a opção pela entrevista semi-estruturada justifica-se pelo fato de permitir maior interação com o entrevistado: as questões não são fechadas, possibilitando ao pesquisador obter dados de maneira flexível e, pelo fato de ter um roteiro, padroniza um conjunto básico de informações obtidas, facilitando comparações e análises (Oliveira, Martins, Vasconcelos, 2012). Lunardelo (2004) afirma que, com esse meio, é possível articular o direcionamento da entrevista com questões formuladas, como também abordar o tema de maneira livre e reflexiva e obter dados fundamentais à análise.

3.3.1 Unidade de análise e amostra

A unidade de análise é o idoso que vive com HIV/AIDS atendido no HEM/FHEMIG, em Belo Horizonte (MG). Em linha com a abordagem de natureza qualitativa, a proposta da tese foi conhecer as histórias sempre singulares, únicas, de cada idoso participante da pesquisa. Foram entrevistados idosos atendidos no HEM/FHEMIG, que expressaram o consentimento livre e esclarecido para participar, como descrito no Anexo 2.

Foram entrevistadas 20 pessoas com 60 anos ou mais, atendidas e pacientes do HEM/FHEMIG, sendo 17 (9 mulheres e 8 homens) atendidas no ambulatório e 3 internadas (todas elas mulheres). Devido à falta de espaço e, portanto, falta de privacidade para o desenvolvimento das entrevistas nas enfermarias, as conversas com pacientes institucionalizadas só foram realizadas no momento em que as idosas estavam sozinhas no quarto. Optou-se por não adotar métodos de exame do estado mental, nesta tese, como o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), tendo em vista o grau de dificuldade que é definir o estado mental de idosos, ampliado pela condição de viver com HIV/AIDS, que pode acarretar confusão mental em ausência da TARV ou abandono do tratamento (Brasil, 2013). No entanto, foram entrevistadas as idosas com condição mental e cognitiva para participar, segundo dados dos prontuários delas e autorização e laudo definidor do seu estado mental, proferido pela equipe de saúde.

Inicialmente, a decisão foi seguir o critério de saturação de amostra para pesquisas qualitativas (Fontanella, Ricas, Turato, 2008). Este critério, também utilizado por outros autores (Paiva et al., 2011; Costa, 2003), consiste em realizar as entrevistas até o momento em que começar a repetir informações, quando não são obtidos dados novos (Patton, 1990). A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual que contribui para a validade científica da coleta e análise de dados, relacionando estas etapas de pesquisa com o referencial teórico adotado, com os objetivos da tese e com o recorte do objeto de estudo (Fontanella, Ricas, Turato, 2008). No entanto, em razão da demora para obtenção de autorização dos Comitês de Ética, conforme será exposto adiante, foi imperativo interromper a realização de entrevistas com idosos institucionalizados, a fim de cumprir o prazo para finalização do estudo. Ainda assim, esta decisão foi fundamentada na convicção de que, em função das entrevistas já realizadas, não haveria comprometimento do estudo, sobretudo do alcance e multiplicidade dos temas que emergiram dos relatos obtidos.

Tratando-se da amostra, os critérios de inclusão foram: i) ter 60 anos ou mais de idade; ii) ter conhecimento sobre sua condição sorológica; iii) apresentar condições físicas e psíquicas para participar; iv) aceitar o convite e manifestar o aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.3.2 As entrevistas em profundidade

Para realização das entrevistas em profundidade, feitas no período de fevereiro a abril de 2014, inicialmente foram adotadas estratégias de aproximação com os idosos, como proposto por Cruz Neto (1994), com o objetivo de apresentar a pesquisa e falar da importância em participar dela, ressaltando a confidencialidade das informações. Essa aproximação foi facilitada por meio da intermediação da equipe de profissionais do serviço.

A partir desse contato de aproximação, uma vez aceito o convite para participar, as entrevistas foram realizadas na própria instituição hospitalar, próximo dos leitos (no caso das idosas institucionalizadas), e em salas de reuniões e estudo (idosos atendidos no ambulatório), buscando assegurar a privacidade e o conforto do(a) entrevistado(a). As entrevistas foram feitas por mim e por uma enfermeira, integrante da equipe do HEM/FHEMIG. Inicialmente, foram feitos treinamentos e discussões sobre o tema de estudo e roteiro de entrevista com a enfermeira. Embora os resultados sejam similares, os relatos que ilustram as discussões são, a maioria, das entrevistas realizadas por mim.

Como dito anteriormente, foi adotado o modelo de entrevista (Anexo 3) semi-estruturado (Oliveira, Martins, Vasconcelos, 2012), com roteiro composto por conjuntos de temas referentes ao objetivo geral da tese. Foram realizados dois pré-testes, abordando um idoso e uma idosa, a fim de avaliar o roteiro e contemplar o maior número de possibilidades discursivas. Após os pré-testes, optou-se por eliminar algumas questões e deixar a abordagem mais livre, condizente com a estrutura de entrevistas em profundidade. O roteiro mais aberto permitiu uma maior liberdade para o(a)s entrevistado(a)s (Oliveira, Martins, Vasconcelos, 2012).

O registro de informações para a posterior elaboração dos sociogramas (não apresentados na tese) foi feito perguntando ao(à) entrevistado(a) sobre as pessoas com quem ele(a) mantinha contato constante e a forma de contato. Logo depois, foram estabelecidas ligações entre os contatos que o(a) entrevistado(a) afirmou ter, por meio de perguntas sobre as relações entre os contatos. Por exemplo, o(a) filho(a) do(a) senhor(a) tem contato com o(a) seu(sua) vizinho(a), senhor(a) X? Como é o contato entre os(as) dois(duas)? A(o) filha(o) do(a) senhor(a) tem contato

com o(a) seu(sua) amigo(a), senhor(a) X? A(o) cliente do(a) senhor(a) tem contato com a(o) cliente, senhor(a) Y? Como é o contato entre elas(es)? E assim por diante, até fechar a rede apresentada pelo(a) entrevistado(a).

3.3.3 Técnicas e programas de análise dos dados qualitativos

As informações coletadas durante as entrevistas foram transcritas, revisadas e analisadas com a utilização do programa NVivo10. Este *software* armazena os códigos em “nós”, que representam categorias ou conceitos, e os organiza em formato de árvore, na qual os “nós” ficam dispostos de forma hierárquica e relacional (Weitzman, Miles, 1995; Teixeira, Becker, 2001). A organização dos “nós” contempla categorias de análise definidas pela pesquisadora. Para a categoria sobre a inserção na rede social foi utilizada a abordagem da Análise de Redes Sociais (ARS), buscando conhecer as condições estruturais da rede social e de apoio dos idosos.

Em conjunto ao uso do NVivo10, foi desenvolvida uma análise qualitativa com base na proposta de redes de temas (Attride-Stirling, 2001), considerando-se a riqueza e a quantidade de resultados e as diversas particularidades de um tema tão sensível de estudo (idosos com HIV/AIDS). Esta técnica, redes de temas, inicia-se com a leitura e categorização de temas (ou categorias) que surgem nos textos em diferentes níveis e inclui seis passos: i) codificação do material; ii) identificação dos temas; iii) construção de redes temáticas; iv) descrição e exploração das redes temáticas; v) sumário de temas; vi) interpretação dos padrões registrados.

Além desses *softwares* e técnicas, foi adotado o método hermenêutico-dialético proposto por Minayo (2007), que leva em conta a subjetividade, aspecto intrínseco ao estudo da sexualidade. De acordo com Minayo (2007), no método hermenêutico-dialético, a fala dos indivíduos, atores sociais, é compreendida dentro do contexto. O ponto de partida do trabalho é o “interior da fala” e, o ponto de chegada, o “campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala”. Esta proposta leva em conta a subjetividade – aspecto intrínseco ao estudo da sexualidade. Adotando-se a hermenêutica, entender a realidade contextualizada é entender o outro. Por sua vez, a dialética considera como fundamento da comunicação as relações sociais historicamente dinâmicas, antagônicas e contraditórias entre classes, grupos e

culturas. Trata-se de complementar os métodos, visto que a técnica de redes temáticas compartilha as características de uma análise hermenêutica (Attride-Stirling, 2001) e, por sua vez, na análise empreendida com o uso do *software* NVivo10 foi possível definir um conjunto de temas que englobou o total de informações necessárias para responder à pergunta de pesquisa.

Para as ameaças de heterogeneidade não observada e de respostas *missing*, referentes à possibilidade de o idoso dar uma resposta não condizente (comportamento considerado correto e desejado socialmente, por exemplo) ou não responder às questões de estudo, inviabilizando as análises e constructos, buscou-se, para fins de solução, tratar o tema com a maior delicadeza, abordando-o por diversas formas, como em citações indiretas: “se um(a) amigo(a) do(a) senhor(a) fizesse...”, e utilizando a ideia de “cenas de sexo e cenários” (Paiva, 2005). Com isto, considerando-se a proposta de ver “os comportamentos como a resultante final de um conjunto de condições estruturais e contextuais” (Ayres, 2002, p.20) e, nesse sentido, contemplando as várias dimensões da vulnerabilidade, acredita-se ter sido possível captar todo o conjunto de informações que se propôs estudar.

No tocante à validade interna de um estudo e concebendo-a como a aproximação das inferências à verdade, buscou-se definir os fatores associados à vulnerabilidade do idoso ao HIV/AIDS com base em diversos aspectos, contemplados nas três dimensões do conceito de vulnerabilidade (vulnerabilidade individual, social e programática/institucional). A estrutura da rede social dos idosos foi analisada a partir do relato deles, registrando os contatos e as relações existentes. Ainda nesse sentido, vale ressaltar que o método qualitativo tem força no rigor da validade dos dados coletados, pois as técnicas de pesquisa, como a entrevista em profundidade, “tendem a levar o pesquisador bem próximo da essência da questão em estudo” (Turato, 2005, p. 510). E, por último, a generalização para o conjunto da população é possível no que diz respeito aos conceitos construídos ou conhecimentos originais produzidos, cabendo ao leitor utilizá-los para o entendimento de casos novos (Turato, 2005).

3.4 Questões éticas

Os trabalhos para o desenvolvimento desta tese tiveram pareceres éticos pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP/UNIMONTES) e do HEM/FHEMIG, por meio da Plataforma Brasil.

O projeto de pesquisa “Idosos e HIV/AIDS: a dinâmica da epidemia e do tratamento e perfis de idosos residentes em Montes Claros e Belo Horizonte (MG)”, apresentado em 19/11/2012, obteve o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 07043013.0.0000.5146, parecer consubstanciado do CEP/UNIMONTES 275.702 em 17/05/2013 e parecer consubstanciado do CEP-HEM/FHEMIG 330.703 em 10/07/2013.

O projeto de tese “Idosos vivendo com HIV/AIDS: vulnerabilidade e redes sociais em Belo Horizonte (MG), 2013”, foi apresentado, inicialmente, em 22/08/2012 ao Núcleo de Estudos e Pesquisas do HEM/FHEMIG, quando houve orientações para o encaminhamento por meio da Plataforma Brasil, sendo apresentado em 19/06/2013, registrado com o número de CAAE 18825713.0.0000.5149, parecer consubstanciado do COEP/UFMG 507.253 em 07/01/2014 e parecer consubstanciado do CEP-HEM/FHEMIG 536.872 de 08/01/2014 e publicado em 21/02/2014.

A íntegra dos pareceres finais pode ser consultada no Anexo 5, devendo-se ressaltar que o processo de obtenção de autorização para realização das entrevistas em profundidade envolveu um volume considerável de procedimentos burocráticos, que demandaram um período de tempo muito maior do que seria desejável para o bom andamento do trabalho e, sobretudo, para o seu desenvolvimento no tempo devido.

A seguir, o Capítulo 4 apresenta as discussões e análises das informações oriundas de dados secundários coletados no sítio *web* do DATASUS e dos prontuários médicos dos idosos que vivem com HIV/AIDS atendidos no HEM/FHEMIG, com o objetivo de subsidiar a análise das entrevistas em profundidade e a elucidação do objeto de estudo desta tese.

4. TRAÇOS CARACTERÍSTICOS DA EVOLUÇÃO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS ENTRE IDOSOS NO BRASIL, MINAS GERAIS E BELO HORIZONTE

Neste capítulo, é descrita, primeiro, a evolução da epidemia de HIV/AIDS entre idosos com 60 anos ou mais no Brasil e em Minas Gerais, com ênfase nas informações relativas aos residentes em Belo Horizonte, por meio dos dados secundários do DATASUS. Em seguida, são analisados os resultados obtidos com base nos dados coletados diretamente dos prontuários de idosos atendidos no HEM/FHEMIG, institucionalizados e/ou atendidos no ambulatório. Os resultados e discussões oferecem embasamento para o Capítulo 5, no qual são apresentadas e analisadas as informações coletadas por meio das entrevistas em profundidade.

4.1 A epidemia de HIV/AIDS entre idosos

No Brasil, entre 1980, quando houve o primeiro registro de caso de HIV/AIDS no país, e 2012, foram diagnosticados 672.697 casos de aids, somando-se todas as faixas etárias. Deste total, aproximadamente 2,98% acometiam pessoas com 60 anos ou mais, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (SVS-DST/AIDS), do Ministério da Saúde (MS), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Este percentual é semelhante ao encontrado por Castro (2007), ao trabalhar com dados até junho de 2006, quando tinham sido registrados, cumulativamente, 9.918 casos entre pessoas com 60 anos e mais. Esse número aumentou para 20.013 em dezembro de 2012 (SVS-DST/AIDS, MS, DATASUS). Em 1986, a notificação universal dos casos na fase mais avançada da infecção pelo HIV tornou-se compulsória, normatizada pela Portaria nº 542 do Ministério da Saúde (Brasil, 2004), contribuindo para o registro de mais casos de aids.

O período compreendido entre a descoberta do primeiro caso de aids e 1996 foi marcado pelas discussões sobre a definição epidemiológica da doença, à luz dos critérios e classificações adotados pelos *Centers for Disease Control and Prevention*

(CDC), nos Estados Unidos da América (EUA) e Organização Mundial da Saúde (OMS), no sentido de endossamento da definição. Em 1998, a definição de aids tornou-se mais sensível, com a incorporação de um marcador laboratorial de imunossupressão (Brasil, 2004; Pereira, 2005). Esses ajustes na definição podem implicar em aumento no número de casos novos da doença, sendo oportuno lembrar que o Brasil, de fato, se destacou no cenário mundial por sua resposta à epidemia de HIV/AIDS, marcada por uma política pública de controle da epidemia, pela implantação no SUS, de TARV universal e gratuita a partir de 1996, pela articulação das organizações da sociedade civil e pela política de defesa dos direitos civis e humanos (Mesquita, 2002).

Segundo dados da SVS-DST/AIDS, disponíveis no DATASUS, em Minas Gerais, até 2012, foram diagnosticados 46.391 casos de HIV/AIDS, dentre os quais cerca de 3,7% entre pessoas idosas. Do total geral, em torno de 11,6 mil casos de aids foram diagnosticados em Belo Horizonte, resultando em um percentual de 25,0% em relação ao total do estado. Entre indivíduos com 60 anos ou mais, 26,2% dos diagnósticos foram registrados no município de Belo Horizonte, o que pode estar relacionado ao fato de a cidade oferecer um maior número de serviços, diversidade de meios diagnósticos e, talvez, pela possibilidade de se manter o diagnóstico em segredo, pensando-se em municípios menores. Entre os 11.594 casos registrados em Belo Horizonte, 3,9% foram diagnosticados em idosos (SVS-DST/AIDS, MS, DATASUS).

A Tabela 1 condensa resultados referentes ao Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte, apresentando indicadores selecionados relativos aos diagnósticos de HIV/AIDS. Todos os dados foram gerados pela idade ao diagnóstico, e não pela idade à notificação, visto que, embora seja um agravo de notificação compulsória, alguns casos de HIV/AIDS demoram em ser notificados. As taxas de mortalidade referem-se aos anos de 2000 e 2010, em virtude da disponibilidade de dados para a faixa etária em estudo.

TABELA 1: Indicadores selecionados relativos aos diagnósticos de HIV/AIDS, Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte, 1991, 2000 e 2010

Indicador	1991	2000	2010
Brasil			
Idade (em anos)			
0 a 14 anos (%)	34,7	29,6	24,1
60 anos ou mais (%)	7,3	8,6	10,8
Índice de Idosos	21,0	28,9	44,8
Taxa Incidência HIV/AIDS em idosos (x 100 mil)	1,8	4,6	7,8
Taxa Prevalência HIV/AIDS em idosos (x 100 mil)	5,7	31,0	80,0
Taxa Mortalidade HIV/AIDS em idosos (x 100 mil)	(...)	2,6	4,3
Minas Gerais			
Idade (em anos)			
0 a 14 anos (%)	33,9	28,4	22,4
60 anos ou mais (%)	7,6	9,1	11,8
Índice de Idosos	22,3	32,0	52,6
Taxa Incidência HIV/AIDS em idosos (x 100 mil)	0,6	3,3	6,0
Taxa Prevalência HIV/AIDS em idosos (x 100 mil)	3,0	19,5	61,5
Taxa Mortalidade HIV/AIDS em idosos (x 100 mil)	(...)	2,5	3,3
Belo Horizonte			
Idade (em anos)			
0 a 14 anos (%)	29,9	24,3	18,9
60 anos ou mais (%)	7,3	9,1	12,6
Índice de Idosos	24,3	37,6	66,6
Taxa Incidência HIV/AIDS em idosos (x 100 mil)	2,7	8,8	8,7
Taxa Prevalência HIV/AIDS em idosos (x 100 mil)	16,4	58,7	130,2
Taxa Mortalidade HIV/AIDS em idosos (x 100 mil)	(...)	7,3	3,3

(...) Não disponível

Fonte dados básicos: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Secretaria de Vigilância em Saúde do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (SVS-DST/AIDS), SIM, do Ministério da Saúde (MS), disponíveis no DATASUS (acesso em janeiro de 2014).

Os dados apresentados na Tabela 1 evidenciam uma tendência crescente do percentual de pessoas com 60 anos ou mais com HIV/AIDS no Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte, ao longo do período considerado (1991 a 2010). O mesmo ocorre com relação às taxas de incidência, exceto no município de Belo Horizonte, que apresentou oscilação ligeiramente negativa entre 2000 e 2010. Já a taxa de prevalência apresentou elevação entre 1991 e 2010: mais do que quintuplicou, no Brasil, aumentou mais de seis vezes em Minas Gerais e mais do que triplicou em Belo Horizonte. No período seguinte (2000/2010), a prevalência de idosos com HIV/AIDS também aumentou, mas em ritmo bem menor: mais do que dobrou no Brasil e em Belo Horizonte e mais do que triplicou em Minas Gerais. No caso da mortalidade, verifica-se elevação no Brasil e Minas Gerais. No entanto, em Belo Horizonte a taxa de mortalidade em 2010 foi menos da metade do que aquela registrada em 2000.

Tendo em vista a TARV universal e gratuita, seria de se esperar que a tendência fosse realmente aquela verificada no município de Belo Horizonte: maior prevalência e menor mortalidade (Pereira, 2005; Alves et al., 2003). Não obstante, o diagnóstico de HIV/AIDS em idosos é frágil, após a investigação de outras patologias e deixando a suspeita de HIV/AIDS para a última hipótese diagnóstica, retardando todo o itinerário terapêutico (Alencar, 2012), o que pode explicar a mortalidade crescente registrada para Minas Gerais e para o conjunto do Brasil. Vale ressaltar, igualmente, o efeito de estrutura etária dentro do grupo de idosos, ao longo do tempo. Na prevalência, há que se considerar os indivíduos que estão envelhecendo com HIV/AIDS, como registrado por Rezende, Lima e Rezende (2009), e que foram diagnosticados antes dos 60 anos.

Em se tratando do padrão de disseminação segundo a categoria de exposição hierarquizada¹¹, conforme os dados são organizados e disponibilizados (Szwarcwald et al., 2000; UNAIDS, 1999), ressaltaram-se as proporções da categoria “ignorado” para idosos de ambos os sexos, em Belo Horizonte (41,9% dos casos diagnosticados entre 1985 e 2012). Entre as informações existentes para esta

¹¹ Classificação dos modos de transmissão do vírus, definida em hierarquia: categoria sexual – homossexual, bissexual, heterossexual; categoria sanguínea – Usuário de Droga Injetável (UDI), hemofílico, transfusão sanguínea e acidente com material biológico; e categoria de transmissão vertical – de mãe para o filho (UNAIDS, 1999).

variável, o tipo de categoria de exposição hierarquizada com maior percentual é a transmissão por contatos sexuais, sendo que, entre as idosas, 97,3% dos casos registrados foram atribuídos ao contato heterossexual. Observa-se, para as idosas, um menor percentual de “ignorados” (27,9%). Entre os homens idosos, o percentual de “ignorados” é superior (49,0% do total) e, entre os tipos de categoria de exposição hierarquizada registrados para a série temporal, 93,5% também foram devidos ao contato sexual, distribuindo-se em 26,1% contato homossexual, 19,6% contato bissexual e 47,7% contato heterossexual. Os demais tipos registrados, usuário de droga injetável (UDI), hemofílico e transfusão, resultaram em proporções inferiores a 4%, para ambos os sexos.

Esse padrão de disseminação segundo a categoria de exposição hierarquizada ressalta a dificuldade de se registrar esse tipo de informação, considerando-se os estigmas¹² e preconceitos que envolvem a questão da opção sexual dos indivíduos, em todas as faixas etárias e, principalmente, entre idosos. Por este motivo, não foram calculadas taxas, cujo denominador deveria ser a população exposta ao risco, mas proporções, que embora não sejam medidas de risco, são largamente utilizadas na literatura sobre o tema (Cerqueira, 2011). As proporções observadas da categoria heterossexual confirmaram o padrão observado para a epidemia de HIV/AIDS no que se refere à heterossexualização (Chacham et al., 2007; Cerqueira, 2011), e determinam um processo de disseminação em Belo Horizonte hierarquicamente decrescente. Igualmente, Szwarcwald et al. (2000) já tinham encontrado o mesmo padrão para o Brasil, definindo-se a transmissão heterossexual do HIV como o motor da dinâmica da epidemia.

Não obstante e tendo em vista o processo social histórico da aids e o próprio estigma como um processo, pode-se aventar, ainda, a possibilidade da não-declaração ou do não-registro do tipo de categoria de exposição hierarquizada ser uma questão política, visando a não estigmatização de algum grupo (Cerqueira, 2011).

¹² Segundo Goffman (1980, p. 53), o estigma é um significativo descrédito atribuído a uma pessoa com uma diferença indesejável que se constitui em poderoso signo de controle social usado para marginalizar e desumanizar indivíduos que apresentam certos traços socialmente desvalorizados.

Os dados referentes às informações sobre raça/cor e escolaridade dos casos diagnosticados de HIV/AIDS em idosos, entre 1985 e 2012, no município de Belo Horizonte, coletados no DATASUS (SVS-DST/AIDS, MS, DATASUS), apresentaram percentuais de “ignorados” superiores a 50% (56,4% dos dados para ambos os sexos, sendo 55,2% entre mulheres e 57,0% entre os homens). Da mesma forma, 51,8% dos dados de escolaridade foram registrados como “ignorados”, para ambos os sexos (57,8% entre as mulheres e 48,7% entre os homens). Logo, optou-se por não apresentar as proporções detalhadas, visto que é difícil identificar uma tendência da evolução da epidemia no que tange às características em estudo. A elevada incidência de classificação na categoria ignorados denuncia a premente necessidade de melhoria nas informações, como também apontado em outros estudos (Cerqueira, 2011; Lazzarotto et al., 2013).

Faz-se necessário pontuar, ainda, a diferença de números entre os casos diagnosticados e casos notificados e a necessidade de melhoria nestes registros, conforme a mesma fonte dos dados básicos (SVS-DST/AIDS, MS, DATASUS). A título de ilustração, para a série de 1983 a 2012 e compreendendo todas as idades, verificou-se que 2.058 casos de HIV/AIDS em Belo Horizonte foram diagnosticados sem a devida notificação. Já entre os indivíduos com 60 anos ou mais, foram notificados 91 casos que não haviam sido diagnosticados. O melhor entendimento deste fato exige atenta pesquisa científica, buscando conhecer, por exemplo, as faixas etárias de maior subnotificação, os procedimentos necessários e os fatores que podem influenciar o processo de notificação.

Para os estudos sobre a mortalidade de idosos pelo HIV/AIDS, no Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte, no período de 1996 (CID-10) a 2011 (último dado disponível), as informações desagregadas por raça/cor, estado civil e escolaridade encontram-se na Tabela 2. A opção foi apresentá-las no conjunto, para todo o período, dada a constância em que aparecem na série temporal e a proporção de dados ignorados que decresce, definindo os últimos anos como aqueles de informações de melhor qualidade.

TABELA 2: Distribuição proporcional da mortalidade de idosos por HIV/AIDS, por variáveis selecionadas, Brasil, Minas Gerais e Belo Horizonte, de 1996 a 2011 (em %)

Variável	Brasil	Minas Gerais	Belo Horizonte
Raça/cor			
Branca	54,3	46,6	39,0
Parda	22,6	28,2	36,3
Preta	9,2	8,6	11,2
Amarela	0,8	1,2	2,2
Indígena	0,2	-	-
Ignorado	12,9	15,4	11,2
Total	100,0	100,0	100,0
Escolaridade			
Nenhuma	9,4	12,6	9,9
De 1 a 3 anos	16,9	17,9	18,4
De 4 a 7 anos	17,3	14,0	17,5
De 8 a 11 anos	9,8	7,4	17,0
12 anos ou mais	6,9	4,6	12,1
De 1 a 8 anos	0,7	-	-
Ignorado	39,0	43,5	25,1
Total	100,0	100,0	100,0
Estado Civil			
Solteiro	27,0	24,9	33,2
Casado	33,5	35,1	34,1
Viúvo	22,2	25,4	21,5
Separado Judicialmente	10,4	8,2	9,4
Outro	0,9	0,4	0,4
Ignorado	6,0	6,0	1,3
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte dados básicos: Secretaria de Vigilância em Saúde do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (SVS-DST/AIDS), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (MS), disponíveis no DATASUS (acesso em janeiro de 2014).

Verifica-se a predominância dos óbitos de brancos e pardos, espelhando a distribuição de pessoas com 60 anos ou mais na população geral, nos censos demográficos (Alves, Fortuna, Toralle, 2005; Lamarca, Vettore, 2012). A maior mortalidade proporcional de idosos com baixa escolaridade também está associada à situação vigente na coorte desses indivíduos, assim como no caso do estado civil, pois a grande maioria estava unida ou já o tinha estado, resultado comum em outros trabalhos sobre HIV/AIDS em idosos (Gross, 2005; Padoin et al., 2011; Alencar, 2012).

A Tabela 3 apresenta alguns indicadores sobre a morbidade hospitalar decorrente da doença pelo HIV, conforme nomenclatura da lista de morbidade da CID-10, em Belo Horizonte, em 2010 e 2012.

**TABELA 3: Morbidade hospitalar do SUS pela doença pelo HIV, em Belo Horizonte
Indicadores selecionados, 2010 e 2012**

Indicadores selecionados	2010	2012
Proporção das internações de idosos no total de internações por doença pelo HIV (em %)	6,0	6,8
Taxa de utilização dos serviços de saúde ¹ (em 100 mil)	12,5	17,2
Custo médio das internações de idosos por doença pelo HIV ² (em R\$)	1.075,49	1.426,03
Proporção do custo das internações de idosos no custo total de doenças pelo HIV (em %)	4,1	7,5
Mortalidade hospitalar média de idosos por doença pelo HIV ³ (em %)	12,7	9,0
Razões de sexo das internações dos idosos	17,5	1,1

Fonte dados básicos: Sistema de Informações Hospitalares do SUS, SIH/SUS, do Ministério da Saúde (MS), disponíveis no DATASUS (acesso em janeiro de 2014).

¹ Razão entre a frequência de internações e a população da faixa etária, conforme Nunes (2004).

² Razão entre a despesa total e número de internações por doença pelo HIV, por faixa etária.

³ Razão entre a quantidade de óbitos e o número de AIHs pagas, computadas como internações no período, em 100, por faixa etária.

Os números indicam que entre 6,0% e 6,8% das internações cuja causa básica foi a doença pelo HIV, respectivamente em 2010 e 2012, no município de Belo Horizonte, foram de pessoas com 60 anos ou mais (Sistema de Informações Hospitalares do SUS, SIH/SUS, do Ministério da Saúde, MS, DATASUS). As taxas de utilização dos serviços de saúde foram da ordem de 12,5 e 17,2 por 100 mil idosos, em 2010 e 2012, em ordem. Houve aumento, também, do custo médio das internações de idosos em decorrência de doenças pelo HIV, mas o dado não foi ajustado para contemplar possível variação inflacionária. As internações de idosos com doença pelo HIV passaram a representar uma proporção maior do custo total com essas internações (37 em 2010 e 52 em 2012).

Já a taxa de mortalidade hospitalar média por doença pelo HIV diminuiu entre 2010 e 2012, acompanhando a mesma tendência decrescente em toda a série de 1998 até 2012, para o país, estado e município, sugerindo que a introdução dos antirretrovirais a partir de 1996, via SUS, foi um fator determinante para a sobrevivência com HIV/AIDS (Lazzarotto et al., 2013; Dourado et al., 2006; Bastos, 2006; Grangeiro et al., 2006).

A variação nas razões de sexo registradas (de 17,5 em 2010 para 1,1 em 2012) remete a uma discussão maior sobre gênero e sobre a própria história da infecção.

Começando pela última, o HIV/AIDS foi associado, inicialmente, aos homens que fazem sexo com homens, definindo a infecção como “câncer-gay” (Bastos, 2006), excluindo-se as mulheres dos grupos potencialmente vulneráveis a contrair o vírus. E a questão de gênero, com raízes no patriarcado¹³, responde pela dificuldade da mulher negociar o uso de métodos preventivos com o parceiro, principalmente na faixa etária idosa, em especial o uso de preservativo e/ou o sexo sem penetração, tendo em vista a força da cultura onde o modelo penetrativo pênis-vagina é a norma preponderante (Guimarães, 2001). No referido modelo, cabe à mulher, passiva e assexuada, a responsabilidade de controlar o impulso natural do homem, com uma sexualidade espontânea e incontida, e de efetuar as decisões necessárias (Guimarães, 2001), em um contexto onde o pacto conjugal dispensa o uso de medidas preventivas e mantém o principal alicerce da identidade feminina (p. 208), a mãe de família, pura e casta. O desenrolar da epidemia e o aumento de casos entre mulheres heterossexuais, a partir dos anos 1990, obrigou o Programa Nacional – PN-DST/AIDS a rever algumas medidas estabelecidas, passando a ver as mulheres também como grupo prioritário das políticas de prevenção (ABIA, 1997). E nesse cenário, as razões de sexo registradas confirmam a participação da mulher na epidemia, com números crescentes de mulheres vivendo com HIV/AIDS, da mesma forma que representam os frutos dos movimentos e lutas feministas, ou seja, as conquistas femininas no campo da sexualidade, com “a emergência do prazer como um referencial feminino legítimo” (Barbosa, 1999, p. 82) e a independência entre sexo e vínculo matrimonial (Cunha, 2006). Logo, em 2012, em Belo Horizonte, para cada homem idoso internado, havia uma mulher idosa em igual situação.

Contudo, essas considerações ajudam a entender a situação vigente, mas não parecem suficientes para justificar a enorme variação registrada em apenas dois anos. Para tanto, é necessário mencionar a questão do registro da informação, que remete a discussões sobre a qualidade do dado, assim como aos fatores associados à possível subnotificação dos casos incidentes em mulheres no início da epidemia da aids no Brasil. Um aprofundamento dessa discussão vai além do escopo que envolve o objetivo central desta tese.

¹³ Patriarcado é o contrato original que fundamenta os contratos sexuais estabelecidos sobre o casamento e prostituição (Pateman, 1988; Cunha, 2006), fundamentando relações de gênero com assimetria de poder.

A análise das informações sobre a morbidade hospitalar para o município de Belo Horizonte permitiu observar o movimento crescente na proporção de internações hospitalares de idosos, em relação ao total de internações por doença pelo HIV, passando de 2,4% em 1998, para 6,8% em 2012. De acordo com Cerqueira (2011), esse movimento crescente na proporção de internações hospitalares de idosos se deve, em parte, ao processo de envelhecimento e, portanto, ao aumento no número absoluto de idosos.

É adequado dizer que as informações provenientes de internações hospitalares, conquanto possam servir para ilustrar o perfil de morbidade da população idosa, não representam a situação vigente para a totalidade desse segmento populacional, como também salientado por Cerqueira (2003). A cobertura dos dados em uso restringe-se à parcela da população que teve acesso aos serviços de saúde do SUS, ficando de fora, portanto, tanto a parcela da população necessitada que não foi alcançada pelos serviços do SUS, quanto aquela que utilizou a rede privada de atendimento. No entanto, talvez não seja demasiado supor que, em função da vigência de um programa específico de TARV, via SUS, a cobertura seja maior no caso de internações causadas por doenças pelo HIV do que em relação às demais doenças.

No tocante à proporção do custo das internações de pessoas com 60 anos ou mais, em relação ao total dos custos das internações por doença pelo HIV, Nunes (2004) chama a atenção para o fato de que os idosos tendem a consumir mais saúde, buscando assistência médica mais vezes. Em se tratando do HIV/AIDS, as pesquisas publicadas apontam a existência de várias doenças em idosos, o que dificulta o diagnóstico do HIV/AIDS, o tratamento adequado do idoso e logo no início da infecção (Cooperman, Arnsten, Klein, 2007; Moreira, 2008). E, como exposto no referencial, há outros fatores a serem ponderados nesta discussão, como a invisibilidade da sexualidade dos idosos, por toda a sociedade, família e profissionais de saúde, fazendo com que haja uma descrença na possibilidade de o idoso ter uma doença sexualmente transmissível (DST), ou seja, a aids (Lisboa, 2006; Saldanha, Araújo, Sousa, 2009; Garcia et al., 2012; Alencar, 2012).

O tópico seguinte apresenta os dados dos prontuários médicos de idosos atendidos no Hospital Eduardo de Menezes, integrante da FHEMIG (HEM/FHEMIG), buscando caracterizar a população abordada pelas entrevistas em profundidade.

4.2 Os prontuários médicos: a materialidade do HIV/AIDS

No HEM/FHEMIG, segundo dados do SAME, foram realizados 70 atendimentos por doença pelo HIV/AIDS a pessoas com 60 anos ou mais, em 2012, incluindo neste total os atendimentos do ambulatório e as internações. Os meses de maior frequência foram setembro (12 atendimentos), além de abril e agosto (oito atendimentos em cada). O número de prontuários analisados (57) corresponde a 81,4% do total de atendimentos do referido ano em estudo. Como dito anteriormente, não foi possível ter acesso aos prontuários que estavam sendo utilizados pelos profissionais de saúde do HEM/PHEMIG, no ambulatório ou no internamento. A Tabela 4 apresenta informações sobre um conjunto de variáveis sociodemográficas dessa população.

Dois terços dos idosos atendidos no HEM/PHEMIG em 2012 eram do sexo masculino, não refletindo o volume muito semelhante de homens e mulheres convivendo com HIV/AIDS no município de Belo Horizonte (razão de sexo de 1,1, como mostrado na Tabela 3). A maior parte dos atendimentos (54%) foi direcionada a idosos internados.

TABELA 4: Idosos atendidos no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (HEM/FHEMIG), Belo Horizonte – Variáveis selecionadas, 2012

Variável	Frequência	%
Sexo		
Masculino	38	66,7
Feminino	19	33,3
Institucionalizado(a)		
Sim	31	54,4
Não	22	38,6
Ignorado	4	7,0
Idade atual (em anos)		
60 – 64	30	52,6
65 – 69	15	26,3
70 – 74	7	12,3
75 – 79	2	3,5
80 – 84	2	3,5
85 – 89	1	1,8
Idade ao contrair HIV/AIDS (em anos)		
40 – 44	7	12,3
45 – 49	13	22,7
50 – 54	11	19,3
55 – 59	11	19,3
60 – 64	7	12,3
65 – 69	1	1,8
70 – 74	1	1,8
75 – 79	2	3,5
Ignorado	4	7,0
Raça/cor		
Branca	16	28,1
Preta	6	10,5
Parda	20	35,1
Ignorado	15	26,3
Estado Civil		
Solteiro	10	17,6
Casado	13	22,8
Viúvo	13	22,8
Separado	13	22,8
Ignorado	8	14,0
Escolaridade		
Analfabeto	5	8,8
1ª a 4ª série (antigo primário, 1º grau)	6	10,5
5ª a 8ª série (antigo ginásio, 1º grau)	11	19,3
Ensino médio (antigo colegial, 2º grau)	7	12,3
Educação superior	1	1,8
Ignorado	27	47,3
Município de residência		
Belo Horizonte	33	57,9
Interior	24	42,1

Fonte: Elaboração própria com base em pesquisa nos prontuários médicos do HEM/FHEMIG, em agosto e setembro de 2013.

A idade de todo o grupo (ambos os sexos) variou entre 60 e 89 anos, com média de 65,6 anos, concentrando-se a maioria (78,9%) nas idades de 60 a 69 anos, como achado em outros estudos (Gross, 2005; Alencar, 2012). Ressalta-se que 74% do total de idosos (42 idosos) que passaram pelo HEM/FHEMIG, em 2012, contraíram o vírus antes dos 60 anos de idade. Esse resultado reflete o fato de que o tratamento com antirretrovirais permitiu/permite a sobrevivência das pessoas que vivem com HIV/AIDS por muitos anos. A aparência física dos idosos entrevistados, considerando-se que a infecção pelo HIV pode desenvolver a lipodistrofia¹⁴, não apresentava indícios de que eles estivessem com alguma infecção, ainda que não houvesse parâmetro de comparação. A associação da dinâmica demográfica e da TARV, e mantida a tendência crescente de casos novos diagnosticados em pessoas com 60 anos ou mais, poderá resultar em um expressivo contingente de idosos vivendo com HIV/AIDS.

Em se tratando da variável raça/cor, embora exista um percentual expressivo de dados ignorados (26%), os prontuários apresentam maior número de atendimentos de pardos e brancos no HEM/FHEMIG, em 2012, cenário similar à distribuição dos óbitos por HIV/AIDS no mesmo município e coerente com a distribuição observada no último censo demográfico (Lamarca, Vettore, 2012). Outra evidência da deficiência na qualidade do registro de informações sociodemográficas nos prontuários é que houve um percentual também elevado (14%) de idosos com estado civil ignorado. Os dados registrados revelam um equilíbrio entre casados, viúvos e separados.

A caracterização quanto à escolaridade também é prejudicada em razão da alta porcentagem de registros na categoria ignorado (47%). Quase 30% dos idosos tinham concluído o ensino fundamental, 9% eram analfabetos e apenas um idoso possuía curso superior. Esses dados retratam a situação da coorte dos idosos atuais, assim como se assemelham às informações sobre a mortalidade do mesmo grupo e o resultado em outros estudos (Gross, 2005; Araújo et al., 2007; Castro, 2007).

¹⁴ Lipodistrofia é a alteração na distribuição de gordura corporal, quando a pessoa perde gordura no rosto (a bochecha afunda), nos glúteos, braços e pernas (as veias ficam aparentes) e acumula no abdome, seios e tórax (Brasil, 2013).

No que se refere ao local de residência, um percentual significativo (42,1%) dos idosos atendidos no HEM/FHEMIG em 2012 residia no interior do estado, o que talvez seja indicativo da necessidade de análise mais detalhada da concentração do atendimento na capital, sendo importante, neste caso, verificar a distância entre o município de residência e o município de Belo Horizonte. Estes dados rememoram a trajetória espacial e social da aids na década de 1990, quando ela ampliou-se para as áreas interioranas do país e para as camadas populares, e, no âmbito global, foi definida como uma pandemia pela OMS (Guimarães, 2001; Barbosa, 2002; Dourado et al., 2006). Os dados instigam, também, novas pesquisas, como já exposto, sobre os serviços de saúde, SUS e capacidade de resposta dos serviços às demandas locais e em consonância com a dinâmica demográfica e da epidemia de HIV/AIDS.

A Tabela 5 registra outras informações existentes nos prontuários estudados, como o provável modo de transmissão do HIV, sobre o tratamento e hábitos de vida (beber e fumar). Tais informações são de grande significado para as pessoas que estão em uso de TARV. Por exemplo, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Brasil, 2013), o tabagismo e as bebidas alcoólicas em associação com a TARV podem causar sérios malefícios ao organismo, como aumentar o risco cardiovascular, de aterosclerose, de ocorrência das hepatopatias e hepatotoxicidade, entre outros.

Chama a atenção, para todos os indicadores selecionados, o percentual elevado de respostas categorizadas como de informação ignorada. Em mais de 70% dos casos não foi possível identificar se o/a companheiro/a também vive com o HIV (79%), se o/a paciente é alcoólatra (77%), se o tratamento produz efeitos colaterais (74%) ou é assintomático (72%). Em mais da metade dos casos (54%) não se sabe se o/a paciente bebe e em 25% dos prontuários não há informação específica sobre se o/a paciente fuma. Já o provável modo de transmissão é ignorado em 44% dos casos.

Trata-se, portanto, de uma situação de flagrante inadequação com relação à atenção destinada ao preenchimento dos prontuários e é de se esperar que uma maior utilização dessas informações possa ensejar melhoria na sua qualidade.

TABELA 5: Idosos atendidos no Hospital Eduardo de Menezes da FHEMIG (HEM/FHEMIG), Belo Horizonte – provável modo de transmissão, tratamento e hábitos, 2012

Variável	Frequência	%
Provável modo de transmissão		
Sexual		
Relações sexuais com homens	9	15,8
Relações sexuais com mulheres	16	28,1
Relações sexuais com homens e mulheres	2	3,5
Transfusão sanguínea	3	5,3
Transmissão em procedimento não especificado	2	3,5
Ignorado	25	43,8
Sobre o(a) companheiro(a)		
Tem conhecimento		
Sim	16	28,1
Não	1	1,8
Ignorado	40	70,1
Companheiro(a) também vive com o vírus		
Sim	10	17,5
Não	2	3,5
Ignorado	45	79,0
Sobre o tratamento		
Adesão		
Boa adesão	14	24,6
Problemas com adesão	29	50,8
Ignorado	14	24,6
Efeitos colaterais		
Sim	11	19,3
Não	4	7,0
Ignorado	42	73,7
Assintomático		
Sim	16	28,1
Ignorado	41	71,9
Hábitos		
Fumante		
Sim	24	42,0
Não	14	24,6
Já foi fumante	5	8,8
Ignorado	14	24,6
Bebe		
Sim	12	21,1
Não	14	24,6
Ignorado	31	54,3
Alcoolista		
Sim	3	5,3
Já foi	5	8,8
Não	5	8,8
Ignorado	44	77,1

Fonte: Elaboração própria com base em pesquisa nos prontuários médicos do HEM/FHEMIG, em agosto e setembro de 2013.

O contato sexual, em suas várias possibilidades, foi o modo de transmissão mais registrado, corroborando outros achados (Driemeier et al., 2012; Cooperman, Arnsten, Klein, 2007; Mack, Ory, 2003). De acordo com as informações coletadas nos prontuários, 15,8% dos idosos contraíram o vírus em relações sexuais com homens, 28,1% contraíram em relações sexuais com mulheres e 3,5% em relações sexuais com homens e mulheres, ratificando resultados de outros trabalhos (Castro, 2007; Jacobson, 2011; Alencar, 2012). Sobre a sexualidade dos idosos, *grosso modo*, eles continuam a vida sexual, mas com frequência mais reduzida na medida em que a idade aumenta (DeLamater, Moorman, 2007; Driemeier et al., 2012).

A relação sexual não torna as pessoas mais vulneráveis a contrair o vírus HIV, mas sim as práticas sexuais, como bem lembrado por Parker (1997) e por Andrade, Silva e Santos (2010), entre outros autores. Os registros nos prontuários daqueles idosos cujo diagnóstico foi feito depois dos 60 anos ratificam a discussão anterior: 12,2% contraíram o vírus após 60 anos e por meio de relações sexuais com mulheres (10,5%) ou homens (1,7%), e em 7,0% dos registros o modo de transmissão foi ignorado. O teste do qui-quadrado foi significativo a 0,002 para as variáveis sexo e transmissão sexual, para ambos os sexos. A informação sobre o(a)s companheiro(a)s foi explorada anteriormente e, aqui, faz-se oportuno observar, uma vez mais, que o volume de dados ignorados, acima de 70%, reforça a importância das entrevistas em profundidade para o conhecimento e entendimento da questão. Algumas pesquisas demonstram que a revelação da condição de portador do vírus HIV para o companheiro é recompensadora, pois diminui o estresse, melhora a vida produtiva, o bem-estar e diminui a discriminação (Paxton, 2002). Para um homem de 33 anos entrevistado em Singapura, por Paxton (2002), o segredo da condição sorológica tortura e é uma forma de negar a si mesmo. E, para Emlet (2008), os indivíduos com 50 anos ou mais, em comparação aos de 20 a 39 anos, na costa nordeste do Pacífico, nos EUA, são os que menos revelam sua condição sorológica, após uma análise de custo/recompensa da revelação.

Nas anotações dos prontuários feitas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e demais profissionais da equipe hospitalar, foi possível coletar a informação sobre a adesão. Adesão à TARV é difícil (Teixeira, Paiva, Shimma, 2000) e é um tema complexo e de difícil estudo (Polejack, Seidl, 2010), constituindo um tema de abordagens diferentes. Alguns estudos abordam a aderência, com o sentido de

concordância autônoma (ou patient empowerment) do paciente à terapia; o termo “compliance” tem o sentido de cumprimento de regras, em relação às doenças em geral (Narciso, Paulilo, 2001). Há estudos que focam no indivíduo, desconsiderando outros fatores intervenientes, preocupando-se com a adesão aos medicamentos e não com a adesão ao tratamento. Adesão pressupõe relação e vínculo e é concebida em alguns estudos como um processo, constituído por três itens: a noção de doença que possui o paciente, a ideia de cura ou de melhora que se forma em sua mente, e o lugar do médico no imaginário do doente (Colombrini, Lopes, Figueiredo, 2006; Ceccato et al., 2004). A discussão se amplia ao registrar alguns fatores intervenientes na adesão: relacionados ao paciente – sociodemográficos, uso de álcool e drogas, transtornos psiquiátricos e crenças negativas e religiões; associados à doença; e relacionados ao tratamento e aos serviços de saúde (Narciso, Paulilo, 2001). Alguns fatores que influenciam a adesão terapêutica são explorados nas pesquisas, tais como confiança na equipe, redes de apoio, nível de escolaridade, aceitação da doença, efeitos colaterais da terapêutica, falta de acesso aos medicamentos, tratamento longo, esquema terapêutico complexo e ausência de sintomas (Figueiredo et al., 2001). Apenas 25% do total de idosos têm uma boa adesão. Este dado, definido com base em exames laboratoriais e clínicos, é preocupante, pois a boa adesão tem relação com o controle da epidemia (Mack, Ory, 2003), e também com a sobrevivência do idoso que vive com HIV/AIDS e com a não resistência do vírus (Berg, Arnsten, 2006; Keuroghlian et al., 2011), uma vez que o vírus pode ter mutações em decorrência da falta de medicamento (Brasil, 2013).

De acordo com os registros nos prontuários, 51% dos idosos já fumaram (9%) ou ainda fumam (42%), 14% já foram (9%) ou ainda são (5%) alcoolistas. Em 21% dos casos há informação de que o idoso bebe, embora não seja considerado alcoolista. Em relação à bebida é importante ressaltar que o uso de álcool pode atrapalhar a adequada adesão à TARV e o sucesso do tratamento e sobrevida (Narciso, Paulilo, 2001; Brasil, 2013). Somam-se, também no sentido de dificultar a adesão, as dificuldades com os efeitos colaterais, como os listados nos prontuários: diarreia, náuseas, insônia ou sono excessivo, dificuldades de ereção, delírios e alucinações, perda de peso, dor no estômago, coceira na pele e dormência nos braços. Há, ainda, um volume excessivo de medicamentos e erros frequentes relacionados ao

uso combinado de drogas como questões prejudiciais à correta adesão à TARV (Wutoh et al., 2003).

Nos prontuários, foi possível observar uma lista de agravos que os idosos sofreram ou ainda sofrem, como a insuficiência renal crônica, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, infarto, acidente vascular cerebral, DST, neurosífilis, meningite, tuberculose, pneumonia, hepatite, cirrose, Sarcoma de Kaposi, diabetes, herpes Zoster, depressão, entre outras. Também há registros de que alguns idosos (5) já haviam feito implante facial de Polimetilmetacrilato, para fins de preenchimento das bochechas em caso de lipodistrofia. Constatou-se, aliás, um volume extenso de informações sem padrão de registro, cuja elucidação demandaria muito tempo e profissionais para o levantamento cronológico desses agravos na história de cada paciente, tornando a pesquisa inexequível. Contudo, as análises do banco de dados e a aplicação do teste qui-quadrado indicaram a significativa associação entre sexo e depressão (coeficiente de Pearson igual a 0,000). Em mais de 68% dos 19 prontuários de mulheres idosas havia registros de depressão.

A análise dos prontuários mostra a materialidade do HIV/AIDS. A aids é uma doença séria e, em coro com Bastos (2013, p. 100), não é plausível que “uma doença reconhecidamente grave possa se tornar algo banal”. No Quadro 2, busca-se definir alguns fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas análises dos prontuários médicos.

QUADRO 2: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nos prontuários médicos de idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2012

Nível	Fatores associados
Nível Individual	Prática de relações sexuais não protegidas; DST; problemas com adesão ao tratamento; hábitos de vida (beber e fumar)
Nível Social	Aspectos culturais e sociais; estigma, preconceito e discriminação; oferta de serviços de saúde (migração para tratamento de saúde)
Nível Programático	Programas de prevenção e controle do HIV/AIDS direcionados para o público com 60 anos ou mais

FONTE: Elaboração própria, março/2014.

No nível individual, a prática de relações sexuais não protegidas, DST, os problemas com adesão à TARV e os hábitos de vida são fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, lembrando, para tanto, a possibilidade de reinfecção, como também a resistência do vírus ao coquetel e o precoce surgimento da síndrome de imunodeficiência. No nível social, o deslocamento de pessoas para realização do tratamento no HEM/FHEMIG e, ainda, a possível migração em busca do serviço de saúde, podem ter sido motivados por aspectos culturais e sociais e/ou por estigma, preconceito e discriminação, constituindo fatores que limitam o enfrentamento da situação e resposta. A ausência de programas de prevenção direcionados especificamente ao grupo populacional com 60 anos ou mais pode contribuir com a não resposta à situação de vulnerabilidade ao HIV/AIDS, tendo em vista a vida sexual ativa dos idosos e a relação sexual como o motor da epidemia (Szwarcwald et al., 2000). Como os idosos cujos prontuários foram disponibilizados pelo HEM/FHEMIG são, em sua maior parte, naturais do interior, fortalecem-se os componentes no nível social, uma vez que a organização sociocultural estrutura as relações sexuais (Parker, 1997), como também podem definir a adesão ao tratamento.

No próximo capítulo será possível aprofundar um tanto mais nessa discussão, com base nas entrevistas em profundidade, a fim de verificar se é possível aceitar a hipótese de trabalho de que a construção sociocultural de algumas definições no campo da sexualidade (viril, macho, feminina, uso de preservativo) definem as percepções e os comportamentos da coorte atual de idosos em relação ao sexo, determinando o contexto de vulnerabilidade deste contingente populacional à infecção pelo HIV/AIDS. São definições com raízes na cultura do machismo¹⁵, caracterizando a sexualidade masculina como ativa e, a feminina, como passiva e submissa.

¹⁵ O machismo é um complexo sistema ideológico que organiza as relações de gênero, hierarquicamente, estabelecendo relações de poder e domínio dos homens sobre as mulheres (Parker, 1991).

5. IDOSOS E VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS EM BELO HORIZONTE: UM ESTUDO DE CASO

Neste capítulo são apresentadas e analisadas as informações coletadas por meio das entrevistas em profundidade. A apresentação dos resultados é feita por grandes temas, definidos a partir do uso do *software* de análise (NVivo10) e da criação dos “nós”, formados com base nas redes de temas ou blocos de análise, como proposto por Attride-Stirling (2001). Inicialmente, são registradas algumas informações sobre os idosos entrevistados, com o objetivo de “dar rosto” aos relatos, lembrando-se a ideia de Ricoeur (1991) no sentido da definição de *In-dividuu*: o que não se pode dividir. Simultaneamente, tem-se o delineamento do grau de representatividade dos entrevistados. A apresentação dos fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS, em resposta à questão central da tese, é seguida por considerações acerca das redes sociais desses idosos, também em conjunção com o arcabouço da vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

5.1 Perfil característico dos idosos entrevistados

Foram realizadas 20 entrevistas, 12 idosas e 8 idosos, sendo 17 abordados no ambulatório do HEM/FHEMIG (8 homens e 9 mulheres) e 3 idosas institucionalizadas no referido hospital. O perfil característico de cada um dos entrevistados é sintetizado nos Quadros 1 e 2 do Anexo 4. As informações das 3 idosas institucionalizadas foram analisadas juntamente com as demais, por não apresentarem, exceto no que diz respeito à condição de internas à unidade hospitalar, outras características que justificassem a análise em separado.

Com o objetivo de facilitar as análises, algumas informações sobre os idosos entrevistados são condensadas na Tabela 6.

TABELA 6: Idosos entrevistados no Hospital Eduardo de Menezes da FHEMIG (HEM/FHEMIG), Belo Horizonte – informações selecionadas, 2013

Especificação	Total	(%)
Em uso de TARV		
Sim	18	90
Não	2	10
Estado civil		
Solteiro(a)	3	15
Casado(a)	4	20
Viúvo(a)	9	45
Separado(a)	4	20
Tem companheiro(a) fixo(a) (exceto marido e caso fortuito, paquera)	4	20
Idade ao diagnóstico		
Antes dos 60 anos	10	50
Depois dos 60 anos	10	50
Possível modo de infecção		
Relações sexuais com marido	5	25
Relações sexuais com parceiro não fixo, ou companheiro ou namorado	8	40
Relações extra-conjugais	4	20
Estupro	1	5
Drogas	1	5
Instrumento perfuro-cortante	1	5
Adesão à TARV		
Boa	14	70
Ruim	4	20
Sem TARV	2	10
Vida sexual ativa		
Sim	13	65
Não	7	35
Usa camisinha: entre o(a)s ativo(a)s		
Sim	5*	39
Não	8	61
Revelou status sorológico		
Sim	2	10
Não	18	90
Já esteve internado pelo HIV		
Sim	9	45
Não	11**	55

Fonte: Elaboração própria com base em pesquisa de campo (fevereiro a abril de 2014).

(*) 2 idosos não deram certeza do uso de camisinha em todas as relações sexuais.

(**) Uma idosa, na ocasião do estupro, esteve internada para o exame anti-HIV com resultado negativo, apresentando resultado positivo 6 meses após (nunca foi internada por doença pelo HIV).

A maioria dos entrevistados estavam em uso de TARV (90%), estiveram ou estavam em união (85%), contraíram HIV/AIDS em algum tipo de relação sexual (90%), consideraram como boa a adesão à TARV (70%), tinham vida sexual ativa (65%),

não revelaram seu status sorológico (90%) e não estiveram internados em decorrência de doença pelo HIV (55%). Para metade dos entrevistados o diagnóstico foi conhecido antes de terem completado 60 anos.

Os relatos dos idosos entrevistados esclarecem aspectos da condição de viver com HIV/AIDS, demonstrando que o curso da infecção pode variar de organismo para organismo e, no indivíduo idoso, o tempo entre a contração do vírus e aparecimento da doença pode ser menor, devido ao envelhecimento do sistema imunológico, como citado em alguns trabalhos (Pottes et al., 2007; Brasil, 2013). É neste contexto de especificidades que são discutidos os relatos dos entrevistados e a singularidade dos fatos que eles descrevem, iniciando-se pela descoberta da condição sorológica. Embora ao longo do texto se faça menção individualizada aos trechos selecionados para transcrição, o critério adotado foi o de representatividade, ou seja, o teor dos relatos reflete os posicionamentos hegemônicos entre a totalidade dos entrevistados.

5.2 A descoberta da condição sorológica

Entre os idosos entrevistados foi possível distinguir cinco grupos no que se refere à descoberta da condição sorológica.

O primeiro é composto por aqueles que se descobriram portadores do vírus HIV em decorrência do diagnóstico da companheira, do marido ou da morte do companheiro (marido) por aids. Conforme o relato de uma das idosas deste grupo, cujo marido morreu há cerca de 10 anos, com aids, a descoberta da condição sorológica dele foi acompanhada de uma confusão de sentimentos, perpassada pela ideia igualmente confusa da necessidade de também se submeter a um exame.

Minha fia, foi uma dor muito forte. E tive dó, e tive raiva, ódio, achei bem-feito porque a doença dele me contou que ele me traía. Ai, sofri muito, muito mesmo. E aí bebi muito, muito! Eu olhava pra ele e achava que ele tava pagando, sabe?! Pagando... mas, tinha dó. Tinha de cuidar dele, né?! E cuidei, até o derradeiro dia. E fui obrigada a fazer o teste. Aí, foi mais dor. Mais tudo de raiva. Porque peguei dele, uai... e ainda hoje, quando tenho de tomar os remédio, as vez eu tenho raiva... E tomo umas... E fico com mais raiva dele. E ele é só alma hoje... [risos]

(82 anos, viúva, analfabeta, diagnosticada há 15 anos).

A associação do HIV/AIDS com a morte iminente ainda surpreende, ainda mais em um país como o Brasil, cujo acesso à TARV é universal, pelo SUS (Bastos, 2013). E essa associação é base para o estigma, o preconceito e a raiva e demais sentimentos ao se conhecer a condição sorológica do parceiro. Aids como castigo também é um conceito arraigado (Lazzarotto et al., 2008) e, nesse rol de equívocos, registra-se a comparação da aids com o câncer, perigosa e letal (Brasileiro, Freitas, 2006). Assim, o HIV/AIDS encarna um mal e é a morte anunciada, o que faz o idoso sofrer; e a idosa sofre pela certeza de não ser imortal e pela morte social e dos papéis sociais de mãe e esposa (Knauth, 1998).

Ah, foi um atestado de morte que me deram! O danado tinha murrido, e eu nova e com três fios pra criar. E ia morrer. Já pensou nisso?

(60 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 7 anos).

Sobre a infidelidade e o relacionamento extraconjugal, a cultura machista¹⁶ na qual foi educada a maioria dos atuais idosos (e jovens também!) preza a multiplicidade de parceiros e é socialmente aceita (Santos et al., 2009). O relato de uma das idosas deste grupo ratifica o fato de as mulheres idosas terem, também, a mesma cultura machista no sentido de se verem como a mulher de família, cuja referência é amor/afeto e sexo e a negação da relação sexual pelo prazer em si (Barbosa, 1999).

[falando para os filhos usarem camisinha] *Converso com eles, ocês sabe... ocês é homi, toma cuidado. Eu peguei na minha cama, no meu quarto... Pode aproveitar a vida, mais tem de saber. As minina aqui [do hospital] me dão camisinha e eu levo tudo pra eles, porque eu num uso. [quando questionada sobre a vida sexual atual e a doação de camisinhas para os filhos e netos, ela responde] A gente vevi sem isso, minha fia! Amei muito meu marido, a gente ama e num arruma outra pessoa.*

(64 anos, viúva, analfabeta, diagnosticada há 14 anos).

Poder aproveitar a vida, porque são homens, por terem uma sexualidade incontrolável e por ser esperado que eles tenham múltiplas parceiras (Parker, 1997), são especificidades socioculturais e comportamentais que justificam o caso

¹⁶ Retoma-se aqui o conceito de cultura machista, com base em Parker (1991), trazendo à discussão o sistema ideológico que organiza as relações de gênero, em hierarquia, e estabelece relações de poder do homem sobre a mulher e define a sexualidade masculina como incontrolável e a feminina como objeto do controle masculino.

extraconjugal do marido (falecido). A sexualidade feminina, no caso dessa idosa, sustenta-se em referências normativas que definem o sexo como dever conjugal e o prazer como um direito dos homens (Barbosa, 1999).

Também para uma idosa, cujo diagnóstico foi feito logo após o diagnóstico do seu marido, sendo o dele em novembro de 2013 e, o dela, em dezembro, as justificativas se embasam nessa organização sociocultural das relações de gênero e reforçam o elemento do cuidado atribuído à mãe de família. Os dois já fazem uso da TARV, assistidos no HEM/FHEMIG.

Eh... através da enfermidade que ele teve que nós descobrimos que ele tinha. éh... internou... Ficou ruim, fez o teste e deu positivo... Aí, eles me pediram e deu positivo também. Ele internou com pneumonia... mas depois passou pra tuberculose. É, eu faço o que eu posso... eu faço o que eu posso... eu cuido! A vida da gente continua... Vou levando, vou cuidando... Não procuro pensar muito não, porque somos casados... Até mesmo os casados... Que, igual a gente era casado, a gente nunca pensa...

(63 anos, casada, ensino médio completo, diagnostica há 3 meses).

Soma-se a essa cultura a disponibilidade de medicamentos para disfunção erétil (Sousa, 2008), a falta de campanhas de DST-HIV/AIDS direcionadas para o público com 60 anos ou mais e, principalmente, o não desenvolvimento de alternativas de esclarecimento e promoção de saúde que possam, verdadeiramente, ir ao encontro desses idosos, concebidos como sujeitos-cidadãos (Paiva, 2002), em interação com o mundo e suas descobertas. Para essas entrevistadas, houve uma sequência: morte/doença do marido, teste, descoberta. O elemento desencadeador foi uma morte/doença por HIV/AIDS, quando o diagnóstico positivo para HIV foi o norteador da busca por testagem.

Mas a questão da infidelidade ou relacionamento extraconjugal talvez seja mais explícito ou aparente no caso de um dos idosos entrevistados:

Foi por intermédio... por causa de minha cunhada... que ela tem... e eu peguei... usei ela algumas vezes sexualmente e... e como ela foi ao médico e con-con-tas-tou... constatou, né? Eu pensei... eu também... eu vou olhar isso... eu vou ver esse negócio... Ai constatou que eu tava com... com isso...

(61 anos, separado, primário completo, diagnosticado há 2 anos).

“Usar sexualmente” remete à discussão da cultura machista, como exposto anteriormente, que legitima o sexo pelo prazer, pela atração, introduzindo “a ideia de estar usando o outro” (Barbosa, 1999, p. 82). Na verdade, uma análise dos relatos cujas categorias de exposição foram o contato sexual, tanto de homens idosos quanto de mulheres idosas, permite inseri-los nesta discussão de relações de gênero, fundadas na assimetria de poder entre os sexos, identificando o feminino ao oprimido, e o masculino ao opressor (Villela, 1999). No entanto, vale a pena destrinchar outros pontos dos fatos, atentando para a descoberta da condição sorológica e definindo outros grupos.

O segundo grupo é composto por idosos que descobriram viver com HIV/AIDS por causa de uma doença oportunista, um mal estar.

Tratei de tuberculose várias vezes... Na última, os médicos cismaram que nada fazia efeito... Me mandaram para cá, pois aqui trata também tuberculose e na minha cidade já num tinha mais remédio. Eu já tinha tomado tudo! E fiquei internada umas três, quatro vezes, eu acho. Aí, já viu, né?! Fui chegando e eles foram fazendo o teste de aids. Foi um acidente de percurso, eu digo isso. Se tivesse ficado lá, nunca teria descoberto.

(67 anos, solteira, 1º grau completo, diagnosticada há 5 anos).

A idosa que proferiu o relato acima, na época com 62 anos, solteira, nunca tinha estado em união estável e sua sexualidade era totalmente invisível! A invisibilidade sexual dos idosos (Lisboa, 2006; Sankar et al., 2011) é presente, inclusive, entre os profissionais de saúde, como registrado em vários estudos (Levy et al., 2007; Vasconcelos et al., 2004). E no tocante à tuberculose, há um desafio em tratar o paciente com HIV e tuberculose. Como exposto em FIOCRUZ (2013, p.7), apesar dos “progressos significativos na última década, menos de 60% desses pacientes estavam recebendo drogas antirretrovirais em 2012”. Esta idosa contraiu o vírus HIV de um namorado, a quem fez juras eternas de amor e “se entregou”. Sua tristeza, misturada com raiva por ter sido traída, retrata a desigualdade que permeia as relações entre homens e mulheres, principalmente dessa coorte com 60 anos ou mais, assumindo aqui que as coortes mais novas têm conseguido reconstruir a organização sociocultural na qual se fundamentam as relações de gênero.

A ausência da crença de estar vulnerável em relação à possibilidade de contrair o HIV é forte entre os idosos e foi observada em outras entrevistas, como também por

outros pesquisadores, como Maes e Louis (2003) e Pratt et al. (2010). A aids é a doença do outro, definindo-se, nesse contexto, a Síndrome da Onipotência (Fontes, Saldanha, Araújo, 2006). Independentemente do estilo de vida, do número de parceiras, a aids é um mal que está longe. Com base nessas concepções e na invisibilidade sexual dos idosos, tratar uma doença oportunista, ou uma DST, é o limite estabelecido até uma manifestação clínica característica da infecção pelo HIV se apresentar, como aconteceu com dois dos idosos entrevistados:

Eu tava tratando de uma doença dessas daí, que a gente pega namorando. E foi muitas vezes isso, a mesma doença. Um dia, eu comecei a passar mal, vomitando muito e com diarreia. Eu almoço viajando, achei que era isso. Mas não parou e foi assim que descobriu.

(81 anos, viúvo, 4ª série do 1º grau incompleta, diagnosticado há 17 anos).

Mas disparou minha fia disintiria ni mim... Aquela dor na barriga assim, oh... Que ela atravessava aqui e vinha pra debaixo da costela aqui e fazia tchummm e eu oh... Estiquei pro banheiro... Aí, eu fui num cumpadre meu lá... até o padrim da minina minha... Consultei com ele... [Contou como foi a consulta]. Mas a disintiria era demais! E é banheiro na certeza... A roupa ganha, minha fia, se eu não achar o banheiro [cochichou]. E esse trem [o teste para HIV] pra cá... E vem vem vem... agora apareceu esse negócio [HIV/AIDS] e eles ta falando que é isso...

(71 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 5 anos).

Diarreia, perda de peso, úlceras orais, vômitos e náuseas são alguns dos sintomas digestivos que podem estar presentes na Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que se apresenta geralmente entre a primeira e terceira semanas após a infecção pelo HIV, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Brasil, 2013).

Tava trabalhando numa padaria e comecei a sentir uma dor assim... no peito, tossino, tossino. Me falaram para ir ao médico e aí, fiz uns exames e deu isso, descobriu que eu era soropositivo [sic]. Aí, separei da esposa, num foi por isso, ela fez exame e não tem a doença, não. Mas, eu tive muito caso fora do casamento, muitos mesmo... Deve ter sido isso...

(61 anos, separado e tem amante, 7ª série do 1º grau, diagnóstico há 16 anos).

Uma das idosas, institucionalizada, solteira, trabalhava em serviços gerais quando passou mal, com muita diarreia e dor na barriga, em 2006. Ela relata que, ao procurar ajuda médica, fez o teste anti-HIV e o resultado foi positivo. Não precisou ser hospitalizada e só começou o tratamento TARV ano passado, em 2013, sendo

acompanhada no Ambulatório de Referência de Doenças Infecciosas e Parasitárias (ARDIP) de Ribeirão das Neves, próximo de onde mora.

O terceiro grupo, no tocante à descoberta do *status* sorológico, contempla idosas e idosos que fizeram a descoberta ao fazer um *check-up*, ou exame para o trabalho, ou exames de rotina. Assintomáticos, como também registrado por Pratt et al. (2010), geralmente, não tiveram problemas de saúde e nunca estiveram institucionalizados por causa do HIV/AIDS, com exceção de uma idosa, que se encontrava institucionalizada no momento da entrevista.

Uma das idosas deste grupo relatou que sempre esteve presente nos forrós da cidade com o companheiro e resolveu fazer um *check-up*. Logo depois, foi chamada para repetir o exame e encaminhada para Belo Horizonte.

Eu fui fazer uma olhada de tudo, minha fia. E falei pro doutor que meu cumpanheiro é mulherengo, que uma amiga minha viu ele com uma muié esquisita... Eu nunca pensei nisso, nunca achei que podia ta em mim, sabe? Aí, foi certo! O doutor me mandou pra cá. Mas custei acreditar, mesmo com meu cumpanheiro safado...

(63 anos, viúva, analfabeta funcional, diagnosticada há quase 3 anos).

Neste relato, observa-se que a iniciativa de fazer o teste anti-HIV foi da própria idosa, o que corrobora os achados de outros estudos, no sentido de que é um contingente populacional cuja sexualidade é invisível, inclusive para os profissionais de saúde (Levy et al., 2007; Zornitta, 2008; Alencar, 2012). Alencar (2012) cita os relatos de médicos, afirmando que imaginam o idoso assexuado, uma realidade sexual igual a zero, e se esquecem de oferecer o exame anti-HIV para pacientes idosos.

Fui fazer exame ano passado, de bobeira, minha fia... Eu num sei como peguei isso... Sou viúva tem 20 anos, nunca mais tive ninguém. Fiz exame e deu isso. Num sinto nada, o que aconteceu foi que apareceu isso no exame e eu to tratano, vou começar vim aqui direto, agora, depois qui sair daqui...

(68 anos, viúva, analfabeta, diagnóstico há 7 meses – interna).

O relato acima representa a maior dúvida entre os demais coletados. Ela afirma que o marido morreu em decorrência de um acidente vascular cerebral (AVC), que ele não tinha a infecção, e que ela não teve mais relações sexuais após o óbito do

marido. Esta idosa trabalhava como auxiliar de serviços gerais, uma atividade que pouco oferece em termos de acidente com instrumentos perfuro-cortantes. A certa altura da entrevista, ela ficou confusa e falou de traição, sugerindo que o marido a traiu. Essa negação e certa confusão em relação ao contexto da descoberta e da doença, em si, foram resultados também de outros trabalhos (Machiesqui et al., 2010; Alencar, 2012).

Os idosos, igualmente, levam “choque” ao saber da sorologia positiva para o HIV, seguido de reação. É o caso, por exemplo, de um idoso, separado há 20 anos, que, ao fazer exames para fins de trabalho, teve o diagnóstico.

Ah, pra mim foi um choque, né?... Eh... a gente não sabe nem como adquiriu esse tipo de doença e para mim eu fiquei muito abalado... Paciência, vamo correr atrás, vamo tratar porque não adianta... Já aconteceu. Fazer o que, ne?... Não adianta desesperar... igual perdi um colega meu que é motorista coletivo, cara novo... casado... descobriu que tava com essa doença e bebeu um veneno e morreu... quer dizer... deixou a mulher com os filho pequeno... quer dizer... loucura... perdeu a cabeça... Eu devo ter adquirido isso trabalhando fora, a firma mandava pra fora e tava por lá... Conhecia uma pessoa por lá... acabava, entendeu? Relacionando com aquela pessoa e eu adquiri isso ai, eu não sei nem como e nem aonde foi...

(60 anos, separado, 5ª série do 1º grau, diagnóstico há 13 anos).

Um dos idosos se declarou surpreso e com atitude pró-ativa, no sentido de ter plena adesão à TARV. Ele estava fazendo uma série de exames visando solicitar o *green card*¹⁷, quando descobriu a sua condição sorológica. Afirma que deve ter contraído o vírus ao compartilhar instrumentos perfuro-cortantes (faca, especificamente), em hotel onde trabalhou como chefe de cozinha, em Nova Iorque (EUA). No referido hotel, outras duas pessoas morreram de aids e, repete algumas vezes, nunca traiu a esposa, que esteve em observação durante o ano seguinte ao diagnóstico dele, apresentando sorologia sempre negativa para o HIV. Este idoso teve o seu diagnóstico em 1993, nunca esteve internado por doença pelo HIV e representa, portanto, a parcela da população que vive com HIV/AIDS e está envelhecendo com a infecção (Rezende, Lima, Rezende, 2009; Pratt et al., 2010).

¹⁷ O *green card* ou oficialmente *United States Permanent Resident Card*, é o visto permanente para os Estados Unidos da América, concedido pelas autoridades daquele país.

O quarto grupo de entrevistados, definido a partir da forma como foi descoberto o diagnóstico para HIV/AIDS, insere na discussão a questão da violência contra a mulher e contra os usuários de droga. Uma das idosas deste grupo afirma que o diagnóstico foi positivo 6 meses após ter sido estuprada, ao passo que um idoso alega que foi diagnosticado após espancamento na rua, por causa de drogas.

Tudo aconteceu assim... fui estuprada perto da minha casa, quando ia pra farmácia... Foram 2 homens, eles me estupraram e me rasgaram... ficou um buraco enorme em mim, da vagina ao ânus. Aí, fui levada pro hospital Júlia Kubitschek e tomei o coquetel e fiz perioplastia. Fiquei internada por 2 meses, recebi alta e fui pra casa. Seis meses depois, rompeu o buraco em mim... voltei pro hospital, sangrando e, quando chegou lá, fizeram o exame e deu que eu tava com essa doença...

(64 anos, viúva, 4ª série do 1º grau, diagnóstico há 3 anos).

Uai, foi esse crack. Assim que peguei... Vim pra cá quase morto, fui espancado na rua... A partir dos exames, descobriram que eu tava com essa doença...

(66 anos, solteiro, ensino médio completo, diagnóstico há 2 anos).

Os casos expostos acima representam sérias violações dos direitos humanos e são problemas de polícia e de saúde pública, dadas as dimensões dos fatos (Diniz et al., 2007). Tanto o estupro, quanto a violência do espancamento, pode resultar em agravos à saúde, como a contração do vírus HIV, pela idosa. Os direitos humanos atuam diretamente em relações desiguais (Ventura, 1999), em relações de opressão e de privação da liberdade e capacidade de escolha. Dois dos idosos entrevistados não tiveram alternativas de escolha: a idosa contraiu o vírus pela relação sexual forçada e o idoso afirma que a contaminação se deu em decorrência do uso de drogas, pois tem tempo que não faz sexo.

O quinto grupo de idosos, no que diz respeito à descoberta da condição sorológica, traz um elemento novo para o debate: a descoberta ocorreu em uma doação de sangue, quando são feitos diversos exames no sangue doado.

Foi a coisa mais engraçada [sic], descobri por conta de doação de sangue... Sempre doe, aí, na última vez, em 2001, o resultado deu que eu tava com a doença... [quando questionada sobre a provável forma de contração do vírus, ela responde] Meu marido morreu há 10 anos, e ainda casada, eu tive um namoro com uma pessoa, acho que foi dele que peguei, ele já morreu, mas não sei de que...

(62 anos, viúva e tem companheiro, 3ª série do 1º grau, diagnóstico há 13 anos).

A descoberta do HIV/AIDS foi por meio da doação de sangue, mas a categoria de exposição foi o contato sexual. Este resultado foi observado na maioria dos entrevistados, constituindo exceções um idoso que afirma ter contraído o HIV pelo compartilhamento de instrumento perfuro-cortante contaminado com sangue, e outro idoso, que contraiu o HIV pelo uso de drogas.

A análise dos prontuários médicos revelou que, das 32 categorias de exposição conhecidas, 27 foram o contato sexual, proporção próxima à observada com as entrevistas. Lindau et al. (2007) encontraram, estudando americanos com idades entre 57 a 85 anos, que a atividade sexual é uma importante parte da vida deles.

O Quadro 3 resgata algumas informações das entrevistas à luz do referencial teórico adotado.

QUADRO 3: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014
Rede temática: a descoberta da condição sorológica

Nível	Fatores associados
Nível Individual	Condições biológicas diferentes entre os idosos estudados; cultura submissa das idosas; crença na fidelidade e monogamia; ausência de informações; relação sexual desprotegida; muitas parceiras, no caso de alguns idosos; Síndrome da Onipotência. Uso compartilhado de instrumentos e uso de drogas; contexto de drogas violento.
Nível Social	Aspectos socioculturais que definem a invisibilidade sexual dos idosos inclusive nos serviços de saúde; falta de oferta de informações e serviços de saúde; situações de pobreza e violência.
Nível Programático	Teste anti-HIV no interior do estado; informação, diagnóstico e tratamento.

FONTE: Elaboração própria, março/2014.

Em suma, análise dos relatos referentes à descoberta da condição sorológica aponta elementos condizentes com as dimensões da vulnerabilidade, nos três níveis de análise: individual, social e programático. Tendo em vista o nível individual e a condição do idoso em relação com o contexto que o circunda, o fator cognitivo primordial, adequando o modelo teórico à parte empírica, é o que se refere à informação. Há pouca informação e a que existe tem por base as relações de gênero existentes. E a informação é um fator no nível social, exprimindo a crença errônea de alguns profissionais médicos que acreditam em uma vida assexuada do

idoso, como ilustra bem o caso da idosa que tratava de tuberculose no interior e o diagnóstico só se efetivou em Belo Horizonte. A informação, como um fator presente em todo o modelo, é a proposta original de Mann, Tarantola e Netter (1993). Importante ressaltar, com base nos depoimentos colhidos, a concepção da unidade de análise como um indivíduo-coletivo, em interação com o seu mundo, “um sujeito diante de outro sujeito” (Ayres, 2002).

A próxima rede de temas reúne informações sobre a revelação da condição sorológica a terceiros e sobre discriminação.

5.3 A (não) revelação e a discriminação

A grande maioria dos idosos entrevistados têm um ponto em comum: revelação da condição sorológica somente para a família, incluído no conceito de família mãe/pai, filhos, irmãos, companheiros e parceiro, e segredo para os demais, como amigos, vizinhos e colegas de trabalho. A revelação ocorreu para a família em busca de apoio, alguém para dividir a nova vida: viver com HIV/AIDS. O segredo é uma estratégia de se resguardar de situações discriminatórias e do estigma relacionado com o HIV/AIDS. O silêncio é protetor.

Só a família sabe... e falei pras fias num esparramar isso!

(71 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 5 anos).

[cochichando] meu fio sabe e uma irmã. Meu cumpanheiro sabe, porque peguei dele, uai! E só! Imagina se vou passar roupa e minha patroa fica sabendo dum trem desse... Num me chama mais, fico sem ganhar meu ganha-pão!

(63 anos, viúva, analfabeta funcional, diagnosticada há quase 3 anos).

Meus filhos sabe, minha filha, do lote onde tenho meu barraco, também sabe. Me ajuda, né?!

(81 anos, viúvo, 4ª série do 1º grau incompleta, diagnosticado há 17 anos).

A partir daí, quando fez que deu... os meninos ficaram logo sabeno, né?... Que todos eles eram muito pre... são muito presente em nossas vida... e... quando eu fiz também eles tavam aqui na hora da visita e ficou todo mundo sabeno... [quando questionada se mais alguém, fora da família sabe] Não... não... não... ainda num preciso né?

(63 anos, casada, ensino médio completo, diagnóstico há 3 meses).

Até hoje não falei com ninguém... só eu sei, e meus filhos... Tenho vergonha de falar, por isso, nunca sofri discriminação

(64 anos, viúva, 4ª série do 1º grau, diagnóstico há 3 anos).

Não falo disso com ninguém... Assim, num sofro isso aí... [discriminação]

(61 anos, separada, analfabeta, diagnóstico há 2 anos – interna).

Sabe, minha fia, eu num falo nada pra ninguém. Só minha esposa que sabe, e meus fios... Quando dô umas namorada fora, num conto também não. Eu falo que temo que fazer com camisinha... E as muié aceita... [risos]

(66 anos, casado, analfabeto, diagnóstico há um ano).

Somente minha esposa e eu sabemos. Nem os filhos. Hoje lido com isso bem, mas antes eu escondia até dos médicos. Veja que bobagem! Tinha muita vergonha, hoje falo com naturalidade... Se meus filhos descobrissem ou perguntarem, hoje eu falo normalmente. Hoje, eles já se formaram, casaram, cada um construiu sua família... Só não contei pra eles antes pois estavam novos demais, e depois por medo deles sofrerem... e assim atrapalhar o desenvolvimento deles na escola, faculdade e assim vai...

(62 anos, casado, 3º ano de faculdade, diagnóstico há 21 anos).

Emler (2008) pesquisou os motivos que levam indivíduos de 50 a 72 anos a não revelar que vivem com HIV/AIDS, e encontrou algumas razões: medo de ser estigmatizado, medo de rejeição ou o sentimento de que o status sorológico é uma questão pessoal, não era de interesse dos outros. No entanto, alguns estudos registram que a revelação é libertadora, no sentido de se livrar de um peso (Paxton, 2002), e no sentido de identidade, assumir-se sujeito vivendo com HIV/AIDS. Sabe-se da dificuldade e de todas as implicações de uma revelação, mas faz-se necessário considerar “o outro de cada um” (Ricoeur, 1991), a relação dialética de existir pelo sentido que existe de não se estar só, e sim em permanente interação.

Talvez tenha sido nesse contexto, de não ser e não estar só, que um dos entrevistados revelou para os filhos e para alguns amigos. Também a cunhada, com quem mantinha relações e descobriu-se, antes dele, ser HIV positivo, tem conhecimento da condição sorológica dele. Quando questionado se houve alguma mudança nas amizades após a revelação, ou alguma discriminação, ele respondeu:

Normalmente... continua sendo amigos... mesma coisa!

(61 anos, separado, primário completo, diagnosticado há 2 anos).

Meus familiares sabe... são 10 fios, morando tudo pertim de mim... Alguns vizinhos chegados sabe, porque posso precisar, meus fios pode sair... e nunca sofri discriminação

(68 anos, viúva, analfabeta, diagnóstico há 7 meses – interna).

Uma idosa institucionalizada, que revelou para os vizinhos “chegados”, e outra idosa, que não revelou porque “ainda não precisou”, acreditam que a revelação pode ou poderá contribuir para o enfrentamento da situação, no contexto, recebendo apoio. A revelação do *status* sorológico depende da relação de confiança existente entre o idoso que vive com HIV/AIDS e a família, seus entes familiares. Um idoso revelou que contou apenas para sua mãe e seu pai (hoje falecido), deixando em segredo para a ex-mulher/esposa e seus filhos, com quem tem contato amigável. Os resultados desta tese têm semelhança com os encontrados por Castro (2007), no que se refere à revelação, na maioria dos casos, para a família, em primeiro plano, para o cônjuge/companheiro(a) e filhos.

Sobre possíveis atitudes discriminatórias, o fato de os demais idosos entrevistados terem revelado somente para as famílias resultou em poucos relatos sobre este tema.

Olha, prefiro até nem pensar que foi isso [discriminação], mas já passei por isso sim, lá no hospital que eu trabalhei... Quando adoeci, fiquei afastada, aí, quando recebi alta pra voltar a trabalhar, o chefe lá do hospital falou que num tinha vaga mais pra mim. E eu saí com uma pneumonia... Num contei pra eles...

(64 anos, viúva, analfabeta, diagnóstico há 14 anos).

Nos demais relatos, houve referências a outras pessoas que vivem com HIV/AIDS e que eles “ouviram falar” que foram discriminadas. Contos, talvez, que fazem parte do imaginário deles e do coletivo, considerando-se o medo da aids e o fato de terem convivido com a história social da aids, de forma destrutiva, como um mal, “peste-gay” (Camargo Júnior, 1994).

Também para esta rede temática pode-se ressaltar fatores associados à vulnerabilidade nos três domínios, como exposto no Quadro 4.

QUADRO 4: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014
Rede temática: a (não) revelação e a discriminação

Nível	Fatores associados
Nível Individual	Identidade como sujeito que vive com HIV/AIDS, percepções de aceitação.
Nível Social	Cenários de interação permeados por estigma e preconceitos que redundam em discriminação.
Nível Programático	Ausência de políticas públicas voltadas para o sujeito que vive com HIV/AIDS, pois as políticas são para os cidadãos soro-negativos que devem se proteger do soro-positivo (Paiva, 2002).

FONTE: Elaboração própria, março/2014.

5.4 Os vários significados para a aids e o tratamento

Para além da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, a aids tem muitos significados, incluindo aqueles vazios de significação real, no sentido de saber o que é a infecção e o seu desenvolvimento, como exposto no relato de muitos entrevistados.

Vou te falar a verdade, que eu nem penso... Soube e tive aquele choque... Não foi fácil, né? Depois... igual quando eu tive a notícia do câncer também... Tive aquele baque, uai! Quê que a gente pode fazer?

(63 anos, casada, ensino médio completo, diagnóstico há 3 meses).

É normal... uma doença crônica, que tem tratamento, uai

(60 anos, separado, 5ª série do 1º grau, diagnóstico há 13 anos).

Num penso nada, vivo normal. A médica já me disse que tô ótima!

(64 anos, viúva, analfabeta, diagnóstico há 14 anos).

Normal... todo mundo ta sujeito a ser contaminado... muitas vez, a muié ta contaminada e não sabe. Aí, passa pra gente, nem sempre é o homi

(61 anos, separado e tem amante, 7ª série do 1º grau, diagnóstico há 16 anos).

Normal... a médica mesmo disse que é mais perigoso morrer de diabetes do que dessa doença, se eu fazer [sic] o tratamento direitim... Eu tenho medo é de internar, isso tenho medo

(62 anos, viúva e tem companheiro, 3ª série do 1º grau, diagnóstico há 13 anos).

Foi recorrente a afirmativa de que a aids é uma doença normal, inclusive por parte de idosas institucionalizadas, verificando-se que uma delas começaria o tratamento

após a alta hospitalar e, portanto, não tem a experiência de viver com HIV/AIDS e a terapia TARV. Já outra idosa estava internada com doença hepática alcoólica, pela associação do hábito de beber (é alcoolista) e falhas no tratamento. A literatura registra que o uso do álcool é mais frequente em pessoas que vivem com HIV/AIDS do que na população total (Brasil, 2013).

A revelação de um idoso usuário de *crack* chamou a atenção: “*pra mim, não me atinge, não fede nem cheira!*” Ele apresenta uma total despreocupação com a infecção, com repercussões no tratamento, existindo vários registros de abandono do tratamento.

Para alguns idosos entrevistados, os significados são ostentados por sentimentos diversos, como raiva, ódio, desconfiança, descrédito, coquetel de remédios, vida que segue. A religião não interfere e não tem associação com esses significados, constituindo exceção o caso de uma idosa, que não acredita que a aids exista, significando para ela um mal entendido e fundamentando essa crença na sua religiosidade, na sua força física e história de vida.

Pra mim, minha fia, eu num acridito nada, acridito em nada não, senhora! O quê que eu acredito só naquele Pai lá em cima ó! Num acridito, né? Doença nenhuma. Acho que é por isso que eu venci, que eu num acridito não, minha fia! Eu trabalhava muito na roça, minha fia... era sol e chuva... sol e chuva... e trabalhando nas terra de arroz... aquelas terra, torrano assim, oh! Era uma cachaceira... cachaça... café forte e inchada nas costas... Era das sete as quatro, minha fia, todo dia... Mas, essa época eu era gente... Vou contar procê que ninguém ia ni hospital, não, minha fia... Parto era em casa... eu mesmo só tive um parto que foi parteira... O resto tudo fui eu, todos parto meu... Foi dez! Eu merma... que tratei meus menino... Cortei imbigó e tudo! Eu faço qualquer parto meu

(71 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 5 anos).

Essa idosa é assintomática para o HIV/AIDS, com uma desenvoltura para andar e falar. Gosta de falar, conta detalhes e, realmente, expressa a sua convicção de que a aids não existe, pelo menos nela, não. A sua religiosidade é notória na fala e em símbolos que carrega consigo. Chepngeno-Langat (2011) encontrou, realizando um *survey* na África Subsaariana, que religiosidade é significativamente associada com a percepção de se contrair o HIV, sendo que os indivíduos frequentes a eventos religiosos mais que uma vez por semana têm menor percepção do risco de infecção

pelo HIV. Aqui, no caso da idosa em referência, a religiosidade tem relação com a negação da existência da aids.

Para outra idosa, que não aceita o diagnóstico e apresenta bloqueio com a doença e não menciona o nome da infecção, a religiosidade tem como efeito o esquecimento:

Eu era católica, agora tô começando a passar pra evangélica pra vê se melhora... vamos ver, né? Porque preciso de alguma coisa que me faça esquecer disso... Sinto vontade de sumir.

(61 anos, solteira, 4ª série do 1º grau, diagnóstico há 8 anos).

No concernente ao estado físico, há estudos, como o de Paiva et al. (2000), ressaltando a dificuldade de aceitação e tratamento daquelas pessoas que não têm sintomas, não se sentem doentes, assintomáticos. No entanto, uma idosa que não acredita que tem HIV/AIDS, e outra que não aceita o diagnóstico, seguem rigorosamente o tratamento, aceitando mudanças de agenda de consulta, por exemplo, porque a figura do médico tem poder e significado para elas.

Toda marca eu to aqui, toda consulta eu to aqui! Pergunta eles aí pro cê vê. Ó, inclusive tem uma marcada pro dia 28; essa menina da portaria me ligou pra mim vim dia 21. Ah, minha fia! Eu num gosto de faiá não pra num tê desculpa das coisa, né? Desde quando eu entrei em tratamento aqui que eu vivo em tratamento disso. O doutor mandou, eu faço. Ele sabe o que é bom pra mim. Tomo tudo direitim! Não sinto naaaada, naaada! Ele não dá reação nenhuma ni mim! É um comprimidão, grande assim [mostrando com os dedos], minha fia! E outro assim... Um outro mais assim, um miudim, redondim... Dá uns cinco comprimidos.

(71 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 5 anos).

A grande maioria dos idosos entrevistados é assintomática e com boa adesão à TARV. Em oposição, foi possível observar que algumas idosas que alegaram falhas na adesão ao tratamento definem a aids de forma pejorativa, condenatória. A condição sorológica é associada com uma normatividade de tomar remédios que incomoda, atrapalha o cotidiano. O estigma construído no contexto do HIV/AIDS é incorporado e se ramifica na falta de cuidado consigo mesmas, em quadros de depressão e autodepreciação. Falta de aceitação porque contrair a infecção não foi planejado, não foi para isso que estavam com o marido e o namorado.

Pra mim essa doença é castigo... Pra ele porque me traiu. Já morreu. Pra mim, porque peguei dele, fui besta demais! E por causa da bebida, né? Nunca dei

conta de largar esse negócio de beber... E acho que essa doença depende de quem tem. Pra mim é castigo e tristeza. Eu vivo triste. Num tenho vontade de tomar remédio, de nada. Naaaada... tô boa de morrer.

(82 anos, viúva, analfabeta, diagnosticada há 15 anos).

É um monte de remédio... tenho de parar de costurar e ir tomar... meu irmão me cobra, me quer bem. Tenho vontade de largar tudo! O resto da vida assim... Mas, como eu ia adivinhar? Eu gostava dele, a gente se dava bem.

(67 anos, solteira, 1º grau completo, diagnosticada há 5 anos).

Até aqui, os depoimentos transcritos fazem lembrar uma frase citada por Paiva (2008), de autoria de um paciente dela: “quando pegamos aids não estamos pegando aids, estamos fazendo outra coisa...”. Esta frase e os relatos acima instigam reflexões sobre os simbolismos e a realidade de cada idoso que vive com HIV/AIDS.

Um parêntese é indispensável neste momento de discussão dos significados da aids para cada um dos entrevistados. Uma idosa, que foi estuprada por dois homens, não sabe definir a aids, e apresenta sentimentos de medo, raiva e pavor, em consequência do estupro e em relação à figura do homem.

Pra falar a verdade, não conheço a doença. Tenho vontade de perguntar ao médico, pra saber o que acontece, porque não sinto nada... Num sei o que é... Só sei que não quero mais homem na minha vida. Quando imagino um homem olhando pra mim, fico louca, com muito medo. Tenho pavor de homem. Só dô conta de encarar o médico, e meus filhos... A última vez que fiz alguma coisa [sexo] foi quando aconteceu o estupro...

(64 anos, viúva, 4ª série do 1º grau, diagnóstico há 3 anos).

E, para os homens idosos abordados, há ausência de significado para a aids e, para um deles, a aids é uma doença séria, grave, “*que atrapalha a gente namorar [risos]. E eu gosto de namorar!*”. Igualmente, para uma idosa, viver com HIV/AIDS é ter uma doença séria, tem de tomar remédio e seguir as orientações do médico. Há um vínculo forte com a figura do médico, como pontuado em outros depoimentos, em sintonia com o que foi encontrado nos estudos de Cardoso e Arruda (2004), de existência de vínculo forte com os pacientes aderentes ao tratamento.

Nó, minha fia! Eu tomo tudo direitim... eu trago na bolsa, que se a consulta demorou, eu arrumo um copim d'água e tomo. O dotor mandou tomar 7 horas, é

7 horas. Eu num discuto, não... Não esqueço. Até no forró, eu tomo escondido!
[risos]

(63 anos, viúva, analfabeta funcional, diagnosticada há quase 3 anos).

Trato há 20 anos! Nunca tive nada, nem mesmo efeito colateral do remédio. Tenho pressão alta e faço controle, e colesterol alto também...

(62 anos, casado, 3º ano de faculdade, diagnóstico há 21 anos).

Tomo, tomo certim... No horário certo. No início, tive problemas com os remédio, sim... Soltava muito o intestino, entendeu? Tinha isso. Agora, acabou, parou; não sei se talvez mudou o medicamento... Mudou os medicamento de uma época para cá, mudou... Talvez seja isso...

(60 anos, separado, 5ª série do 1º grau, diagnóstico há 13 anos).

Faz-se necessário registrar que a hipótese de trabalho de que o significado da aids para os idosos tem estrita relação com a idade ao diagnóstico, sendo que aqueles que estão envelhecendo com HIV/AIDS a definem de uma forma melhor, no sentido de terem conhecimento acerca do que é, não se confirma: observa-se uma completa falta de informações e significados, com ausência de conhecimento sobre a aids, inclusive por idosos com sorologia há muito tempo. O relato ambíguo de uma das idosas entrevistadas ratifica esta afirmativa.

A aids é isso, minha fia... É normal. E eu tomo cuidado com a roupa dos meus filhos e netos... lavo tudo separado. Sei lá...

(62 anos, viúva e tem companheiro, 3ª série do 1º grau, diagnóstico há 13 anos).

Retomando a questão do tratamento, a adesão à TARV é um tema complexo¹⁸ e requer novas pesquisas, não sendo objetivo desta tese aprofundar a discussão. Não obstante, observou-se que a adesão tem relação com a aceitação da própria doença (mesmo que não detenha conhecimentos sobre HIV/AIDS), definindo a pessoa que vive com HIV/AIDS como ativa e responsável por seu tratamento. No caso de idosos, a presença dos filhos, primordialmente, tem grande valor! Tiveram destaque, também nesse sentido, os irmãos.

Sobre a adesão dos entrevistados, verificou-se, ainda, uma questão de gênero: para alguns idosos, a maior preocupação foi voltada para consigo mesmos, pois não

¹⁸ Na literatura internacional, encontram-se discussões sobre os diversos métodos de medição da aderência aos tratamentos, como o auto-relato e o monitoramento eletrônico de drogas, concluindo-se pela necessária combinação de métodos (Berg, Arnsten, 2006). A adesão ao tratamento de HIV/AIDS compreende o uso correto dos antirretrovirais e a boa adesão aos serviços de saúde (Schilkowsky, Portela, Sá, 2011).

podiam mais namorar. No caso das idosas, a preocupação maior foi com o cuidar dos filhos, os trabalhos de passadeira e costureira, cuidar do marido também vivendo com HIV/AIDS, reforçando a concepção de gênero como matriz fundante de produção de significados (Villela, Oliveira, 2009).

Para este bloco temático, os fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS tiveram um expressivo peso, pois é forte a questão dos significados, da internalização do que é viver com HIV/AIDS. Compreender os significados dos idosos sobre aids e seu tratamento é adentrar no mundo da sexualidade, e concebê-la como um constructo social e cultural, conforme Parker (2000). Para ilustrar, é ter a ciência de que existe um sentido particular de cada “coisa” para cada um, em movimento, em interação.

QUADRO 5: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014
Rede temática: os vários significados para a aids e o tratamento

Nível	Fatores associados
Nível Individual	Crenças e significados da aids; informações sobre o que é a aids, sobre o tratamento e o abandono da TARV; questões relacionadas à adesão ao tratamento.
Nível Social	Oferta de informações e serviços de saúde; presença da família no compartilhamento de concepções sobre a infecção e o tratamento.
Nível Programático	Programas de informações sobre a infecção e o tratamento.

FONTE: Elaboração própria, março/2014.

5.5 A vida com HIV/AIDS

Pensar a vida com HIV/AIDS é, retomando a discussão anterior, compreender o sentido de ser de cada um, e foi assim que os idosos responderam a esta questão, cada qual com sua singularidade. Para alguns, a vida está boa! Continuam a viver, ir ao forró, dançar e tomar vinho, ficar com o companheiro e trabalhar como cozinheira, e cuidar da família, continuar morando com o marido HIV positivo. Há um sorriso no rosto e no tom da fala. Essas constatações foram relatadas por idosas assintomáticas, de escolaridades diversas (analfabetas e ensino médio completo), com aparências saudáveis e que receberam a pesquisa com leveza, com vontade de falar.

Ah, minha fia! Eu num me sinto doente, não! Eu arrumo, vou ao forró, danço, bebo um vinhozim, num me importo. Durmo bem, como bem. Tô bem, minha fia!

(63 anos, viúva, analfabeta funcional, diagnosticada há quase 3 anos).

Para alguns homens idosos entrevistados, há aproximações da caracterização da vida após o diagnóstico, relatando uma vida apática, viver por viver, ou a vida “morna”. Estes achados trazem à tona alguns estudos que afirmam sobre a dupla discriminação sofrida pelos idosos, “ser velho e estar com aids é ser duplamente discriminado” (Brasileiro, Freitas, 2006). Ter estas concepções sobre a vida causa privações de liberdades substantivas¹⁹ quando ser idoso já é motivo de discriminação (Zornitta, 2008), em uma sociedade que valoriza o que é jovem e novo.

De vida “morna” a vida ruim: assim como para algumas idosas institucionalizadas no momento da entrevista, a concepção da vida após o diagnóstico é de uma vida ruim, configurando quadros de depressão, como também citado por Cooperman, Arnsten e Klein (2007) e no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Brasil, 2013), quadros comuns aos indivíduos vivendo com HIV/AIDS.

A vida é muito ruim, minha fia... Tô veia, com essa coisa... E tenho de acabar a vida sabeno que fui traída... Dói muito, dói tudo, né?! Fico pensano o que tô fazeno aqui. Já tô boa de morrer.

(82 anos, viúva, analfabeta, diagnosticada há 15 anos).

Estas idosas sentem-se traídas pelos namorados e marido. Os idosos de hoje são uma geração cujos ideais de vida eram, em geral, o casamento, a vida em família e a doação da mulher para o conjunto familiar (Barbosa, 1999; Guimarães, 2001). A ruptura desses ideais causa desconforto, decepção e agrava-se pelo fato de ter sido traída. Adicionando a esse quadro uma doença séria e estigmatizada, faz-se necessário muito apoio e estratégias de acompanhamento para tentar evitar quadros graves de depressão. São imprescindíveis políticas públicas direcionadas para os

¹⁹ Para Sen (2002), liberdade substantiva pode ser traduzida como o total acesso do indivíduo a tudo aquilo que é necessário para sua sobrevivência e também a tudo que possa ser considerado não essencial, e exercer o verdadeiro poder de escolha.

idosos que vivem com HIV/AIDS. Algumas idosas têm histórias de vida em contexto de mais liberdade, pois não se casaram e experimentaram a liberdade sexual com os namorados. Viveram a revolução sexual e, igualmente, experimentaram a traição e/ou a decepção por não saberem da sorologia positiva dos parceiros sexuais para o HIV.

A vida com HIV/AIDS pode não significar nada, nem mudanças nos relacionamentos sexuais ou nos relacionamentos extraconjugais, como relatado em alguns depoimentos.

Num me sinto só, não. Tenho meus filhos, vô lá, tenho umas namoradas, né? [risos] E tenho uma amante há 5 anos

(61 anos, separado e tem amante, 7ª série do 1º grau, diagnóstico há 16 anos).

Minha muié, num sei se tem isso, não. Tem um ano só que tenho... A gente namora, com cuidado... Mas, eu gosto de arrumar umas namoradinhas por aí..., de vez em quando. Num sei, isso é da gente, sabe? É normal assim...

(66 anos, casado, analfabeto, diagnóstico há um ano).

Moro com minha esposa, ela também tem essa doença... A gente namora, se dá bem, essas coisas normal de casal, é boa a convivência! Mas, a gente mantém a vida, né? Passeia a trabalho, sou vendedor ambulante, e dá umas puladas de cerca.

(62 anos, casado, 8ª série do 1º grau, diagnóstico há 22 anos).

Reportando às dimensões da vulnerabilidade, neste conjunto de temas relacionados à vida com HIV/AIDS apresentam-se fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS nos vários níveis de estudo (individual, social e programático). O Quadro 6 apresenta, sucintamente, estes fatores.

QUADRO 6: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014
Rede temática: a vida com HIV/AIDS

Nível	Fatores associados
Nível Individual	A aids como algo normal, sem o entendimento da infecção em si; crenças na fidelidade do namorado e marido, definindo a decepção após o diagnóstico; aids como fim de vida; relações de gênero fundadas na cultura machista, definindo a sexualidade masculina incontrolável, com namoros extraconjugais inclusive após o diagnóstico; o ciclo de vida; os projetos pessoais vivendo com HIV/AIDS.
Nível Social	Cenários da interação: a família estruturada na cultura de submissão das mulheres aos maridos e namorados, onde se organizam as relações sexuais; informações e serviços de saúde sobre prevenção.
Nível Programático	Programas de informações sobre a infecção e o tratamento.

FONTE: Elaboração própria, março/2014.

A vida com HIV/AIDS, na concepção dos idosos cujos relatos são o objeto deste estudo, é vazia de significado ou permanece na normalidade das suas histórias de vida, independentemente de escolaridade, estado civil, religião, característica de assintomático ou idade ao diagnóstico. De certa forma, a negação da aids é desqualificar a infecção como questão de saúde e que demanda cuidados (Bastos, 2006) para consigo e com o outro, trazendo para o debate a interação e os contextos intersubjetivos. Homens idosos vivendo com HIV/AIDS e exercendo sua sexualidade com esposas e namoradas: são nesses contextos intersubjetivos que se efetiva a vulnerabilidade ao HIV/AIDS (Ayres, 2002).

5.6 Vida sexual, preservativo e percepções

Ao contrário do que se poderia pensar, considerando-se a coorte de nascimento dos atuais idosos, falar de sexo e preservativo com os idosos abordados foi tranquilo, sendo possível observar certa avidez para falar, guardadas as devidas sutilezas e cuidados da abordagem, principalmente no tocante à ética.

A abordagem foi iniciada com a história de namoros e, como exposto na literatura estudada para a fundamentação teórica, algumas mulheres passaram a ser inativas sexualmente após o diagnóstico (Paiva, 2002; Cooperman, Arnsten, Klein, 2007), como registrado em alguns relatos.

Num quero nem saber de homi na minha vida... Num ligo mais pra esse trem [namoro e sexo], num tenho mais ilusão. Eu vô nos forró, danço um tanto, mas é só... nem com um vinhozim... Num tem jeito mais. Num quero mermo. Tenho um tanto de camisinha que o dotor me dá toda vez que venho aqui, lá em casa... Mas, num quero mexer mais com isso, não!

(63 anos, viúva, analfabeta funcional, diagnosticada há quase 3 anos).

Cruz credo, minha fia! Nunca mais! Num tenho mais vontade, num tenho... Deu algo ni mim, me fechou pra isso, sabe?! Eu afogo na bebida, tento manear um pouco, para minha fia num ficar brava comigo... Mas, num quero mais!

(82 anos, viúva, analfabeta, diagnosticada há 15 anos).

Na minha cama, só ele mesmo... foi jura de amor para a vida toda, minha fia! Num quero mais homi, num quero mais saber dessas coisa aí... Namorar... Eu falo que, mesmo sendo só ele, eu peguei essa doença, imagina se arrumo mais um homi pra dar dor de cabeça... a gente vevi sem isso, minha fia. A gente vevi...

(64 anos, viúva, analfabeta, diagnóstico há 14 anos).

Eu fiquei viúva, namorei um caminhoneiro. Mas, tem 12 anos que num faço nada de sexo. Aconteceu no estupro... Eu falo pra minha neta, linda minha neta! Falo com ela pra num confiar em homens, tomar cuidado sempre!

(64 anos, viúva, 4ª série do 1º grau, diagnóstico há 3 anos).

Para um dos idosos entrevistados não há o celibato, mas ele afirmou que reduziu muito o número de relações sexuais. Relatou, ainda, que usa preservativo e não usa medicamentos para disfunção erétil, mas alegou conhecer esse tipo de medicação.

É muito... muito pouco. Difícil acreditar ni mulher... Quando eu namoro, que é muito pouco, eu tomo cuidado. Me preservo hoje... mas, já tô com o vírus, mas preservo. Sei que tem uns comprimidos para ter potência, né? Tem um vizinho meu que usa... mais é bem mais velho do que eu, mas usa o comprimido.

(61 anos, separado, primário completo, diagnosticado há 2 anos).

É recorrente o registro de incertezas e imprecisões acerca da doença em si, da necessidade de se preservar para evitar uma reinfecção com outra cepa do vírus (Felismino, Costa, Soares, 2008; Bastos, 2006), como também sobre o próprio processo de envelhecimento biológico e envelhecimento com HIV/AIDS. Um idoso contou que tem vida sexual ruim porque tem de usar preservativo e por causa do efeito colateral da TARV na função erétil, como citado em Cooperman, Arnsten e Klein (2007).

É ruim namorar com essa doença. Tenho de usar preservativo e às vezes, tenho problemas durante o namoro. Sei que tem remédio, vou pedir pro médico. E vai ser mais um remédio! Já pensou? É muito. Num dou conta! Atrapalha tudo...

(81 anos, viúvo, 4ª série do 1º grau incompleta, diagnosticado há 17 anos).

No que concerne às experiências desprotegidas, várias idosas revelam uma particularidade que é motivo de preocupação: os companheiros sabem da condição sorológica e recusam-se a usar preservativo, ou a negação do uso do preservativo é consenso entre o casal. Os companheiros de algumas idosas vivem com HIV/AIDS. Um deles, por exemplo, não faz uso da TARV, outro faz o tratamento, e há ainda o caso de outro que nunca fez o teste e não quer fazê-lo.

Ah, minha fia... Eu vou falar com cê... Eu vivo revoltada com isso... Porque eu num acreditava... Eu num acreditava nem vinha falar nesse trem [aids]... [abaixou o tom de voz] Foi depois que meu companheiro apareceu esse trem ni mim... ele tema que não é... minhas minina fala... Mãe, senhora pegou esse trem foi desse homem... foi desse homem mãe... [ele já fez o teste para o HIV?] Já fez... Já coiso e num quer tratamento não minha fia... Começou o tratamento e parou. Ta precisando de alguém chegar nele e falar com ele... Passar medo nele... ta precisando passar um medo nele... Pra ele ir fazer o tratamento... Ele tava tomando remédio e parou. [vocês namoram?] De vez em quando... Agora nós nem ta mexendo com isso... Ele ta muito... eu vou mostrar ocê quem é a pessoa... hora que ocê for lá fora eu vou mostrar ocê ele... Ele ta doente também, minha fia, e não quer tratar não. [E quando vocês vão namorar, ele usa algum tipo de medicamento?] Nada... nem prevenção num tem. [E camisinha/preservativo, vocês usam?] Nada, minha fia... ele num gosta.

(71 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 5 anos).

Oia procê ver minha vida, minha fia... Meu cumpanheiro num quer usar camisinha... ele sabe que eu tô com essa doença, e num quer usar. Também num quer fazer o teste. O doutor pediu pra ele vim fazer, ele num veio. É turrão! Teimoso, minha fia. Num quer fazer teste, num quer proteger, privinir, ou como fala mesmo? Num quer...

(60 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 7 anos).

Ele é fraco, mais novo que eu 13 anos! Não usamos camisinha, ou às vez, sim. Ele se usa, não consegue... é como se não sentisse nada. Ele tem a doença faz pouco tempo. Acho que a doença dele é mais forte que a minha. Não sei se passei pra ele ou peguei dele, mas a doença dele é mais forte...

(62 anos, viúva e tem companheiro, 3ª série do 1º grau, diagnóstico há 13 anos).

Eu vô pros forró, minha fia! Eu namoro nos forró. E camisinha, pra que? Bobagi... [risos] Num carece disso não!

(61 anos, separada, analfabeta, diagnóstico há 2 anos – institucionalizada).

As situações são graves, e trazem à tona a mesma discussão anterior, sobre a falta de certezas e conhecimentos por parte dos idosos. Trazem, também, a falta do uso do preservativo, como exposto em outros trabalhos (Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007), mesmo infectados pelo HIV, fato que deve estar relacionado tanto à simbologia e ao significado que o preservativo tem para esses idosos (Delor, Hubert,

2000; Alencar, 2012), quanto à questão de gênero e poder da mulher (Villela, Oliveira, 2009; Buchalla, Paiva, 2002). No conjunto, os relatos mostram como é complexo e difícil o processo de negociar práticas sexuais mais seguras²⁰, indo além das formulações sob a perspectiva teórica que se traduz no discurso de vitimização da mulher. Em algumas situações, o não uso do preservativo é uma escolha da mulher, por motivos que precisam ser pesquisados, visto que a negociação do uso, ou não, da camisinha, é um jogo dinâmico (Barbosa, 1999). Aqui está outra sugestão de pesquisa para os trabalhos futuros.

Uma idosa, embora depressiva, com falhas na TARV e descontente com a vida, afirmou que usa o preservativo nas relações sexuais, orientada pela equipe que cuida dela quando retorna ao HEM/FHEMIG para buscar medicamentos. Um fato relatado por ela chamou a atenção: quando foi veiculada na mídia televisiva, em cartazes, *outdoors* e afins, a campanha do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, em 2008, do Ministério da Saúde, dirigida aos cinquentões, ela criticou a campanha com uma cliente, considerando um despropósito aquele senhor no cartaz, mandando usar camisinha. E ela já deveria estar infectada com HIV/AIDS e ainda não sabia, tratando de uma tuberculose recorrente. A invisibilidade sexual dos idosos é internalizada inclusive pelos idosos, até contraírem a infecção.

No tocante ao sexo desprotegido, alguns idosos também afirmaram o uso não constante do preservativo, mesmo após o diagnóstico para o HIV.

Tenho cuidado com minha muié, agora, há um ano, desde que deu que tenho essa doença. Mas, num deixo de namorar. E num é toda vez que leva a tal camisinha, e ela atrapalha, a verdade é só essa.

(66 anos, casado, analfabeto, diagnóstico há um ano).

Minha amante tem 40 anos e não tem HIV. Aí, as veis falha o uso da camisinha, mais eu uso de veis em quando.

(61 anos, separado e tem amante, 7ª série do 1º grau, diagnóstico há 16 anos).

Faço sexo com minha esposa, que também tem essa doença, a gente usa camisinha, a gente ganha um tanto aqui no hospital! Complicado... No meu tempo, num tinha isso de camisinha. Num tinha divulgação. Já tem precaução,

²⁰ Práticas sexuais mais seguras não é apenas um jogo de palavras com força para o advérbio. O que se deve discutir é a redução dos riscos associados ao sexo desprotegido. “Qualquer ideia de um sexo absolutamente seguro esbarra no contrassenso de uma certeza absoluta em um mundo de incertezas e probabilidades” (Bastos, 2006, p. 50).

todos usam já hoje em dia, a camisinha. Mas, tem vez que falha, quando a gente vai manter a vida... A gente passeia, viaja, normal.

(62 anos, casado, 8ª série do 1º grau, diagnóstico há 22 anos).

Este resultado também foi encontrado por Bertoncini, Moraes e Kulkamp (2007), estudando adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV nas cidades de Capivari de Baixo e Imbituba, Santa Catarina.

Um idoso, com três anos de estudo superior, com sorologia positiva para o HIV desde 1993, afirma que nunca deixou de usar o preservativo com sua esposa, e nunca a traiu (alega que contraiu o vírus utilizando instrumento perfuro-cortante contaminado com sangue). É incisivo ao afirmar: “*Jamais faria isso com ela!*” Neste sentido, de ter consciência da possibilidade de transmissão do vírus em relações não protegidas, outro idoso, com a 5ª série do primeiro grau, se expressa, definindo a ausência de associação entre escolaridade e percepções sobre HIV/AIDS.

Pra mim tem de usar preservativo, e outra coisa... Já saber que tem um problema desse e se vai querer passar pra frente... Só se a pessoa não tiver com cabeça, né? Não é um ser humano... Não é isso?

(60 anos, separado, 5ª série do 1º grau, diagnóstico há 13 anos).

Alguns idosos abordados têm opiniões consideradas “corretas” no que se refere às percepções sobre “pegar aids com um abraço”, ou “pegar aids com um aperto de mão”, sobre a necessidade de prevenção independentemente de qualquer atributo do(a) parceiro(a) e sobre o uso associado de medicação para disfunção erétil e preservativo. Afirmam, por exemplo, que:

Usar preservativo é ruim. Mas, tem de usar, quem vê rosto não vê doença. E o remédio [para disfunção erétil] é bom, às vezes é preciso, a doença acaba com a gente.

(81 anos, viúvo, 4ª série do 1º grau incompleta, diagnosticado há 17 anos).

Ah, minha fia, tem de usar camisinha com qualquer um. Eu dô meus conselhos pras amigas do forró... Tem de usar. E o remedim, num sei não. Se tem e pode usar, deve ser bom, né? Com camisinha também, né?

(63 anos, viúva, analfabeta funcional, diagnosticada há quase 3 anos).

Me conta que remédio é esse, minha fia! Me conta! Eu dô conselhos que tem de usar camisinha, minha fia... Ela tem que usar pra num pegar...né? tô certa tô certa?

(71 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 5 anos).

Porque isso é transmitido é como eu tô te dizendo, é pelo sangue, pega mesmo, minha fia. Pega mesmo, o médico falou isso comigo e eu pus isso na minha cabeça, mas pra mim, na minha pessoa eu num queria.

(60 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 7 anos).

Falo pra eles usar, minha fia! E dou meu exemplo: peguei essa coisa na minha cama, com meu marido... mas, quem ia imaginar isso? Meu marido? O pai deles?

(64 anos, viúva, analfabeta, diagnóstico há 14 anos).

Sankar et al. (2011) citam que a cultura e as percepções são mais importantes do que a idade, no tocante à prevenção ao HIV/AIDS. Os relatos anteriores apontam mudanças nas percepções dos idosos entrevistados após a descoberta da condição sorológica. Para fins de ilustração, vale lembrar as palavras proferidas por um dos entrevistados:

É meio difícil viu... é difícil saber se tem... que não mostra de jeito nenhum... Porque às vezes pode ter... mas não mostra... não apresenta, aí tem de prevenir... que minha cunhada mesmo... não apresentava ter vírus nenhum...

(61 anos, separado, primário completo, diagnosticado há 2 anos).

Oportuno destacar o relato de uma idosa, cujo diagnóstico para HIV/AIDS foi positivo, em dezembro de 2013, e cujo marido foi diagnosticado em novembro de 2013. A relação sexual cedeu espaço para o cuidado, e houve ressignificação das práticas sexuais, visando o prazer, sem sexo penetrativo.

Olha, até que continua normal como era... mudou porque agora tem dificuldade pra namorar, pro sexo. A gente brinca de outro jeito, se acarinha, às vez, não faz tudo. Num tem penetração. Quando faz, dá um jeito e põe preservativo... Mas, o mais agora é que um cuida do outro. Eu cuido dele, sabe? Às vez, a gente nem lembra de sexo. Mas o relacionamento continua bom...

(63 anos, casada, ensino médio completo, diagnóstico há 3 meses).

Este relato faz lembrar Barbosa (1999), quando afirma que decisões referentes à sexualidade não são tomadas no vácuo, mas modeladas pela realidade de cada um. A negociação sexual e as práticas sexuais acontecem entre seres humanos, é uma troca, uma transação e, para tanto, é necessário um acordo. É pensar na asserção de Ayres (2002): “*nós não somos senão diante de outro*”.

Sobre os remédios para disfunção erétil, alguns estudos mostram o crescente uso desses medicamentos entre idosos, uma vez que alguns problemas de saúde podem prejudicar a função erétil, como o diabetes e a hipertensão arterial, além de algumas drogas da TARV que atuam no sentido de dificultar a ereção (Lindau et al., 2007; Lovejoy et al., 2008; Brasil, 2013). Há estudos citando a associação do uso desses medicamentos com comportamentos sexuais de vulnerabilidade e uso de álcool (Cooperman, Arnsten, Klein, 2007; Lovejoy et al., 2008). Nas entrevistas, uma idosa mostrou muito interesse no referido medicamento, sendo aconselhada a perguntar ao médico, durante a consulta que teria logo após a entrevista. Um idoso afirmou usar Viagra (nome comercial), e outros afirmaram o desejo de usar, embora se considerassem muito ativos sexualmente, com muitas parceiras.

Nesta rede temática, alguns fatores associados à vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS são pontuados, ressaltando o componente individual pelas percepções, crenças, comportamentos e vida sexual, sempre singulares. O Quadro 7 apresenta estes fatores, com base nas análises do tema “vida sexual, preservativo e percepções”.

QUADRO 7: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014
Rede temática: vida sexual, preservativo e percepções

Nível	Fatores associados
Nível Individual	Relações sexuais desprotegidas, mesmo após o diagnóstico; muitos parceiros sexuais (casos extraconjugais dos idosos e namorados dos forrós, de uma idosa e parceiros de outras solteiras); percepções sobre HIV/AIDS; negociação sexual e práticas sexuais, fundadas na organização sociocultural das relações de gênero. Escolaridade e inserção sociocultural e econômica dos idosos.
Nível Social	Definições socioculturais do HIV/AIDS; condições econômicas da família; invisibilidade sexual dos idosos; informações e serviços de saúde sobre prevenção. Características sociodemográficas da coorte dos idosos.
Nível Programático	Programas de informações sobre prevenção, infecção e o tratamento.

FONTE: Elaboração própria, março/2014.

Retomando-se o modelo do CELADE, a vulnerabilidade demográfica encontra-se na própria coorte de idosos, nas suas concepções e percepções sobre o HIV/AIDS e sexualidade, nas suas práticas sexuais estruturadas com base nas relações de gênero e na falta de habilidade para adaptação aos comportamentos de riscos

referentes aos projetos individuais e domésticos de cada idoso, como os projetos de sexo (que deveriam ser de sexo mais seguro), em um contexto de vida com HIV/AIDS. O retrato que se esboça por meio dos relatos tem um público de baixa escolaridade (a maior escolaridade é a do idoso que estudou até o 3º ano de faculdade e, entre os demais, alguns analfabetos) e baixa renda, visto que a maior renda percebida (entre as declaradas) é igual a dois salários mínimos. Para a prevenção, entre a vulnerabilidade e a capacidade de resposta, observa-se como os significados de aids, para o grupo entrevistado, podem definir as medidas de prevenção e a capacidade de resposta (CEPAL, 2002). A capacidade de resposta a essa vulnerabilidade é a adesão à TARV e a continuação da vida com HIV/AIDS, adaptando-se à nova realidade de vida. E a vulnerabilidade é dinâmica, pois todos estão em interação com outras pessoas e outros contextos, bastando observar que muitos são ativos sexualmente. A epidemia se assenta sobre esse mundo em interação. Citando novamente Tedesco e Liberman (2008), a vulnerabilidade está próxima do fato de estar vivo; o contexto de vida como lócus de vulnerabilidade.

E foi pensando na interação entre pessoas, no contexto sociocultural no qual as relações sexuais e de gênero acontecem, e na capacidade de enfrentamento da nova realidade, viver com HIV/AIDS, que se estrutura o próximo item sobre as redes sociais dos idosos entrevistados e, de forma particular, as redes de apoio.

5.7 Redes sociais e redes pessoais de idosos que vivem com HIV/AIDS

As redes sociais de vários idosos entrevistados apresentaram *alters* (contatos nas redes) que são filhos, netos, bisnetos, marido, nora, genro, irmã, ou seja, somente a família. Eles não relatam amigos ou vizinhos, constituindo redes sociais que se fundam em relações sociais de parentesco, verificando-se interação entre laços afetivos e laços consangüíneos, tendo a família como eixo central. Arantes (2012) encontrou redes semelhantes entre idosos, em geral, formadas preponderantemente por familiares, com a característica de serem relacionamentos duráveis, porque família (Erbolato, 2006; Litwin, 2001). O autor também registrou a referência a amigos de locais de trabalho e de participação religiosa, resultado não encontrado nesta tese.

Outro grupo de idosos abordados pela entrevista citou, como os principais contatos e pessoas com quem pode contar, os filhos e os cônjuges dos filhos, netos, amigos e vizinhos. Nestas redes, a presença de amigos e vizinhos foi o diferencial, a exemplo do que foi também encontrado por Arantes (2012). Para Litwin (2001), os vizinhos têm menores obrigações de relações, quando comparados aos membros familiares.

Nos relatos colhidos, os vizinhos foram citados por idosa solteira, por idosa viúva, idoso separado e viúvo, todos vivendo com HIV/AIDS, mas independentes. Esse maior número de laços e interações de idosos com vizinhos já foi descrito em outros trabalhos, como em Litwin (2001), Ejiogu et al. (2011) e Arantes (2012), ressaltando que as mulheres idosas são mais suscetíveis a esse tipo de laço.

As entrevistas em profundidade revelaram ainda a existência de redes pessoais nas quais há a presença de clientes de costura ou dos companheiros, dos namorados, da família e de casos extraconjugais. Para Guzmán, Huenchuan e Montes de Oca (2003), quando se fala em redes sociais, está implícita a ideia de intercâmbio de apoios, constituindo a essência da existência das redes. Trazendo a questão para a área das relações sexuais, principal categoria de transmissão do HIV/AIDS entre idosos, encontrada nesta tese, nas redes sociais dos idosos efetiva-se a negociação sexual, uma transação na qual há uma troca por meio de acordo entre os pares (Barbosa, 1999).

Durante as entrevistas em profundidade constatou-se que as redes sociais dos idosos não sofreram muitas alterações após o diagnóstico, a não ser pela inclusão da equipe médica. Supõe-se que este fato é devido à não revelação da condição sorológica para um maior número de pessoas, como indicado anteriormente.

O que se configura, então, é a formação de redes sociais pouco diversificadas, ou restritas, pontuando laços de convivência circunscritos a poucas possibilidades de interconexões. A esse respeito, Wellman e Frank (2000) afirmam que a qualidade dos laços, na rede social, é mais vantajosa do que o número de membros integrantes dela, pois laços íntimos, considerados laços fortes, se traduzem em maior suporte na rede. No universo de idosos entrevistados há exemplos daqueles

que se fecharam em seu núcleo familiar após a violência sofrida, ou após a morte do marido, ou após o diagnóstico de ambos, do marido e da esposa.

Meu convívio é muito bom, só com meus filhos, meus netos e bisnetos, que passam a semana lá em casa... Somos unidos demais! Ninguém briga lá em casa, amo meus filhos e depois que meu marido morreu, eles são tudo para mim!

(64 anos, viúva, 4ª série do 1º grau, diagnóstico há 3 anos).

Levo a vida normal, com minha família. Moro com minha filha, tenho 4 filhos ao todo, e neto e bisneto. Amo minha família toda, minha casa vevi cheia, todo mundo feliz... e é só a gente, numa união boa de se vê...

(64 anos, viúva, analfabeta, diagnóstico há 14 anos).

Meus filhos são muito presente em nossa vida! Desde sempre é assim, e louvo a Deus por esta bênção. E é todo mundo unido... filhos, netos, bisnetos. Eu olho meus bisnetos pra mãe trabalhar. Minha filha é minha companheira! Nós, ah, a gente é assim... muito chegado, muito unido! O pai também, junto. E vamo vencendo a vida... levando... tudo é festa! Agora mesmo, a gente ta envolvida com um coelho de verdade... Eu to achando até bunitim porque eu falei com eles, meus bisnetos, que ia dar presente da páscoa... Aí eu dei um coelhinho de verdade ontem, e o coelhinho num amanheceu na gaiola, deve ter fugido, né?

(63 anos, casada, ensino médio completo, diagnóstico há 3 meses).

Sankar et al. (2011) afirmam que o suporte social mitiga a angústia de viver com HIV/AIDS. Ser casado, ou ter sido casado, amplia o número de contatos nas redes, pela inserção dos cônjuges dos filhos e, posteriormente, dos netos e seus cônjuges e bisnetos. Outros estudos encontraram a inserção dos idosos vivendo com HIV/AIDS na família, na condição de cuidadores e de potenciais receptores de cuidados (Castro, 2007; Andrade, Silva, Santos, 2010). Tanto na pesquisa de Castro (2007) como nesta tese, os idosos estudados não necessitam de cuidados de terceiros, embora recebam cuidados como auxílio para lembrar os horários dos medicamentos, ou a companhia às consultas, como também citado no estudo desenvolvido por Ownby (2006), com idosos que moram sozinhos.

Com relação aos contatos sociais dos idosos que disseram ser solteiros, vários relataram ter nas redes sociais outros membros familiares (irmãos e sobrinhos), além de amigos. Muitos desses idosos citaram amigos como parte integrante das redes sociais, como registrado também por Arantes (2012): as relações de amizade podem ajudar no bem-estar emocional, além de constituírem relacionamentos de comum acordo, e com a possibilidade de escolha.

Outro fato que chama a atenção vai ao encontro da importância das redes sociais para a disseminação de comportamentos, crenças e, no caso em análise aqui, de estratégias de prevenção ao HIV/AIDS (Schensul, Levy, Disch, 2003; Kohler, Helleringer, Bacak, 2010). Nesta perspectiva, um idoso afirma que, uma vez vivendo com HIV/AIDS, hoje ele dá conselhos para os amigos, que são vizinhos. A questão formulada foi “se um amigo do senhor quiser sair... arrumar uma namorada... o que o senhor falaria para ele? o senhor falaria para ele se cuidar?”

Eu explicava pra ele direitin... Pra ele preservar, pra não ter esse vírus. Quem vê cara, corpo, não vê aids...

(61 anos, separado, primário completo, diagnosticado há 2 anos).

De acordo com Helleringer e Kohler (2005), a influência social refere-se ao processo pelo qual a preferência por um tipo de comportamento sexual, relações de gênero, ou outro comportamento relevante para a difusão do HIV/AIDS, são potencialmente afetados por opiniões e atitudes prevalentes no meio social do indivíduo. Ressalta-se, no trabalho de Schensul, Levy e Disch (2003), a importância das redes sociais na difusão de mensagens de prevenção, como também na transmissão do HIV/AIDS, enfatizando o valor dos indivíduos que ocupam os lugares centrais em uma rede, no sentido de formador de opiniões.

Alguns idosos entrevistados também parecem exercer esta função central de formadores de opiniões, afirmando que, sempre que possível, dão conselhos sobre prevenção de HIV/AIDS para os amigos. Arantes (2012) encontrou que a centralidade de alguns idosos são no sentido de passar informações e novidades entre familiares, além de se tornar o intermediador de conflitos, contemporizando situações aflitivas e tornando-se elo amigável na existência de desavenças na família. Contudo, instiga a curiosidade o fato de que, para o estudo desenvolvido nesta tese, alguns idosos entrevistados não assumirem o uso constante de preservativo, além de afirmarem que continuam mantendo casos extraconjugais.

Pensando-se na função central de alguns idosos em suas redes pessoais, vem à baila a questão da revelação do *status* sorológico. É comum, nos relatos registrados, o segredo da condição sorológica para os amigos e vizinhos, como exposto anteriormente. Talvez o segredo assegure a continuidade da estrutura da rede

social, como sugerem alguns relatos, configurando uma espécie de sinonímia de proteção (Castro, 2007; Emlet, 2008; Alencar, 2012):

Segredo, minha fia! Segredo absoluto! Só meu fio e meu cumpanheiro que sabe. Ah, tem uma irmã que sabe também. E só. É um detalhe da vida da gente, minha fia. Um detalhe triste que num precisa contar, num é?! Senão, a gente vai ficar sozinho, sabe? Ninguém quer gente doente com esse trem por perto... Todo mundo tem medo disso. Se sabem, fogem da gente, com medo de pegar.

(63 anos, viúva e em união, analfabeta funcional, diagnosticada há quase 3 anos).

Ninguém tem de saber! É uma coisa da gente, uai. Pra que vou contar? Daí, num vão querer ir lá em casa, vão me isolar. Vou ficar sozinha. O mundo é assim... Eu sei que é assim. Por isso, fico na minha. Só meu filho e minha irmã que sabem. E os médicos daqui, né? Tô aqui há uns dias, mas é por causa da coluna. Num é por causa da doença, não... Então, é assim: boca fechada. Num falo uma palavra sobre essa coisa [a aids]

(61 anos, solteira, 4ª série do 1º grau, diagnóstico há 8 anos).

Embora o segredo da condição sorológica seja um possível mantenedor da rede social, ele acarreta o esforço com estratégias para a tomada da medicação e “o prejuízo de não poder compartilhar seu cuidado com outras pessoas” (Paiva et al., 2000, p. 94). Usando as palavras de Paiva et al. (2000, p. 94), ao estudar mulheres mais jovens vivendo com HIV/AIDS, o auto-cuidado pode cansar ao longo do tempo, reafirmando a importância da presença de pessoas significativas, familiares e amigos para o auxílio com o tratamento, a alimentação e o ânimo com o tratamento.

Em síntese, as redes sociais identificadas com base nas entrevistas em profundidade são principalmente constituídas por laços de parentesco e consanguinidade, em sua maioria. Viver com HIV/AIDS não foi condição que definisse o tipo de rede social do idoso. Acrescenta-se, ainda, que fatores sociodemográficos e econômicos determinam os diferenciais de saúde, o que se reflete nas redes sociais (Arantes, 2012). Mas, nos relatos registrados nesta tese, há a configuração de um cenário homogêneo no que tange a esses fatores, verificando-se, em geral, baixa escolaridade e baixa renda embora, considerando-se o hospital em estudo, pode-se caracterizar um viés de seletividade do grupo pesquisado.

5.8 Redes sociais, significados da aids e a Síndrome da Onipotência

Para Fontes, Saldanha e Araújo (2006), a Síndrome da Onipotência, ou seja, “sempre vai acontecer com o outro e não comigo”, pode sinalizar a falta de convivência com o fato que a pessoa nega para si. No estudo destes autores, os idosos abordados, participantes de grupo da terceira idade, mencionaram que nunca tinham tido contato com indivíduos vivendo com HIV/AIDS, justificando a Síndrome da Onipotência registrada entre o grupo.

Nesta tese, acredita-se igualmente que nas redes sociais dos idosos, sinônimo aqui de redes pessoais (Soares, 2002), não existiam pessoas vivendo com HIV/AIDS. Portanto, dadas as redes sociais dos idosos, o fato de as idosas entrevistadas terem contraído o HIV/AIDS dos maridos, ou do namorado ou caso extraconjugal, ou do companheiro atual, ou ainda do ex-companheiro, juntamente com as concepções e significados que a aids tem para elas, ajuda a explicar a identificação da Onipotência observada durante as entrevistas. Simbayi et al. (2007) afirmam que a aids é, talvez, a condição médica mais estigmatizante do mundo. Nesse contexto, observa-se a distância da possibilidade de se contrair o vírus, como nos relatos a seguir.

Eu nunca pensei de acontecer comigo. A gente namorava e era bom... Ouvia falar, ouvia campanha de camisinha e era longe de mim, entende? Nunca pensei que podia acontecer comigo. Tem cliente que chega e conta de alguém que tem, e eu nunca imaginei. Aí veio a tuberculose que não sarava, umas 3 vezes internada e me mandaram pra cá. Aí, ocê já sabe...

(67 anos, solteira, 1º grau completo, diagnosticada há 5 anos).

Porque eu num acreditava... Eu num acreditava nem vinha falar... Vinha falar nesse... Mas num acreditava nesse trem... [abaixou o tom de voz] Achava que era trem de gente dismiolada. Num tinha cisma, não, minha fia! Tem onde vai? Ocê deve ser mãe de família, também, né? Pois é, num tinha cisma, fazia os negócio sem proteção. Mas pra mim, na minha pessoa, eu num queria e nunca acha que ia pegar.

(71 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 5 anos).

Vê se eu pensava nisso? Com marido e filhos, trabalhando igual doida pra ajudar... E a gente num pensa coisa ruim pra gente, ocê pensa? Eu achava que era coisa desses gays, de muié que se vende, rapariga, né? Vê se ia pensar no meu marido cum isso... Judiação, minha fia! Judiação... num é pra mim...

(60 anos, viúva e em união, analfabeta, diagnosticada há 7 anos).

Num gosto de falar disso. Num gosto. Foi triste demais. Num pensei que pudesse acontecer comigo. A gente vê na TV, as campanha, perto do carnaval, mas nunca pensa que pode ser com a gente, né? Vê se' u vô pensar coisa ruim pra mim? E vindo de quem ocê gosta... isso mata.

(61 anos, solteira, 4ª série do 1º grau, diagnóstico há 8 anos).

O mesmo se observa para os idosos, embora tenham contraído o vírus em relações, ao que parece, diferentes das idosas, regidas pelas relações de gênero fundadas em assimetria de poder (Barbosa, 1999). De todo modo, a perplexidade, a decepção e a Síndrome da Onipotência se fazem presentes nos relatos.

Num imaginava não. A gente só pensa nos outros, nesse povo doido, que faz essas doidura. Usei minha cunhada sexualmente umas vezes, e aí, ocê já sabe...

(61 anos, separado, primário completo, diagnosticado há 2 anos).

Rodando mundo, minha filha, eu já tinha ouvido falar dessa doença... Mas a gente não pensa que vai pegar, não! A gente namora com minina bonita, limpinha... Num imagina nunca... a gente pensa que é só dos outros!

(81 anos, viúvo, 4ª série do 1º grau incompleta, diagnosticado há 17 anos).

Vou te contar... nunca pensei de acontecer comigo. A gente sai feliz, namora... isso é muita doidura... Ah, ocê pensa no fulano de tal, na história que alguém contou no bairro, mas nunca pensa procê mesmo. A gente acha que vai acontecer com todo mundo, co'a gente não, uai.

(66 anos, casado, analfabeto, diagnóstico há um ano).

A Síndrome da Onipotência é a projeção do risco para o outro, é jogar para o outro, simbolicamente, tudo o que se quer evitar, negar, rejeitar para si mesmo (Paulilo, Jeolás, 2005). De forma geral, pontuadas algumas exceções, apesar de os idosos abordados se envolverem em situações de vulnerabilidade para a transmissão do vírus, não se enxergam vulneráveis ao HIV/AIDS (Driemeier et al., 2012). É um componente da cultura, socialmente construída e difundida nas redes sociais (Schensul, Levy, Disch, 2003). Ao estudar as trajetórias de jovens de uma favela do Rio de Janeiro, Monteiro (2003) observou uma lógica que relaciona o conhecido com a noção de proteção e, o desconhecido, com a ideia de ameaça. Pensando-se nos cuidados com a saúde sexual, o uso de preservativo é para o sexo perigoso, com alguém desconhecido, de fora da comunidade e das relações interpessoais. Soma-se, igualmente, a unidade analítica indivíduo-coletivo, cuja dimensão identitária é definida pela interação (Ayres, 2002), pelas relações socialmente estabelecidas nas redes sociais e entre contatos de diversas redes. O Quadro 8, na página a seguir,

resume alguns aspectos das discussões empreendidas com a Análise de Redes Sociais (ARS).

QUADRO 8: Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, com base nas entrevistas com idosos atendidos no HEM/FHEMIG, Belo Horizonte, 2014
Análise de redes sociais

Nível	Fatores associados
Nível Individual	Relações sexuais desprotegidas, mesmo após o diagnóstico; percepções sobre HIV/AIDS socializadas na rede; estigma, preconceito e discriminação que têm como consequência a não revelação do diagnóstico e a Síndrome da Onipotência. Redes de apoio ao idoso.
Nível Social	Definições socioculturais do HIV/AIDS e compartilhadas na rede social dos idosos; invisibilidade sexual dos idosos na rede social; informações e serviços de saúde sobre prevenção.
Nível Programático	Programas de informações sobre prevenção, infecção e o tratamento com alcance das redes sociais dos idosos; programas de apoio aos idosos vivendo com HIV/AIDS com atendimento individualizado.

FONTE: Elaboração própria, março/2014.

Em geral, fazem-se necessários programas de informações sobre prevenção, infecção e tratamento que alcance as redes sociais dos idosos que vivem com HIV/AIDS, com estratégias individuais direcionadas aos idosos, tendo em mente que este contingente populacional tem suas especificidades e demandas, exercendo o direito mais elementar de ser humano, e ser sexuado.

6. CONCLUSÕES

Esta tese centrou-se no binômio idosos e HIV/AIDS, com o objetivo de definir os fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS, sendo subjacente o intento de desmitificar a ideia de idosos assexuados. O universo de estudo foram os idosos que vivem com o vírus, atendidos no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (HEM/FHEMIG), seja no ambulatório, seja institucionalizado. Logo, foram realizadas 20 entrevistas com 12 idosas e 8 idosos, todos com idade igual ou superior a 60 anos, que expressaram o consentimento para a realização das entrevistas e cujos laudos das equipes médicas os definiram como aptos à participação, no que se refere ao estado mental.

Em momento prévio às entrevistas em profundidade, que permitiram a coleta de informações de ordem subjetiva (percepções, formas de comportamento, crenças e cultura), foram desenvolvidos trabalhos com dados secundários disponíveis no sítio *web* do DATASUS e com dados de prontuários médicos de idosos com HIV/AIDS atendidos no mesmo hospital HEM/FHEMIG, visando subsidiar a realização e análises das entrevistas.

Sob a perspectiva do arcabouço teórico da vulnerabilidade, com base nos trabalhos de Mann, Tarantola e Netter (1993), Ayres (2002) e do CELADE (CEPAL, 2002), foram discutidas as situações de vulnerabilidade, que dependem do comportamento e atitudes que podem levar à infecção (nível individual), das condições de defesa (preparação para se proteger da vulnerabilidade), e posterior adaptação à vida com HIV/AIDS. A vulnerabilidade tem, assim, os níveis individual, social e programático, além de, no caso da sexualidade, incorporar o elemento da interação, das relações intersubjetivas de negociação sexual. A capacidade de resposta e de adaptação tem relação com a rede social na qual os idosos se inserem, pela possibilidade de oferecer apoio. Em suma, considera-se que todos os idosos têm alguma vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS e que esta vulnerabilidade pode ser aumentada, ou diminuída, por condições de natureza cognitiva, comportamental e social.

A literatura enfatiza o movimento crescente da epidemia de HIV/AIDS entre idosos, fato confirmado pelos resultados desta tese. Com base na análise dos dados oriundos das duas fontes de dados secundários utilizadas, conclui-se que há a tendência de ampliação da epidemia entre pessoas com 60 anos ou mais, confirmando dois perfis: idosos que estão envelhecendo com o vírus e idosos cujos diagnósticos foram feitos após os 60 anos de idade. Em ambas as fontes, destacam-se a baixa escolaridade, o maior número de brancos e pardos, a concentração de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos e o fato de a maioria estar ou ter estado unido. A principal categoria de exposição registrada foi a transmissão sexual.

Os idosos entrevistados apresentam, grosso modo, essas mesmas características, o que permite definir que eles têm baixa capacidade de resposta à vulnerabilidade, porque de baixa escolaridade, baixa renda e com percepções e comportamentos fundados em relações de gênero estruturadas com assimetria de poder. Por isso, a adesão ao tratamento não está ligada à idade, idade ao diagnóstico ou ao fato de ser assintomático (a maioria é assintomática para o HIV/AIDS). A adesão tem estrita relação com a forma de contração do vírus: as idosas que foram traídas têm adesão ruim à TARV e são revoltadas e depressivas.

Entre os 20 idosos que vivem com HIV/AIDS entrevistados, a maioria declarou ter vida sexual ativa e poucos declaram firmemente que se protegem, usando preservativo. Este resultado pode ser explicado pelas crenças, culturas e percepções dos idosos sobre vários temas, como sexo, necessidade de fazer sexo mais seguro, sexualidade masculina e sobre a própria aids. A hipótese de trabalho de que o significado da aids para esses idosos tem estrita relação com a idade ao diagnóstico, uma vez que aqueles que estão envelhecendo com HIV/AIDS a definem de uma forma melhor, no sentido de terem conhecimento acerca do que é, não se confirmou. Observou-se uma completa falta de informações e significados, com ausência de conhecimento sobre a aids, inclusive por idosos com sorologia positiva para HIV/AIDS há muito tempo. Conclui-se que os idosos que vivem com HIV/AIDS entrevistados não sabem o que é a aids, a infecção, em si. Essa, provavelmente, é a justificativa para o número pequeno de idosos que utilizam o preservativo.

Não obstante, eles têm conhecimento que a aids é uma doença estigmatizante e foi por isso que optaram pelo segredo e afirmaram detentores da Síndrome da Onipotência, acreditando que HIV/AIDS é doença do outro, não deles.

O segredo da condição sorológica (quase todos os entrevistados revelaram somente para a família) pode ser o determinante da ausência de casos de discriminação. O segredo justifica, também, as redes sociais inalteradas após o diagnóstico, formadas pela rede primária, ou seja, por membros familiares e descendentes, os filhos. São redes pouco complexas, ou basicamente circunscritas a familiares, com predominância de interação entre laços afetivos e laços consanguíneos nas trocas estabelecidas nas redes de apoio, ou seja, trocas de forma bidirecional, estabelecendo-se relações de reciprocidade entre idosos e o familiar em questão. As redes sociais dos idosos vivendo com HIV/AIDS convergem às redes de apoio, confirmando a hipótese de trabalho.

Sobre os fatores associados à vulnerabilidade no nível social, conclui-se que os aspectos culturais, sociais e econômicos do contexto no qual os idosos entrevistados se inserem definem os significados individuais, assim como a história da aids marcada por estigmas e preconceitos justificam os comportamentos de segredo da condição sorológica e a Síndrome da Onipotência. No tocante ao nível programático, muitos idosos ressaltaram que nunca viram um programa voltado para a geração deles, e a falta de informações perpassa todos os níveis de vulnerabilidade, criando uma situação desconfortável onde, de um lado, idosos exercem sua sexualidade com total liberdade, no sentido de não se protegerem e se sentirem imunes, porque a aids é doença do outro, e de outro lado, a sociedade e o estado, na figura dos entes sanitários, acreditam que o idoso é assexuado.

Os limites desta tese estão no fato de os resultados (a maioria deles) e as conclusões serem referentes ao contingente de idosos vivendo com HIV/AIDS entrevistado e aos prontuários médicos dos idosos atendidos no HEM/FHEMIG analisados. Conquanto seja assim, é oportuno lembrar Turato (2005), acreditando-se que os conhecimentos originais produzidos nesta tese possibilitarão o entendimento de casos novos e/ou semelhantes aos tratados aqui.

As sugestões de políticas públicas fundamentadas com base nos resultados advindos das análises empreendidas ao longo desta tese devem ter como núcleo a oferta de informações, visto que a falta delas perpassa todos os níveis de vulnerabilidade observada. É necessário introduzir políticas distintas para homens e mulheres com 60 anos ou mais vivendo com HIV/AIDS, levando em consideração a perspectiva de gênero. Há ainda a necessidade de estratégias de difusão de informações boca a boca, respeitando-se a individualidade de cada idoso e a vontade deles de conversar, inclusive sobre sexo e afins, oportunidade para se falar da erotização do uso do preservativo. Igualmente, é necessário que haja política pública voltada para os idosos que vivem com HIV/AIDS, além do tratamento, dando continuidade à sequência teste-aconselhamento-tratamento-acompanhamento, acrescentando a tríade conversando/informando/tirando dúvidas. Logo, faz-se imprescindível a elaboração de políticas públicas para os agentes públicos de saúde, visto que a TARV é feita pelo SUS, assim como as campanhas de prevenção e os testes diagnósticos. Há o sentido de complementar as políticas existentes, como o Estatuto do Idoso (2000), o Pacto pela Vida (2006) incluído no Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006).

Por último, e como se espera de toda pesquisa acadêmica, faz-se válido registrar uma agenda de novas pesquisas, tendo em vista o percurso de investigação empreendido para a elaboração da tese: maior exploração da base de dados coletados nos prontuários médicos e dos relatos; pesquisa sobre os serviços de saúde do SUS (visto que a TARV é universal e gratuita, via SUS), buscando analisar o atendimento e a capacidade de resposta às demandas dos idosos; pesquisas sobre a adesão, abordando os indivíduos que fazem uso da TARV e profissionais de saúde que os acompanham; além de pesquisas com foco nas relações de gênero, tentando entender as razões que levam as mulheres idosas, inclusive as que vivem com HIV/AIDS, a fazerem sexo desprotegido.

Ao longo da análise das entrevistas em profundidade houve a revelação de um cenário preocupante, pois apesar de a dinâmica demográfica e envelhecimento populacional já terem sido incorporados aos debates, trata-se como homogêneo todo o grupo de idosos, que são definidos como inativos sexuais. Faz-se necessário, portanto, perceber os idosos integralmente, ou seja, desmitificar sua invisibilidade

sexual e assumir o carácter interativo das práticas sexuais, garantindo aos idosos uma vida sexual saudável e contínua, o que lhes é de direito.

REFERÊNCIAS

ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. **Boletim da ABIA**. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ, jan.-mar. 1997.

ACHIEVE. **Growing Older with HIV**. U.S., ACRIA and GMHC – Gay Men’s Health Crisis, outono 2009.

AIDS InfoNet. **Older people and HIV**. Fact Sheet Number 616. May 2009. Disponível em: <<http://www.aidsinfonet.org>> Acesso em novembro de 2009.

ALENCAR, R. de A. **O idoso vivendo com HIV/AIDS: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica**. 2012. 163 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2012.

ALVES, M. T. S. S. B. et al. Tendências da incidência e da mortalidade por aids no Maranhão, 1985 a 1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 177-182, 2003.

ALVES, C.; FORTUNA, C. M. M.; TORALLE, M. B. P. A Aplicação e o Conceito de Raça em Saúde Pública: Definições, Controvérsias e Sugestões para Uniformizar sua Utilização nas Pesquisas Biomédicas e na Prática Clínica. **Gazeta Médica da Bahia** [periódico na internet]. Jan-Jun/2005; 75(1):92-115. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/355/344>>. Acesso em 27/03/2014.

ANDRADE, H.A. dos S.; SILVA, S. K. da; SANTOS, M. I. P. de O. Aids em idosos: vivências dos doentes. **Esc Anna Nery (impr.)**. 2010 out-dez; 14(4): 712-719.

AQUINO, F. T. M.; CABRAL, B. E. S. O idoso e a família. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 128, p. 1.056-1.060.

ARANTES, R. C. **Uai sô, e agora? As relações entre fatores sociodemográficos e incapacidades funcionais nas redes sociais de idosos em Belo Horizonte/MG**. 2012. 190 p. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

ARAUJO, P. Socio-Economic Status, HIV/AIDS Knowledge and Stigma, and Sexual Behavior in India. **CAEPR Working Paper**. Indiana University Bloomington, 2008.

ARAÚJO, V. L. B. de et al. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, 2007; 10(4): 544-54.

ATTRIDE-STIRLING, J. Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. **Qualitative Research**. v. 1, n.3, p. 385-405, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1): 63-72, 2001.

AYRES, J. R. C. M. Alcançar o impossível depende da arte política de buscar o consenso. **RADIS: comunicação em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, dez. 2005. n. 40.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface**. Comunic, Saúde, Educ, v6, n11, p.11-24, ago 2002.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In.: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**. Multisectorial Responses to HIV/AIDS. June 2006, vol. 96, no. 6.

BARABÁSI, A. L. **Linked** – A nova ciência dos networks. São Paulo: Leopardo, 2002.

BARBOSA, A. S. M. **Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com Aids na grande São Paulo**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2006.

BARBOSA, L. M. A dinâmica da epidemia de AIDS nas regiões Nordeste e Sudeste. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 13, 2002, Ouro Preto. **Violências, o estado e a qualidade de vida da população brasileira: anais**. Belo Horizonte: ABEP, 2002.

BARBOSA, L. M. **Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade**. 2001. 168 p. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2001.

BARBOSA, L. M.; SAWYER, D. T. O. AIDS: a vulnerabilidade social e a evolução da epidemia nos municípios das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**. Campinas: REBEP, v.20, n.2, jul./dez. 2003.

BARBOSA, R. M. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade em tempos de aids. In.: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (org.). **Sexualidade pelo avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: Editora 34, 1999. p. 73-88.

BARCELLOS, C.; BASTOS, F. I. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam**, 121(1), 1996, p.11-24.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BASTOS, F. I. Da Persistência das Metáforas: estigma e discriminação & HIV/Aids. In.: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (org.). **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, FAPERJ, 2013. p. 91-103.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16(Sup. 1), 2000.

BELÉM. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Terapêutica antirretroviral**. Uma conquista. Belém, 1999. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/cartarv.pdf>>. Acesso em 10 julho 2010.

BERG, K. M.; ARNSTEN, J. H. Practical and Conceptual Challenges in Measuring Antiretroviral Adherence. **Journal Acquir Immune Defic Syndr**. 2006, December 1; 43(Supl 1): S79-S87.

BERQUÓ, E. et al. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Revista Saúde Pública**. São Paulo: USP, 42(Supl), 2008.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. v. 52, p. 1-7, 1994.

BERTONCINI, B. Z.; MORAES, K. S.; KULKAMP, I. C. Comportamento Sexual em Adultos Maiores de 50 Anos Infectados pelo HIV. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, 2007; 19(2): 75-79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/AIDS, hepatites e outras DST**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília, 2013. Versão preliminar.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília: MS, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei nº 2.848. Código Penal.** De 7 de dezembro de 1940. Disponível em <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEL%202.848-1940?OpenDocument>. Acesso em 11/04/2014.

BRASILEIRO, M.; FREITAS, M. I. F. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. **Revista Latino-americana de Enfermagem.** São Paulo: USP, set./out. 2006.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo: USP, 2002; 36 (4 Supl): 117-9.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CALDAS, J. M. P.; GESSOLO, K. M. AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública. **Congresso Virtual de HIV/AIDS, 7.** 2006. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/comunicacao.php?num=328>>.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. **Famílias com idosos: ninhos vazios?** Rio de Janeiro: IPEA, 2003. 20 p. (Texto para discussão, 950).

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CAMARGO JR., K. R. de. **As ciências da AIDS & a AIDS das ciências.** O discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.

CAMARGO JR., K. R. Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS. PARKER, R. G.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. **Saúde, Desenvolvimento e Política.** Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34, 1999. p. 227-262.

CAMPOS, N. O. B., RODRIGUES, R. N. Ritmo de declínio nas taxas de mortalidade dos idosos do Sudeste, 1980-2000. **Revista Brasileira de Estudos da População,** 21 (2): 323-341, 2005.

CARDOSO, G. P.; ARRUDA, A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva,** 10(1): 151-162, 2004.

CARRET, M. L. V. et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Revista Saúde Pública.** São Paulo: USP, 38(1), 2004.

CARVALHO, J. A. M. **Crescimento populacional e estrutura demográfica no Brasil**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 2004. Texto para discussão nº 227.

CARVALHO, J. A. M. **Mais velho, Brasil quer ser mais cidadão**. Revista Eletrônica UFMG. 2007.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai/jun 2003.

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

CASTERLINE, J. B. Diffusion processes and fertility transition: introduction. In.: CASTERLINE, J. B. (ed.). **Diffusion processes and fertility transition: selected perspectives**. Cap. 1. Washington : National Academy Press, 2001.

CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: a AIDS. In: **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998. v. 2.

CASTRO, M. P. de. **O viver com HIV/aids na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado da cidade de São Paulo**. 2007. 106 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2007.

CECCATO, M. das G. B. et al. Compreensão de informações relativas ao tratamento antirretroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(5): 1.388-1.397, set.-out., 2004.

CERQUEIRA, M. B. R. Idosos e HIV/aids: algumas considerações sobre a epidemia no estado de Minas Gerais e Brasil. **Unimontes Científica**. Vol. 13, n. 1/2, p. 37-48, 2011. Disponível em: <<http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/issue/view/23>>.

CERQUEIRA, M. B. R. **Envelhecimento populacional e população institucionalizada – um estudo de caso dos asilos do município de Montes Claros**. 2003. 109 p. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2003.

CHACHAM, A. S. et al. Autonomy and susceptibility to HIV/AIDS among young women living in a slum in Belo Horizonte, Brazil. **AIDS Care**; 2007 feb; 19 (Suppl.) 1:S12-S22.

CHEPNGENO-LANGAT, G. 'Bury the head in the sand': Older people in sub-Saharan Africa and sexual risk perception. **Population Association of America**, 2011, Annual Meeting Program, March/April, 1-28.

CHRISTAKIS, N. A.; FOWLER, J. H. The Spread of Obesity in a Large Network. **New England Journal of Medicine**. 357:370-379, 2007.

CLOUD, G. C. et al. Newly diagnosed HIV infection in an octogenarian: the elderly are not 'immune'. **Age and Ageing**, 2003; 32: 353-354. British Geriatrics Society.

COHN, A. Considerações acerca da dimensão social da epidemia de HIV/Aids no Brasil. In: Simpósio satélite, 1997, Brasília. **A epidemia da AIDS no Brasil: situação e tendências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

COLEMAN, J. S. **Foundations of Social Theory**, Cambridge, Belknap Press of Harvard Univ. Press., 1990.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. de M.; FIGUEIREDO, R. M. de. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP**. 2006; 40(4): 576-81.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas**. CEPAL/CELADE, Brasília, Brasil, mayo de 2002.

COOPERMAN, N. A.; ARNSTEN, J. H.; KLEIN, R. S. Current sexual activity and risk sexual behavior in older men with or at risk for HIV infection. **AIDS Educ Prev**. 2007, August; 19(4): 321-333.

CORRÊA, C. S. **Famílias e cuidado dedicado ao idoso: Como o tamanho e a estrutura da rede de apoio influenciam o tempo individual dedicado à atenção ao idoso**. 2010. 135 p. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

COSTA-COUTO, M. H. **A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS**. 2007. 211 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

COSTA, R. G. Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo: ABEP, NEPO/UNICAMP, vol.20, n. 1, jan./jun. 2003, p. 79-92.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 24 ed., Petrópolis: Vozes, 1994. p.51-66.

CUNHA, J. V. Q. da. **Vulnerabilidade, gênero e HIV: um estudo sobre mulheres e homens heterossexuais, Brasil – 1998**. 2006. 169 p. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

DEGENNE, A.; LEBEAUX, M. O. The dynamics of personal networks at the time of entry into adult life. **Social Networks**, v. 27, p. 337-358, 2005.

DELAMATER, J.; MOORMAN, S. M. Sexual Behavior in Later Life. **Journal of Aging and Health**, vol. XX, n. X, 2007: 1-25.

DELOR, F.; HUBERT, M. Revisiting the concept of ‘vulnerability’. **Social Science & Medicine**. 50 (2000): 1557-1570.

DINIZ, N. M. F. et al. Mulheres vítimas de violência sexual: adesão à quimioprofilaxia do HIV. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2007 jan./fev.; 15(1).

DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: USP, 40(Supl), 2006.

DRIEMEIER, M. et al. Vulnerability to AIDS among the elderly in an urban Center in central Brazil. **Clinics**, 2012; 67(1): 19-25.

EJIOGU, N. et al. Recruitment and Retention Strategies for Minority or Poor Clinical Research Participants: Lessons From the Healthy Aging in Neighborhoods of Diversity Across the Life Span Study. **The Gerontologist**, vol. 51, n. S1, p. 33-45, 2011.

EMLET, C. A. Truth and consequences: a qualitative exploration of HIV disclosure in older adults. **AIDS Care**. Vol. 20, n. 6, July 2008, 710-717.

EMLET, C. A.; TOZAY, S.; RAVEIS, V. H. “I’m Not Going to Die from the AIDS”: Resilience in Aging with HIV Disease. **The Gerontologist**, vol. 51, no. 1, 101-111, 2011.

ERBOLATO, R. M. P. L. Relações sociais na velhice. In.: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1324-1331, 2006.

FAZITO, D. A. R. Análises de redes sociais e migração: dois aspectos fundamentais do “retorno”. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. Vol. 25, n. 72, fev./2010.

FEITOZA, A. R.; SOUZA, A. R.; ARAÚJO, M. F. M. A Magnitude da Infecção pelo HIV-Aids em Maiores de 50 Anos no Município de Fortaleza-CE. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, 16(4):32-37, 2004.

FELISMINO, H. P.; COSTA, S. F. G. da; SOARES, M. J. G. O. Direitos e deveres de pessoas com HIV/AIDS no âmbito da saúde: um enfoque bioético. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10(1): 87-99. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a08.htm>>.

FIGUEIREDO, R. M. de. et al. Adesão de pacientes com aids ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. 2001, julho; 9(4): 50-5.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24(1): 17-27, jan, 2008.

FONTES, K. S.; SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. Representações do HIV na terceira idade e a vulnerabilidade no idoso. **HIV/AIDS Virtual Congress, 7**. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa – CPLP, Portugal, 2006.

FRANÇA JR., I.; ZUCCHI, E. M. Fragilidades Teórico-Methodológicas na Produção Acadêmica Brasileira sobre Estigma em Aids. MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Org.) **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 105-114.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Tuberculose: ações urgentes são necessárias. **Radis**. N. 135, dez./2013. p. 7.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Três décadas de antirretroviral. **Radis**. N. 127, abr./2013^a. p. 2.

GARCIA, A. et al. A depressão e o processo de envelhecimento. **Ciência & Cognição**. 2006; vol.07: 111-121.

GARCIA, G. S. et al. Vulnerabilidade dos Idosos frente ao HIV/Aids: Tendências da Produção Científica Atual no Brasil. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, 2012: 24(3): 183-188.

GARCIA, S. et al. Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro. Considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. In.: MIRANDA-RIBEIRO, P.; SIMÃO, A. B. **Qualificando os números: estudos sobre saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. Belo Horizonte: ABEP: UNFPA, 2008. (Demografia em debate, v. 2).

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc**. São Paulo, v.19, supl. 2, p.9-20, 2010.

GERSTMAN, B. B. **Epidemiology kept simple**: an introduction to classic and modern epidemiology. New York: Wiley-Liss, 1998. 448 p.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. Márcia Bandeira de Mello Nunes. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOLDANI, M. Z. et al. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, n. 37, p. 552-558, 2003.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**. Como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 4 ed., São Paulo: Record, 2000.

GOMES, S. F.; SILVA, C. M. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/aids: uma revisão. **Vitalle**. Rio Grande, RS, 20(1), 2008. p. 107-122.

GRANGEIRO, A. et al. UNGASS-HIV/Aids: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. **Revista Saúde Pública**. São Paulo: USP, 40(Supl), 2006.

GRANOVETTER, M.S. The Strength of Weak Ties. **American Journal of Sociology**, 78, p. 1360-1380, 1973.

GROSS, J. B. **Estudo de pacientes portadores de HIV/Aids após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro**. 2005. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

GUIMARÃES, C. D. **Aids no Feminino**. Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil? Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001. 231 p.

GUIMARÃES, M. D. C. Debate sobre o artigo de Fry et al. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo: USP, 23(3), 2007.

GUPTA, S.; ANDERSON, R. M.; MAY, R. M. **Networks of sexual contacts: implications for the pattern of spread of HIV**. AIDS 1989.

GUZMÁN, J. M.; HUENCHUAN, S.; MONTES DE OCA, V. Redes de apoyo social de personas mayores: marco teórico conceptual. **Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social**. 51 Congreso internacional de Americanistas, Santiago, Chile, 2003.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6 ed., Petrópolis: Vozes, 1999.

HANNEMAN, R. A.; RIDDLE, M. **Introduction to Social Network Methods**. Free introductory textbook on social network analysis, 2005. Disponível em: <http://faculty.ucr.edu/~hanneman/nettext/Introduction_to_Social_Network_Methods.pdf>.

HAYFLICK, L. **Como e por que envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HELLERINGER, S.; KOHLER, H.-P. Social networks, perceptions of risk, and changing attitudes towards HIV/AIDS: New evidence from a longitudinal study using fixed-effects analysis. **Population Studies**, Vol. 59, n. 3, 2005, pp. 265-282.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JACKSON, M. O. Representing and Measuring Networks. In.: **Social And Economic Networks**. Princeton University Press, 2008.

JACOBSON, S. A. HIV/AIDS Interventions in na Aging U.S. Population. **Health & Social Work**. Vol. 36, n. 2, May 2011.

KEUROGHLIAN, A. S. et al. Trauma, dissociation, and antiretroviral adherence among persons living with HIV/AIDS. **Journal of Psychiatric Research**, 45 (2011): 942-948.

KINSELLA, K.; PHILLIPS, D. R. Global Aging: The Challenge of Success. **Population Bulletin**. U.S. Population Reference Bureau, march 2005. v. 60, n. 1.

KINSELLA, K.; VELKOFF, V. A. **An Aging World: 2001**. International Population Reports. U. S. National Institute on Aging. Department of Health and and Human Services. U. S. Census Bureau. Department of Commerce. 2001.

KLOVDAHL, A. S. Social networks and the spread of infectious diseases: the AIDS example. **Social Science and Medicine**. 21(11):1.203-16. 1985.

KNAUTH, D. Psicoterapia, depressão e morte no context da AIDS. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (org.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, Relume Dumará, 1998. p. 139-156.

KNOKE, D.; YANG, S. **Social Networks Analysis – Quantitative applications in the Social Sciences**; 154. 2ª ed. SAGE Publications, 2008.

KOHLER, H.-P.; BEHRMAN, J. R.; WATKINS, S. C. Social networks and HIV/AIDS risk perceptions. **Demography**. 44(1): 1-33, 2007.

KOHLER, H.-P.; HELLERINGER, S.; BACAK, V. Pathways of Infection: Sexual Networks and HIV/AIDS in a sub-Saharan Population. **Population Association of America**, 2010: 1-10.

LAMARCA, G.; VETTORE, M. **A nova composição racial brasileira segundo o Censo 2010**. Rio de Janeiro: Portal DSS/Brasil, 2012.

LAURENTINO, N. R. S. et al. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. **RBCEH - Revista**

Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, 51-63 - jan./jun. 2006.

LAZZAROTTO, A. R. et al. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo: USP, 13(6): 1833-40, 2008.

LAZZAROTTO, A. R. et al. Oficinas educativas sobre HIV/Aids: uma proposta de intervenção para idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2013; 16(4): 833-843.

LEITE, M. T.; MOURA, C.; BERLEZI, E. M. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007.

LEVY, B. R. et al. Older Persons' Exclusion From Sexually Transmitted Disease Risk-Reduction Clinical Trials. **Sexually Transmitted Diseases**, August 2007, vol. 34, n. 8, p. 541-544.

LINDAU, S. T. et al. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. **The New England Journal of Medicine**. August 23, 2007: 762-774.

LISBOA, M. E. S. **A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia de HIV/aids**. 2006. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=285>. Acesso em novembro de 2009.

LITWIN, H. Social Network Type and Morale in Old Age. **The Gerontologist**, vol. 41, nº 1, p. 516-524, 2001.

LOPES, C. R. A epidemia mudou, e o mundo também. FIOCRUZ. **Radis: comunicação em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 40, p. 10-16, 2005.

LOVEJOY, T. I. et al. Patterns and Correlates of Sexual Activity and Condom Use Behavior in Persons 50-Plus Years of Age Living with HIV/AIDS. **AIDS Behav.** November, 2008; 12(6): 943-956.

LUNARDELO, S. R. **O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo**. 2004. Dissertação (Mestrado de Enfermagem em Saúde Pública) Departamento de Enfermagem e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2004.

MACHIESQUI, S. R. et al. Pessoas acima de 50 anos com aids: implicações para dia-a-dia. **Esc Anna Nery**. 2010; 14(4): 726-31.

MACK, K.; ORY, M. G. AIDS and Older Americans at the End of the Twentieth Century. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, vol. 33, Suppl. 2, June 1, 2003: S68-S75.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6):1807-1816, 2008.

MAES, C. A.; LOUIS, M. Knowledge of AIDS, perceived risk of AIDS, and at-risk sexual behaviors among older adults. **The Journal for Nurse Practitioners**. 2003; 15: 509-516.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista Saúde Pública**. São Paulo: USP, 42(2):242-8, 2008.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. (Orgs.). **A aids no mundo**. Organizadores da edição brasileira, Richard Parker, Jane Galvão, José Stalin Pedroso. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

MARQUES, C. T. M. Belo Horizonte – Brasil. SOUZA, C. R. de; MENEZES, L. **AIDS – The Epidemic in the Megacities**. Networking the response. São Paulo: Papagaio Ltda., 2002. p. 201-206.

MARTIN, D. Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica. **Revista USP**, São Paulo, n.33, p.88-101, 1997.

MATSUSHITA, R. Y.; SANTANA, R. S. Uma análise da incidência dos casos de Aids por faixa etária. **Boletim Epidemiológico – AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MATTOS, R. A. de. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. PARKER, R. G.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. **Saúde, Desenvolvimento e Política**. Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34, 1999. p. 29-87.

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2007; 41(Supl. 2): 87-93.

MENDONÇA, A. L. O. **Por uma Nova Abordagem da Interface Ciência/Sociedade: a tarefa da filosofia da ciência no contexto dos science studies**. 2008. 197 p. Tese (Doutorado em Filosofia) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

MESQUITA, F. São Paulo – Brasil. SOUZA, C. R. de; MENEZES, L. **AIDS – The Epidemic in the Megacities**. Networking the response. São Paulo: Papagaio Ltda., 2002. p. 169-177.

MEYER, D. E. E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 22(6): 1335-1342, jun,2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed., São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. _____. **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 24 ed., Petrópolis: Vozes, 1994. p.9-29.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 9(3): 239-262, jul/set, 1993.

MONTEIRO, S. Prevenção ao HIV/Aids: lições e dilemas. In.: GOLDENBERG, P.; MARSILGLIA, M. G.; GOMES, M. H. de A. (org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 251-69.

MOREIRA, A. L. Inquietações positivas para todas as idades. **RADIS: comunicação em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, set. 2008. n. 73.

MORELL, M. G. G. et al. A efetividade do uso da metodologia Respondent Driven Sampling para vigilância comportamental do HIV em trabalhadoras do sexo na cidade de Santos. **Anais...** Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 10. Caxambu, 20 a 24 de set. de 2010.

MUÑOZ-SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Pública? **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):319-324, 2007.

NARCISO, A. M. S.; PAULILO, M. A. S. Adesão e Aids: alguns fatores intervenientes. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 4, n. 1, p. 27-43, jul./dez. 2001.

NEWMAN, M. The structure and function of complex networks. **SIAM Review**, 45:167-256, 2003. Disponível em: <<http://aps.arxiv.org/abs/cond-mat/0303516/>>.

NUNES, A. O envelhecimento populacional e as despesas do Sistema Único de Saúde. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

OLIVEIRA, F. O. de; DIAS, I. C. Prevenção da AIDS para a população de idosos: Viagra X camisinha. **Conversas Interdisciplinares**. Ano I, vol. 1, 2010. p. 1-15.

OLIVEIRA, I. C. V.; ARAÚJO, L. F.; SALDANHA, A. A. W. Percepções dos profissionais de saúde acerca da AIDS na velhice. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, 2006: 18(2): 143-147.

OLIVEIRA, V. M.; MARTINS, M. F.; VASCONCELOS, A. C. F. Entrevistas “em profundidade” na pesquisa qualitativa em administração: pistas teóricas e

metodológicas. **Anais...** Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais. São Paulo, 2012. p. 1-12.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS, T. A. de F. Behavior, knowledge and perception of risks about sexually transmitted diseases in a group of people over 50 years old. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 2008, jul-ago; 16(4):679-85.

OWNBY, R. L. Medication adherence and cognition: medical, personal and economic factors influence level of adherence in older adults. **Geriatrics**, v. 61, n. 2, p. 30-35, Feb., 2006.

PADOIN, S. M. et al. Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 anos que têm HIV/AIDS. **DST – J. bras. Doenças Sex Transm.** 2011; 23(4): 194-197.

PAIVA, V. A psicologia redescobrirá a sexualidade? Dossiê: Psicologia e Sexualidade no Século XXI. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 641-651, out./dez. 2008.

PAIVA, V. Analysing sexual experiences through 'scenes': a framework for the evaluation of sexuality education. **Sex Education**. Vol. 5, no. 4, Nov. 2005, PP. 345-359.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface** – Comunic, Saúde, Educ, v. 6, n.11, p. 25-38, ago 2002.

PAIVA, V. et al. Lidando com a adesão – A experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In.: TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids, 2000. p. 27-78.

PAIVA, V. et al. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista Saúde Pública**. São Paulo: USP, 42(Supl), 2008.

PAIVA, V. et al. A sexualidade de adolescentes vivendo com HIV: direitos e desafios para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(10):4199-4210, 2011.

PAIVA, V.; PUPO, L. R.; BARBOZA, R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: USP, 2006, 40(Supl.).

PALLONI, A. et al. **Family support networks and population ageing**. Doha International Institute for Family Studies and Development, UNFPA and Institute for Policy Research, Northwestern, 3-4 June 2009, Doha, Qatar. Paper presented at the seminar on Family Support Networks and Population Aging.

PARKER, R. G. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. MONTEIRO, S.; VILLELA, W. (Org.) **Estigma e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013. p. 25-46.

PARKER, R. G. **Na contramão da AIDS**. Sexualidade, intervenção, política. São Paulo: Editora 34, 2000.

PARKER, R. G. Sexual Diversity, Cultural Analysis, and AIDS Education in Brazil. In.: HERDT, G.; LINDENBAUN, S. (org.). **The Time of AIDS: Social Analysis, Theory and Method**. Newbury Park, CA: SAGE Publications, 1992. *Apud* PARKER, R. G. **Na contramão da AIDS**. Sexualidade, intervenção, política. São Paulo: Editora 34, 2000.

PARKER, R. G. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Editora Best Seller, 1991.

PARKER, R. G. Reflexões sobre a Sexualidade na Sociedade Latino-Americana: Implicações para Intervenções em Face do HIV/AIDS. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 7(1): 99-108, 1997.

PARKER, R. G.; AGGLETON, P. HIV and AIDS – related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social Science and Medicine**. 57(2003), 13-24.

PARKER, R. G.; CAMARGO JÚNIOR, K. R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo: USP, 16(Supl), 2000.

PARKER, R. G.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. Políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso da aids. PARKER, R. G.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. **Saúde, Desenvolvimento e Política**. Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34, 1999. p. 7-25, Introdução.

PATEMAN, C. **The sexual contract**. Stanford, California: Stanford University, 1988.

PATTON, M. Q. **Qualitative evaluation and research methods**. Londres: Sage Publications, 1990.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(1):175-184, 2005.

PAXTON, S. The paradox of public HIV disclosure. **AIDS Care**. (2002), vol. 14, n. 4, pp. 559-567.

PEREIRA, C. C. de A. **Causas múltiplas de morte relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, 2001**. 2005. 83 p. Dissertação (Mestrado em

Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

PETERS, E. et al. Numeracy and Decision Making. **Psychological Science**. Association for Psychological Science, vol. 17, n. 5, 2006. p. 407-413.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1): 1.201-1.208, 2010.

PORTELA, M. C.; LOTROWSKA, M. Assistência aos pacientes com HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: USP, 2006, 40(Supl.). p. 70-9.

POTTES, F. A. et al. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo: ABRASCO, 10(3), 2007.

PRATT, G. et al. Human immunodeficiency virus (HIV) in older people. **Age and Ageing**, 2010; 39: 289-294. British Geriatrics Society.

PRILIP, N. B. A. **Aids na terceira idade: a terceira idade**. São Paulo, v. 15, n. 31, p. 16-37, set. 2004.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 5 ed., Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 189 p.

REZENDE, M. C. M.; LIMA, T. J. P.; REZENDE, M. H. V. Aids na terceira idade: determinantes biopsicossociais. **Estudos**. Goiânia, v. 36, n. ½, jan./fev. 2009. P. 235-253.

RICOEUR, P. O si-mesmo como um outro. Trad. Lucy Moreira Cesar. Campinas, SP: Papirus, 1991.

RISSARDO, L. K.; FURLAN, M. C. R.; AGUIAR, J. E. Sexualidade na terceira idade: nível de conhecimento dos idosos em relação as DST's. **Anais...** Simpósio Internacional de Educação Sexual da UEM. Maringá/PR, 2009.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8):2129-2139, 2012.

ROMERO, D. E. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4):777-794, 2002.

ROSETO-BIXBY, L.; CASTERLINE, J. B. Modelling diffusion effects in fertility transition. **Population Studies**, v. 47, p. 147-167, 1993.

SAAD, P. M. Transferências de apoio entre gerações no Brasil: um estudo para São Paulo e Fortaleza. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. Cap. 8, p. 251-280.

SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. A. A aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. Congresso-Comunicação-Tema: Clínicas e Tratamento. Congresso Virtual de HIV/AIDS, 7. 2006.

SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. A.; SOUSA, V. C. Envelhecer com Aids: Representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. **Rev. Interamericana de Psicologia**, vol. 43, n.2, p.323-332, João Pessoa-PB, 2009.

SANKAR, A. et al. What do we know about older adults and HIV? A review of social and behavioral literature. **AIDS Care**. 2011, October; 23(10): 1187-1207.

SANTOS, A. F. de M.; ASSIS, M. de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, 2011; 14(1): 147-157.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**. 2009; 25(Supl 2): S321-33.

SCHENSUL, J.; LEVY, J. A.; DISCH, W. B. Individual, Contextual, and Social Network Factors Affecting Exposure to HIV/AIDS Risk Among Older Residents Living in Low-Income Senior Housing Complexes. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, vol. 33, Suppl. 2, June 1, 2003: S138-S152.

SCHILKOWSKY, L. B.; PORTELA, M. C.; SÁ, M. de C. Fatores associados ao abandono de acompanhamento ambulatorial em um serviço de assistência especializada em HIV/aids na cidade do Rio de Janeiro, RJ. **Rev. Bras Epidemiol**, 2011; 14(2): 187-97.

SCHOLTEN, F. et al. Health and functional status among older people with HIV/AIDS in Uganda. **BMC Public Health**, 2011, 11:886.

SCHRIMSHAW, E. W.; SIEGEL, K. Perceived barriers to social support from family and friends among older adults with HIV/AIDS. **Journal of Health Psychology**. 2003; 8:738-752.

SCOTT, J. **Social Network Analysis** – a handbook. London: SAGE Publications, 2000.

SEN, A. **Desenvolvimento como Liberdade**. 3 ed., São Paulo: Cia das Letras, 2002.

SILVA, F. R. da et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **RBAC**, vol. 42(3): 209-212, 2010.

SILVA, H.; MONTE-MÓR, R. L. Transições demográficas, transição urbana, urbanização extensiva: um ensaio sobre diálogos possíveis. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 17, 2010, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2010.

SILVA, J. da; SALDANHA, A. A. W.; AZEVEDO, R. L. W. de. Variáveis de Impacto na Qualidade de Vida de Pessoas Acima de 50 Anos HIV+. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 23(1), 56-63, 2010.

SILVA, J. da et al. AIDS, Estigma e Preconceito: a percepção da Terceira Idade. **Congresso Virtual HIV/AIDS**, IX. A infecção VIH e o Direito, 2008. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/9congresso>>.

SIMBAYI, L. C. et al. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. **Social Science and Medicine**. 64(2007), 1823-1831.

SMITH, K. P.; CHRISTAKIS, N. A. Social Networks and Health. **Annual Review of Sociology**. 34: 405-29, 2008.

SOARES, W. Análise de redes sociais e os fundamentos teóricos da migração internacional. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 101-116, jan./jun. 2004.

SOARES, W. **Da metáfora à substância: redes sociais, redes migratórias e migração nacional e internacional em Valadares e Ipatinga**. 2002. 360 p. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

SOUSA, J. Sexualidade na Terceira Idade: Uma Discussão da AIDS, Envelhecimento e Medicamentos para Disfunção Erétil. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, 2008; 20(1): 59-64.

SOUZA, M. H. T. et al. Nível de conhecimento de um grupo de idosos em relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Avances en Enfermería**. Bogotá, jan./jun. 2009. v. 27, n. 1.

SZWARCWALD, C. L. et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**. São Paulo: USP, 16(Supl), 2000.

TEDESCO, S.; LIBERMAN, F. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade? **O Mundo da Saúde**. São Paulo: 2008: abr/jun 32(2):254-260.

TEIXEIRA, A. L.; BECKER, F. Novas possibilidades da pesquisa qualitativa via sistemas CAQDAS. **Sociologias**, v. 3, n. 5, p. 94-113, 2001.

TEIXEIRA, P. R.; PAIVA, V.; SHIMMA, E. **Tá difícil de engolir?** Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: NEPAIDS, 2000.

TOMAÉL, M. I.; MARTELETO, R. M. Redes Sociais: posições dos atores no fluxo da informação. **R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.**, Florianópolis, n. esp., 1º sem. 2006:75-91.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo: USP, 2005; 39(3): 507-14.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS. **3rd Meeting of the Latin America and Caribbean Epidemiological Network**. Abstracts. Cuernavaca: UNAIDS. 1999.

U.S. NATIONAL INSTITUTE ON AGING. Department of Health and Human Services Public Health Service. National Institutes of Health. HIV, AIDS, and Older People. **AgePage**. June 2004.

U.S. NATIONAL INSTITUTE ON AGING. National Institutes of Health. U.S. Department of Health and Human Services. **Why Population Aging Matters**. A Global Perspective. 2007.

VASCONCELOS, I.; SALDANHA, A. A. W. Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento. **Congresso Virtual HIV/AIDS**, IX. A infecção VIH e o Direito, 2008. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/9congresso>>.

VASCONCELOS, D. et al. A sexualidade no processo de envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**. Natal, 9(3), 413-419, 2004.

VENEROSO, C.; PRATES, I. Capital Social e Pobreza: implicações teórico empíricas para estudos de Programas de Renda Mínima. **Congresso BIEN**, 13. Renda Básica como Instrumento de Justiça e Paz. FEA/USP, São Paulo, 2010. 21p.

VENTURA, M. Direitos humanos e aids: o cenário brasileiro. PARKER, R. G.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. **Saúde, Desenvolvimento e Política**. Respostas frente à AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Editora 34, 1999. p. 263-338.

VIGNOLI, J. R. **Vulnerabilidad demográfica: una faceta de las desventajas sociales**. Proyecto Regional de Población CEPAL-CELADE-FNUAP, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía/Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2000.

VILLELA, W. V. Prevenção do HIV/AIDS, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. BARBOSA, R. M.; PARKER, R. G. (Org.). **Sexualidades pelo Avesso**. Direitos, Identidades e Poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, São Paulo: Editora 34, 1999. p. 199-213.

VILLELA, W. V.; OLIVEIRA, E. M. Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2 ed., Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2009. p. 317-332.

WALKER, A. The social construction of dependency in old age. In: LONEY, M. et al. (eds.). **The state and the market. Politics and welfare in contemporary**. London: Sage, 1990.

WATKINS, S. C. Navigating the AIDS Epidemic in Rural Malawi. **Population and Development Review**. 30(4): 673-705, dec. 2004.

WATTS, D. The new science of networks. **Annual Review of Sociology**, v. 30, p. 243-70, 2004.

WEISS, R. S. **Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies**. New York: The Free Press, 1994.

WEITZMAN, E. A.; MILES, M. B. **Computer programs for qualitative data analysis: a software sourcebook**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995. 371 p.

WELLMAN, B.; FRANK, K. Network Capital in a Multi-Level World: Getting Support from Personal Communities. **Forthcoming in Social Capital: Theory and Research**. Chicago, Sept., 2000.

WUTOH, A. K. et al. Assessment and Predictors of Antiretroviral Adherence in Older HIV-Infected Patients. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**. 33: S106-S114, 2003.

ZORNITTA, M. **Os novos idosos com aids: sexualidade e desigualdade à luz da bioética**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

ANEXOS

Anexo 1

FORMULÁRIO PARA A COLETA DE DADOS DA PESQUISA
“Idosos e HIV/AIDS: a dinâmica da epidemia e do tratamento e perfis de idosos
residentes em Montes Claros e Belo Horizonte (MG)”

FINANCIAMENTO: FAPEMIG

Instituição:	Hospital Eduardo de Menezes – BH
	Hospital Universitário Clemente de Faria – Moc
Data coleta:	
Idoso(a) vivendo com o HIV/AIDS	
Sexo:	1-Masculino 2-Feminino
Interno(a)?	1-Sim 2-Não
Idade:	
Idade do diagnóstico:	
Data de nascimento:	
Raça/Cor:	1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
Estado civil:	1- Solteiro 2-Casado 3-Viúvo 4-Separado 5-Outro 9- Ignorado
Escolaridade:	0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 10-Pós-graduado 9-Ignorado 11- Não se aplica
Religião:	1-Católico 2-Evangélico 3-Espírita 4-Ateu 5-Não possui religião 6-Outro 9-Ignorado

Município de Residência:	
Município de Naturalidade:	
Zona:	1 – Urbana 2 – Rural 3 – Periurbana 9 – Ignorado
Ocupação:	
Provável modo de transmissão:	
Sexual:	1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 4 - Não foi transmissão sexual 9 – Ignorado
Sanguínea Uso de drogas injetáveis:	1 - Sim 2 – Não 9 - Ignorado
Acidente com material biológico com posterior soroconversão até 6 meses:	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Tratamento/hemotransfusão para hemofilia:	1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado
Transfusão sanguínea:	1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado
Transmissão em outro procedimento:	1-Cirurgia 2-Outro
Informação sobre o(a) companheiro(a)	
Ele(a) sabe?	1 – Sim 2 – Não 9 - Ignorado
Companheiro(a) vive com o vírus?	1-Sim 2-Não 9 - Ignorado
Data diagnóstico:	
Data notificação:	
Data início TARV	
Em uso?	1-Sim 2-Não
Visitas ao médico	1-Semanal 2- 15 em 15 dias 3-Mensal 4- Bimestral 5-Outro 9-Ignorado
Sobre a medicação	
Prescrição da medicação	1-Uma vez ao dia 2-Duas vezes ao dia 3-Três vezes ao dia 4-Outro 9-Ignorado

Efeitos colaterais?	1-Sim. Se sim, quais? 2- Não 9-Ignorado
Se hospitalizado:	
Há quantos dias?	
É a primeira internação?	
Tem acompanhante?	
Quantas internações?	
Outras informações de saúde	
Hipertenso?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Diabetes?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Dislipidemia (aumento gordura corporal)?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Derrame?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Já sofreu infarto?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Tuberculose?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Hidrocefalia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Cardiopatia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Afecções do sistema nervoso?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Escaras?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Outra enfermidade?	1-Sim Se Sim, qual(is)? 2-Não 9-Ignorado
Grau de nutrição?	1-Boa 2-Regular 3-Ruim
Hábitos	
Fuma?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Bebe?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado

É alcoolista?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Informações gerais	
Renda per capita (Valor SM = R\$678,00)	1- 1 SM 2- 2 SM 3- 3 SM 4- 4 SM 5-Mais de 4 SM 9-Ignorado
Valor da última internação	1- Até R\$: 300 2- R\$: 300 a R\$: 600 3- R\$: 900 a R\$: 1200 4- R\$: 1200 a R\$: 1500 5-Mais de R\$: 1500 9-Ignorado
Hospital em casa?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Grau de dependência?	1-I 2-II 3-III 4-IV 5-V
Acesso a fisioterapia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado
Acesso a fonoaudiologia?	1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Anexo 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada: **“Idosos vivendo com HIV/AIDS: vulnerabilidade e redes sociais em Belo Horizonte (MG), 2013”**, coordenada pelo Professor Roberto do Nascimento Rodrigues e pela doutoranda Marília Borborema Rodrigues Cerqueira.

A realização desta pesquisa é justificada pelo aumento no número de casos de HIV/AIDS entre pessoas com 60 anos ou mais e pela inexistência de estudo semelhante em Belo Horizonte (MG), abordando os aspectos que serão relacionados neste estudo.

A sua participação não é obrigatória sendo que, a qualquer momento da pesquisa, o(a) senhor(a) poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para sua relação com o pesquisador, com a faculdade ou com a instituição hospitalar.

O objetivo desta pesquisa é definir os determinantes da vulnerabilidade dos idosos ao HIV/AIDS. Caso o(a) senhor(a) decida aceitar o convite, o(a) senhor(a) será entrevistado(a), serão feitas algumas perguntas ao(à) senhor(a). E, se permitir, a entrevista será áudio gravada. O tempo previsto para a sua participação é de, aproximadamente, uma hora.

Os riscos relacionados com sua participação são mínimos. Poderá gerar um desconforto ou constrangimento que levará ao receio de identificação no momento das entrevistas. No entanto, esse desconforto será minimizado pelos seguintes procedimentos: cada participante será identificado por letras e números – ENTR-01H (entrevista 01, homem), ENTR-02M (entrevista 02, mulher) e o nome do(a) senhor(a) não será revelado, nem a menção de suas características que possam identificá-lo(a).

Os benefícios relacionados com a sua participação não são diretos. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a vulnerabilidade e sobre as redes sociais de idosos que vivem com HIV/AIDS de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa subsidiar a elaboração de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde sexual de idosos.

Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em seminários, congressos e similares, entretanto, os dados/informações obtidos por meio da sua participação serão

confidenciais e sigilosos, não possibilitando sua identificação, uma vez que os participantes serão identificados por letras e números.

A pesquisa poderá ser suspensa ou encerrada caso seja necessária a reformulação dos objetivos de acordo com a avaliação dos pesquisadores.

A sua participação será voluntária, não havendo remuneração para tal. Não está prevista indenização por sua participação, mas em qualquer momento se o(a) senhor(a) sofrer algum dano, comprovadamente decorrente desta pesquisa, terá direito à indenização.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde constam os telefones e os endereços dos pesquisadores principais e dos Comitês de Ética em Pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação agora ou em qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, a forma de minha participação, riscos e benefícios dela, e aceito o convite para participar. Autorizo a publicação dos resultados da pesquisa, a qual garante o anonimato e o sigilo referente à minha participação.

Belo Horizonte/MG, _____ de _____ de 201____.

Nome do participante

Assinatura do participante

Marília Borborema Rodrigues Cerqueira
Pesquisadora

Assinatura

Roberto do Nascimento Rodrigues
Pesquisador

Assinatura

CONTATOS DOS RESPONSÁVEIS PELA ENTREVISTA EM CASO DE DÚVIDAS:

***Doutoranda:* Marília Borborema Rodrigues Cerqueira**

Endereço: Rua Turfa, 390 – Bairro Prado Telefones: (38) 9961-7466

***Orientador:* Roberto do Nascimento Rodrigues**

Endereço: Prédio da Reitoria/Pró-Reitoria de Recursos Humanos – Campus Universitário da UFMG, av. Antônio Carlos, 6627 - Telefones: 3409-4113

COEP (COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA) DA UFMG:

Avenida Antônio Carlos, 6.627 - Unidade Administrativa II – 2º andar - Campus Pampulha
Belo Horizonte/MG - CEP: 31270-901 – Telefone: (31) 3409-4592

CEP/NEP/FHEMIG (COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA) FHEMIG:

Av. Dr. Cristiano Rezende, 2.213 – Bonsucesso
Belo Horizonte/MG - CEP: 30622-020 - TEL: (0**31) 3328-5084

Anexo 3 – Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

Introdução – Data da Entrevista: ___/___/_____

Bom dia/boa tarde/boa noite.

Eu sou **Marília Borborema Rodrigues Cerqueira**, sou aluna de doutorado em Demografia na UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais). Eu estou fazendo uma pesquisa para a minha tese de doutorado, que trata da saúde de idosos e idosas, intitulada **“Idosos vivendo com HIV/AIDS: vulnerabilidade e redes sociais em Belo Horizonte (MG), 2013”**.

Inicialmente, gostaria de lhe assegurar que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. É uma conversa, onde irei aprender muito com o(a) senhor(a). Caso o(a) senhor(a) não se sinta à vontade para responder alguma pergunta, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima questão. Durante a entrevista, será utilizado um gravador para que eu possa captar a resposta por inteiro, o que ficaria difícil, demorado e cansativo caso fosse anotar. Posteriormente, durante a transcrição das respostas, posso garantir que seu nome será mantido em sigilo. Portanto, sinta-se à vontade para responder tudo que lhe for perguntado. Caso não entenda alguma pergunta, por favor, me avise, pois terei prazer em explicá-la melhor. Eu vim aqui aprender com o(a) senhor(a).

Momento 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Momento 2: Preenchimento dos dados.

Antes de ligar o gravador, gostaria de coletar, rapidamente, alguns dados pessoais:

1. Em que dia, mês e ano o senhor nasceu?

2. Quantos anos o senhor tem? _____

3. O Censo Brasileiro, realizado pelo IBGE, usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se o senhor tivesse que responder ao Censo do IBGE, como se classificaria a respeito da sua cor ou raça?

4. O senhor nasceu em Belo Horizonte? _____

5. Há quanto tempo o senhor vive em Belo Horizonte?

6. O senhor estudou? Qual a série ou grau mais elevado completou?

7. Normalmente não gostamos de falar sobre isso, mas preciso saber, para o estudo: qual é a sua renda? (Salário-mínimo igual a R\$678,00, em 21/10/2013).

8. Atualmente, qual é a sua religião ou culto? (Aquela com a qual o senhor mais se identifica) _____

9. O senhor mora com alguém? Se sim, com quem?

10. O senhor trabalha? Se sim, onde?

11. O senhor fuma? _____

12. O senhor bebe? _____

13. Data e tempo de diagnóstico: _____

14. Se institucionalizado no HEM, há quanto tempo? _____

É a primeira institucionalização? _____

Momento 3: Entrevista.

Agora, vou ligar o gravador para que possamos conversar melhor, sem anotações.

Questão 1. Para começar, vamos falar sobre o momento presente (a partir das primeiras respostas, a pergunta será feita adequando-a): conte-me como está a vida do senhor.

(com o cônjuge; com os filhos; com a família, em geral)

Questão 2. Vamos conversar um pouco sobre namoros, amor, vida sexual: conte-me a sua história.

- Usa preservativo (camisinha)?

Questão 3. A descoberta da condição sorológica: como ocorreu, como o senhor se sente?

- Revelou para alguém?

- Já sofreu alguma discriminação?

Questão 4. O tratamento: conte-me como é a vida com o tratamento.

Questão 5. Percepções sobre a doença: o que é a aids para o(a) senhor(a)? Qual o significado da aids?

Questão 6. Vamos pensar um pouco nos amigos do (a) senhor(a):

- Vamos supor que um amigo do senhor quer sair, arrumar uma namorada... O que o senhor aconselharia para ele?

Questão 7 – Sobre redes sociais:

- Quando um idoso contrai o vírus HIV, ele continua tendo os mesmos amigos, as mesmas relações sociais?
- Com quem o(a) senhor(a) mantém relações sociais – parentes, amigos, vizinhos?
- O(a) senhor(a) conta com ele(a)s para apoio diversos?
- O(a) senhor(a) pode me falar nomes de 5 ou mais pessoas que mais tem contato? Qual o tipo de relação com elas (familiar, vizinho etc)?
- O(a) senhor(a) sabe me dizer se o(a) senhor(a) XX, que o(a) senhor(a) mencionou, tem contato com XX, também citado pelo(a) senhor(a)?

(E assim por diante, até esgotar os nomes e possibilidades de interação.)

Nome	Forma de contato (pessoal, fone, social)	Tipo de relação (familiar, vizinho, etc)	Intensidade/força da relação

FONTE: Elaboração própria, adaptado de Arantes (2012).

Momento 4: Finalização da entrevista. Agradecimentos e compromisso de pesquisa.

Anexo 4

QUADRO 1: Mulheres idosas entrevistadas no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (HEM/FHEMIG), Belo Horizonte
Informações selecionadas, 2014

Entrevistada	Informações gerais
ENTR01	<ul style="list-style-type: none"> - 63 anos - preta - viúva (do primeiro companheiro/marido) - analfabeta funcional (apenas lê e escreve o nome) - católica - um filho - reside no interior de MG - doméstica (passadeira) - diagnóstico há quase 3 anos - contraiu o vírus do segundo companheiro (separada dele) - adesão boa - bebe - não fuma - nunca foi internada por causa do HIV
ENTR02	<ul style="list-style-type: none"> - 71 anos - branca - viúva e vive com companheiro - analfabeta - católica - 10 filhos - reside em BH - do lar - diagnóstico há 5 anos - contraiu o vírus do companheiro atual - adesão boa - bebe - já fumou - já foi internada por causa do HIV
ENTR03	<ul style="list-style-type: none"> - 67 anos - parda - solteira - tem 1º grau completo - evangélica - não tem filhos - reside no interior de MG - costureira - diagnóstico há 5 anos - contraiu o vírus de um namorado - adesão ruim - já bebeu - já fumou - já foi internada por causa do HIV
ENTR04	<ul style="list-style-type: none"> - 64 anos - branca - viúva - tem 4ª série do 1º grau - católica

	<ul style="list-style-type: none"> - tem 2 filhos - reside em BH - cozinheira - diagnóstico há 3 anos - contraiu o vírus em estupro duplo (2 homens) - passará a usar TARV no fim de Maio/14 - bebe - já fumou - nunca foi internada por causa do HIV - foi internada por causa do estupro
ENTR05	<ul style="list-style-type: none"> - 62 anos - parda - viúva e tem companheiro - tem 3ª série do 1º grau - evangélica - tem 2 filhos - reside em BH - diarista - diagnóstico há 13 anos - contraiu o vírus em relação extraconjugal - adesão boa - não bebe - não fuma - nunca foi internada por causa do HIV
ENTR06	<ul style="list-style-type: none"> - 82 anos - branca - viúva - analfabeta - católica - tem 5 filhos - reside em BH - do lar - diagnóstico há 15 anos (com 67 anos) - contraiu o vírus do marido (que faleceu com aids) - adesão ruim - alcoolista - fuma - já foi internada por causa do HIV
ENTR07	<ul style="list-style-type: none"> - 60 anos - branca - viúva e tem parceiro (que nunca fez o teste para o HIV e não quer fazer) - analfabeta - católica - tem 3 filhos - reside em BH - cozinheira - diagnóstico há 7 anos - contraiu o vírus do marido (que faleceu com aids) - adesão boa - bebe - não fuma - nunca foi internada por causa do HIV

ENTR08	<ul style="list-style-type: none"> - 64 anos - branca - viúva - analfabeta - católica - tem 4 filhos - reside no interior de MG - faxineira de hospital - diagnóstico há 14 anos - contraiu o vírus do marido (que faleceu com aids) - adesão boa - não bebe - não fuma - nunca foi internada por causa do HIV
ENTR09	<ul style="list-style-type: none"> - 63 anos - parda - casada - ensino médio completo (2º grau) - evangélica - tem 2 filhos - reside em BH - cantineira - diagnóstico há 3 meses (em dezembro/2013, já com 63 anos) - contraiu o vírus do marido (diagnosticado em novembro/2013) - adesão boa (desde janeiro/2014) - não bebe - não fuma - nunca foi internada por causa do HIV
Mulheres idosas institucionalizadas	
ENTR10	<ul style="list-style-type: none"> - 68 anos - preta - viúva (há 20 anos) - analfabeta - católica - tem 10 filhos - reside em BH - auxiliar de serviços gerais - diagnóstico há 7 meses (já com 68 anos) - contraiu o vírus do marido (falecido – há dúvida) - passará a usar TARV após a alta hospitalar - não bebe - não fuma
ENTR11	<ul style="list-style-type: none"> - 61 anos - preta - solteira - tem 4ª série do 1º grau - evangélica (convertida recentemente) - tem 1 filho - reside em BH - auxiliar de serviços gerais - diagnóstico há quase 8 anos - contraiu o vírus de namorado

	<ul style="list-style-type: none"> - adesão boa - não bebe - não fuma
ENTR12	<ul style="list-style-type: none"> - 61 anos - parda - separada - analfabeta - sem religião - tem 2 filhas - reside em BH, na zona rural - do lar - diagnóstico há quase 2 anos - contraiu o vírus de namorado - adesão ruim - alcoolista - não fuma

Fonte: Elaboração própria com base em pesquisa de campo (fevereiro a abril de 2014).

QUADRO 2: Homens idosos entrevistados no Hospital Eduardo de Menezes da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (HEM/FHEMIG), Belo Horizonte
Informações selecionadas, 2014

Entrevistado	Informações gerais
ENTR13	<ul style="list-style-type: none"> - 61 anos - preto - separado - tem 4ª série do 1º grau - católico - tem dois filhos, um biológico - reside em BH - pedreiro - diagnóstico há 2 anos - contraiu o vírus da cunhada - adesão boa - bebe - fuma - nunca foi internado por causa do HIV
ENTR14	<ul style="list-style-type: none"> - 81 anos - pardo - viúvo - tem 4ª série do 1º grau incompleta - sem religião - tem 7 filhos - reside em BH - motorista - diagnóstico há 17 anos - contraiu o vírus de namorada - adesão boa - já bebeu - já fumou - já foi internado por causa do HIV

ENTR15	<ul style="list-style-type: none"> - 66 anos - pardo - casado (há 37 anos) - analfabeto - católico - tem 4 filhos - reside no interior de MG - comerciante - diagnóstico há um ano - contraiu o vírus em algum caso extraconjugal (afirma que teve/tem muitos) - adesão boa - não bebe - não fuma - já foi internado por causa do HIV
ENTR16	<ul style="list-style-type: none"> - 66 anos - branco - solteiro - ensino médio completo (2º grau) - católico - não tem filhos - reside em BH - técnico em patologia clínica - diagnóstico há 2 anos - contraiu o vírus usando drogas - adesão ruim - não bebe - fuma crack - nunca foi internado por causa do HIV
ENTR17	<ul style="list-style-type: none"> - 62 anos - branco - casado - cursou até o 3º ano de faculdade - católico - tem 3 filhos - reside em BH (há 2 anos, residia nos EUA e vai voltar para lá) - chefe de cozinha - diagnóstico há 21 anos - contraiu o vírus com instrumento perfuro-cortante - adesão boa - bebe - já fumou - nunca foi internado por causa do HIV
ENTR18	<ul style="list-style-type: none"> - 60 anos - branco - separado (há 31 anos) - tem 5ª série do 1º grau - católico - tem 2 filhos - reside em BH - encarregado de obras - diagnóstico há 13 anos - contraiu o vírus com alguma namorada - adesão boa

	<ul style="list-style-type: none"> - bebe - fuma - nunca foi internado por causa do HIV
ENTR19	<ul style="list-style-type: none"> - 61 anos - pardo - separado e tem "amante" (termo definido por ele) - tem 7ª série do 1º grau - católico - tem 3 filhos - reside em BH - padeiro/cozinheiro - diagnóstico há 16 anos - contraiu o vírus em algum caso extraconjugal (teve muitos) - adesão boa - bebe - fuma - já foi internado por causa do HIV
ENTR20	<ul style="list-style-type: none"> - 62 anos - preto - casado - tem 8ª série do 1º grau - católico - tem 4 filhos - reside em BH - faz "bicos" como ambulante - diagnóstico há 22 anos - contraiu o vírus em algum caso extraconjugal (teve muitos e continua tendo) - adesão boa - não bebe - não fuma - nunca foi internado por causa do HIV

Fonte: Elaboração própria com base em pesquisa de campo (fevereiro a abril de 2014).