

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

ALINE OLIVEIRA SILVA

**HIV/AIDS NA VELHICE: UM OLHAR SOBRE A CONSTRUÇÃO E ALCANCE DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS**

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2020**

ALINE OLIVEIRA SILVA

**HIV/AIDS NA VELHICE: UM OLHAR SOBRE A CONSTRUÇÃO E ALCANCE DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa,
como parte das exigências do Programa de Pós-
Graduação em Economia Doméstica, para obtenção
do título de *Doctor Scientiae*.

Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto

**VIÇOSA - MINAS GERAIS
2020**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

S586h
2020

Silva, Aline Oliveira, 1989-
HIV/AIDS na velhice : um olhar sobre a construção e
alcance das políticas públicas / Aline Oliveira Silva. – Viçosa,
MG, 2020.
192 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Maria das Dores Saraiva de Loreto.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Política pública. 2. HIV(Vírus). 3. AIDS (Doença).
4. Idosos. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de
Economia Doméstica. Programa de Pós-Graduação em
Economia Doméstica. II. Título.

CDD 22 ed. 362.1969792

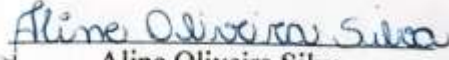
ALINE OLIVEIRA SILVA

**HIV/AIDS NA VELHICE: UM OLHAR SOBRE A CONSTRUÇÃO E ALCANCE DAS
POLÍTICAS PÚBLICAS**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

APROVADA: 18 de fevereiro de 2020.

Assentimento:


Aline Oliveira Silva
Autora


Maria das Dores Saraiva de Loreto
Orientadora

AGRADECIMENTOS

Em meio a tantos sentimentos que se fizeram presentes ao longo desses quatro anos, hoje o que fica é a gratidão por ter ao meu lado pessoas tão especiais; fundamentais para a concretização deste trabalho.

A Deus agradeço pela proteção; por ter conduzido a minha caminhada e por me sustentar quando tudo parecia difícil.

A minha mãe, pelo amor, carinho, orações e por entender a minha ausência que se fez necessária por diversas vezes.

Ao meu pai, meu maior incentivador, e que mesmo tendo estudado tão pouco, sempre valorizou tanto a educação. Sei que está sempre junto de mim. Essa é mais uma conquista cheinha de saudades.

Ao meu irmão, pelo apoio, amizade e companheirismo de sempre.

Ao Hugo, por ser minha fonte de incentivo, amor e compreensão. Dividir mais essa etapa com você me deu forças para conseguir chegar até o fim. Obrigado por tudo. Todas as páginas dessa tese não seriam suficientes para te agradecer por tudo que fez e faz por mim, principalmente durante o doutorado. Que bom que tenho a certeza que você sabe o que é, e o tanto que significa para mim. Amo você!

A tia Simone, tio Zé e a Karen, que apesar da distância física estão sempre presentes. Obrigada pela torcida de sempre.

A minha querida orientadora Dorinha, que, por muitas vezes, foi muito mais que orientadora; uma mãe. Que alegria ter te encontrado lá na graduação, e por poder aprender tanto com você durante toda a minha trajetória acadêmica. Obrigada por confiar e acreditar em mim, me incentivar e compartilhar tanto conhecimento comigo. Gratidão por tudo!

Aos meus amigos de sempre e aos novos amigos que Viçosa me deu, obrigada pelas risadas, palavras de incentivos e momentos de descontração. Como é bom ter vocês na minha vida.

A Vanessa por toda ajuda com o Iramuteq. Agradeço imensamente pela sua paciência e atenção.

Aos colegas da pós, em especial, Cássia, Eleusy, Nádia e Pollyana, pelos momentos de distração e pela amizade que criamos.

Aos funcionários do DED pelo excelente atendimento e cuidado, que me atenderam sempre que precisei. Em especial a Aloísia e ao Roberto por quem tenho um imenso carinho.

Aos coordenadores do SAE e do CCI por serem tão solícitos comigo desde o primeiro contato e, principalmente, por disponibilizarem as informações que eu necessitava para a realização do meu trabalho.

A Kátia, que se tornou uma querida amiga, e que com toda boa vontade desse mundo, foi à principal responsável pelo meu primeiro contato aos idosos com HIV/AIDS, fundamental para que essa etapa ocorresse de forma tão tranquila.

Aos participantes da minha pesquisa, meu eterno agradecimento. Sem vocês não seria possível realizar esse trabalho. Em especial aos idosos, que me transmitiram muito mais do que as respostas as minhas questões da entrevista.

A Érica pelas excelentes contribuições na minha banca de defesa do projeto. A Beatriz, Edna e Lílian pelas sugestões valiosas na minha qualificação. E em especial, a Simone, presente em todas essas etapas e com quem eu aprendo tanto, desde a graduação. Vocês foram fundamentais para a construção desse trabalho.

Ao Arthur, Beatriz, Edna e Simone por aceitarem prontamente participar da minha banca e pelas valiosas contribuições.

À UFV por ser minha segunda casa nesses quase dez anos, principalmente, pela assistência estudantil (alojamento e bolsa alimentação) durante toda a graduação, fundamental para que eu conseguisse me formar e chegar até aqui.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, pelo fomento financeiro imprescindível para a concretização da minha pesquisa.

Enfim, a todos que acreditaram em mim e contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho. Meu muito obrigado!

*“A vida não é um corredor reto e tranquilo que
nós percorremos livres e sem empecilhos,
mas um labirinto de passagens,
pelas quais nós devemos procurar nosso
caminho, perdidos e confusos, de vez em quando
presos em um beco sem saída.*

*Porém, se tivermos fé,
uma porta sempre será aberta para nós,
não talvez aquela sobre a qual
nós mesmos nunca pensamos,
mas aquela que definitivamente
se revelará boa para nós”*

(A. J. Cronin)

RESUMO

SILVA, Aline Oliveira, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2020. **HIV/AIDS na velhice: um olhar sobre construção e alcance de políticas públicas.** Orientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto.

No Brasil, a problemática do envelhecimento e da AIDS passa por uma questão cultural e de exclusão, concentrando-se, principalmente, no preconceito social relacionado ao sexo nessa faixa etária. Sob tal perspectiva, objetiva-se evidenciar o processo de construção e de alcance das políticas públicas destinadas aos idosos portadores de HIV/AIDS, analisando as percepções dos atores sociais envolvidos nesse contexto, a partir de considerações sobre significado da doença, fatores determinantes, redes sociais de apoio, estratégias de ação e suas implicações. Metodologicamente, foram utilizados os métodos de pesquisa qualitativa e quantitativa, de modo complementar, caracterizando a pesquisa como exploratório-descritiva. Assim, por meio do estudo de casos múltiplos, buscou-se atender a questões muito particulares da realidade social investigada, com foco em um município da Zona da Mata Mineira. As unidades empíricas de análise compreenderam o Serviço de Assistência Especializada (SAE) e o Centro de Convivência do Idoso (CCI). Como técnicas de coleta dos dados, foram empregadas as pesquisas bibliográfica, documental e midiática, além de entrevista aberta orientada por roteiro semiestruturado, com os idosos portadores de HIV/AIDS, participantes do CCI, e com os profissionais de saúde e de atendimento lotados nas instituições selecionadas. A pesquisa bibliográfica e documental foi baseada em informações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), Estatuto do Idoso e da Política Nacional de DST e AIDS. Dessa forma, verificou-se a abordagem sobre cuidados e direitos dos idosos, colocados em situação de vulnerabilidade, ao serem contemplados em estratégias de controle, cuidado e prevenção da doença. Para complementar a análise documental, foi realizada a pesquisa midiática, sendo os dados levantados a partir do sítio de compartilhamento de vídeos *Youtube*. Para a análise dos dados das pesquisas bibliográfica, documental e midiática, bem como das informações coletadas junto aos idosos com e sem HIV/AIDS e dos profissionais de saúde e atendimento aos idosos, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, por meio do *software* Iramuteq. Os dados do perfil pessoal dos idosos foram avaliados pela estatística descritiva, sendo apresentados em forma de tabelas, seguidos pela revisão de literatura. Assim, os resultados foram disponibilizados em quatro artigos - no primeiro, é feita uma análise a partir dos

dispositivos legais e midiáticos sobre o HIV/AIDS na velhice; no segundo, são examinadas as políticas de HIV/AIDS, sob o olhar dos profissionais de saúde e atendimento aos idosos; no terceiro, destaca-se a percepção dos idosos sobre as políticas públicas de controle e prevenção; por fim, no último artigo, analisam-se os fatores determinantes para a transmissão da doença, suas consequências, estratégias de convivência, bem como o uso das redes sociais para apoio aos idosos soropositivos, após constatação do diagnóstico. Nesse sentido, foi possível concluir que a prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e ao HIV/AIDS entre os idosos envolve uma construção complexa e de alcance limitado, representando um desafio para a elaboração de políticas de saúde pública, uma vez que estas concentram atenção à população jovem, por apresentar maior risco de contágio. Portanto, há menor abrangência ou densidade de redes sociais para suporte ao idoso soropositivo, assim como movimentos sociais de pressão, em decorrência, principalmente, de questões culturais, determinantes para a não configuração das “janelas de oportunidades” (*policy windows*), que, por sua vez, poderiam promover a mudança de um “estado de coisas” para um “problema político”, possibilitando o agendamento, a construção e o alcance de políticas públicas para o enfrentamento do HIV/AIDS na velhice.

Palavras-chave: Políticas Públicas. HIV/AIDS. Idosos.

ABSTRACT

SILVA, Aline Oliveira, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, February 2020. **HIV/AIDS in old age: a look at the construction and scope of public policies.** Advisor: Maria das Dores Saraiva de Loreto.

In Brazil, the problem of aging and AIDS goes through a cultural and exclusion issue, focusing mainly on the social prejudice related to sex in this age group. From this perspective, the objective is to highlight the process of construction and scope of public policies aimed at the elderly with HIV/AIDS, analyzing the perceptions of the social actors involved in this context, based on considerations about the meaning of the disease, determining factors, networks support measures, action strategies and their implications. Methodologically, qualitative and quantitative research methods were used, in a complementary way, characterizing the research as exploratory-descriptive. Thus, through the study of multiple cases, we sought to address very particular issues of the investigated social reality, focusing on a municipality in the Zona da Mata Mineira. The empirical units of analysis comprised the Specialized Assistance Service (SAE, initials in portuguese) and the Elderly Living Center (CCI, initials in portuguese). As data collection techniques, bibliographic, documentary and media research were used, in addition to an open interview guided by a semi-structured script, with the elderly with HIV/AIDS, participants in the CCI, and with health and care professionals based in the cities. selected institutions. The bibliographic and documentary research was based on information from the National Health Promotion Policy (PNPS, initials in portuguese), the National Elderly Health Policy (PNSI, initials in portuguese), the Elderly Statute and the National STD and AIDS Policy. Thus, there was an approach to care and rights of the elderly, placed in a situation of vulnerability, when contemplated in strategies for control, care and prevention of the disease. To complement the documentary analysis, a media research was carried out, the data being collected from the Youtube video sharing site. For the analysis of data from bibliographic, documentary and media research, as well as information collected from the elderly with and without HIV/AIDS and from health and elderly care professionals, the content analysis technique was used, using the software Iramuteq. Data on the personal profile of the elderly were assessed using descriptive statistics, and are presented in the form of tables, followed by the literature review. Thus, the results were made available in four articles - in the first, an analysis is made from the legal and media provisions on HIV/AIDS in old age; in the second, HIV/AIDS policies are examined, from the perspective

of health professionals and care for the elderly; in the third, the perception of the elderly about public policies for control and prevention stands out; finally, in the last article, the determining factors for the transmission of the disease are analyzed, its consequences, coexistence strategies, as well as the use of social networks to support the seropositive elderly, after finding the diagnosis. In this sense, it was possible to conclude that the prevention of Sexually Transmitted Infections (STI's) and HIV/AIDS among the elderly involves a complex construction and of limited scope, representing a challenge for the elaboration of public health policies, since these concentrate attention to the young population, as it presents a greater risk of contagion. Therefore, there is less coverage or density of social networks to support the seropositive elderly, as well as pressure social movements, mainly due to cultural issues, determinants for the non-configuration of the "windows of opportunities" (or policy windows), which, in turn, they could promote the change from a "state of affairs" to a "political problem", making it possible to schedule, build and reach public policies to face HIV/AIDS in old age.

Keywords: Public Policies. HIV/AIDS. Seniors.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| Figura 1 - Demandas e Formação da Agenda Governamental..... | 30 |
| Figura 2 - Janela de Oportunidades: Convergência dos Fluxos do Processo Decisório para Entrada de Temas na Agenda do Governo..... | 32 |
| Figura 3 - Especificação das Três Agendas no Delineamento Político..... | 45 |
| Figura 4 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde..... | 71 |
| Figura 5 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa..... | 78 |
| Figura 6 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre o Estatuto do Idoso..... | 85 |
| Figura 7 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre Política Nacional de DST/AIDS..... | 93 |
| Figura 8 - Nuvem de palavras descritas nos Dispositivos Legais Analisados..... | 99 |
| Figura 9 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre o Conteúdo de Dispositivo Midiático..... | 102 |
| Figura 10 - Percepções sobre a AIDS na Velhice..... | 120 |
| Figura 11 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente..... | 122 |
| Figura 12 - Nuvem de Palavras Evocadas pelos Profissionais de Saúde e Atendimento aos Idosos sobre as Políticas Públicas de HIV/AIDS para os Idosos..... | 127 |
| Figura 13 - Representações dos Idosos Participantes do CCI sobre a AIDS na Velhice..... | 137 |
| Figura 14 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente..... | 139 |
| Figura 15 - Representações dos Idosos Atendidos pelo SAE sobre a AIDS na Velhice..... | 147 |
| Figura 16 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente..... | 149 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 - Caracterização dos Vídeos do <i>Youtube</i> Integrantes do Estudo..... | 101 |
| Tabela 2 - Perfil dos Idosos do CCI..... | 135 |
| Tabela 3 - Perfil do Idoso Atendido pelo SAE..... | 146 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Operacionalização do Conceito de Rede Social..... | 49 |
| Quadro 2 - Propriedades dos Laços..... | 50 |
| Quadro 3 - Morfologia das redes sociais dos idosos com HIV/AIDS..... | 168 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AMAC - Associação Municipal de Apoio Comunitário
AZT - Zidovudina
CCI - Centro de Convivência do Idoso
CHD - Classificação Hierárquica Descendente
CTA - Centros de Testagem e Aconselhamento
DST – Doença Sexualmente Transmissível
GEDAE - Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organizações Não-Governamental
PAM - Planos de Ações e Metas
PNI - Política Nacional do Idoso
PNPSI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
POA - Plano Operativo Anual
SAE - Serviço da Assistência Especializada
SESC - Serviço Social do Comércio
SDS - Secretaria de Desenvolvimento Social
SINAN - Sistema Nacional de Notificação de Doenças
ST - Segmentos de Texto
SUS - Sistema Único de Saúde
TALP - Técnica de Associação Livre de Palavras
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFV - Universidade Federal de Viçosa

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E SUA ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA..... | 17 |
| 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA..... | 17 |
| 1.1 Justificativa e Relevância do Tema..... | 21 |
| 1.2 Objetivos..... | 23 |
| 1.2.1 Objetivo Geral..... | 23 |
| 1.2.2 Objetivos Específicos..... | 24 |
| 2. REVISÃO DE LITERATURA..... | 24 |
| 2.1 O Processo de Construção Social das Políticas Públicas..... | 24 |
| 2.1.1 O Processo de Construção do Agendamento Político..... | 29 |
| 2.2 As Políticas Públicas e o Envelhecimento Populacional..... | 33 |
| 2.3 As Políticas Públicas de HIV/AIDS..... | 36 |
| 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA-CONCEITUAL DE ANÁLISE..... | 40 |
| 3.1 Teoria das Representações Sociais..... | 40 |
| 3.2 O processo de Agendamento de uma Política..... | 43 |
| 3.3 Referencial Teórico das Redes Sociais..... | 47 |
| 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 52 |
| 4.1 Tipo de Pesquisa..... | 52 |
| 4.2 Local de Estudo..... | 53 |
| 4.3 População e Amostra..... | 54 |
| 4.4 Variáveis e Técnicas de Coleta de Dados..... | 55 |
| 4.5 Aspectos Éticos..... | 56 |
| 4.6 Procedimentos de Análise dos Dados..... | 57 |
| 5.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 58 |
| | |
| ARTIGO 1 - HIV/AIDS NA VELHICE: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS DISPOSITIVOS LEGAIS E MIDIÁTICO..... | 65 |
| | |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 67 |
| 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 68 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 69 |

| | |
|--|-----|
| 3.1 Análise Textual dos Dispositivos Legais: Classificação Hierárquica Descendente (CHD)..... | 69 |
| 3.1.1 Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)..... | 69 |
| 3.1.2 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa..... | 76 |
| 3.1.3 Estatuto do Idoso..... | 83 |
| 3.1.4 Política Nacional de DST/AIDS..... | 90 |
| 3.2 Nuvem de Palavras Descritas nos Dispositivos Legais Analisados..... | 98 |
| 3.3. Percepção do HIV/AIDS na Velhice a partir de Dispositivo Midiático: Análise de Vídeos do <i>Youtube</i> | 101 |
| 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 108 |
| 5. REFERÊNCIAS..... | 109 |

ARTIGO 2 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ATENDIMENTO AOS IDOSOS.....116

| | |
|--|-----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 118 |
| 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 119 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 119 |
| 3.1 Análise Prototípica sobre o Significado da AIDS na Velhice..... | 119 |
| 3.2 Análise Temática sobre o HIV/AIDS na Velhice: Classificação Hierárquica Descendente..... | 121 |
| 3.2.1 HIV/AIDS na Velhice..... | 123 |
| 3.2.2 Políticas Públicas de HIV/AIDS..... | 123 |
| 3.2.3 Descobrimo o HIV/AIDS..... | 125 |
| 3.3 Nuvem de Palavras sobre o HIV/AIDS na Velhice..... | 126 |
| 4. CONCLUSÕES..... | 127 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 128 |

ARTIGO 3 - POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS: PERCEPÇÃO DOS IDOSOS.....131

| | |
|--|------------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 132 |
| 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 133 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 134 |
| 3.1 Perfil do Idoso Participante do CCI..... | 134 |
| 3.2 Análise Prototípica sobre o Significado da AIDS na Velhice para Idosos Participantes do CCI..... | 136 |
| 3.3 Percepções dos Idosos Participantes do CCI sobre o HIV/AIDS na Velhice: Classificação Hierárquica Descendente (CHD)..... | 138 |
| 3.4 Perfil do Idoso Atendido pelo SAE..... | 145 |
| 3.5 Análise Prototípica sobre o Significado da AIDS na Velhice para Idosos Atendidos pelo SAE..... | 147 |
| 3.6 Percepções dos Idosos Atendidos pelo SAE sobre o HIV/AIDS na Velhice: Classificação Hierárquica Descendente..... | 148 |
| 4. CONCLUSÕES..... | 154 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 155 |
| | |
| ARTIGO 4 - HIV/AIDS SOB O OLHAR DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS: FATORES DETERMINANTES, CONSEQUÊNCIAS, ESTRATÉGIAS DE CONVIVÊNCIA E REDES SOCIAIS ACIONADAS..... | 160 |
| 1. INTRODUÇÃO..... | 161 |
| 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 163 |
| 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 163 |
| 3.1 Fatores Determinantes para a Aquisição do HIV/AIDS..... | 163 |
| 3.2 Consequências Vivenciadas após o Diagnóstico..... | 165 |
| 3.3 Redes Sociais Acionadas após o Diagnóstico do HIV..... | 167 |
| 3.4 Estratégias para o Convívio com o HIV/AIDS..... | 171 |
| 4. CONCLUSÕES..... | 173 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 174 |
| | |
| CONCLUSÕES GERAIS..... | 177 |
| | |
| APÊNDICES..... | 180 |

ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E SUA ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

A epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tem se mostrado bastante complexa, representando um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência depende do comportamento humano individual e coletivo, nas diferentes regiões do mundo (UNAIDS, 2015, FIGUEIREDO et al., 2013). Vidal et al. (2009) ressaltam que, desde o surgimento da AIDS, em 1980, mais de 60 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV em todo o mundo.

Vale ressaltar que entre os esforços desenvolvidos em diversos países para a diminuição dos casos de HIV/AIDS, pode-se citar as intervenções educativas e psicoeducativas; programas de prevenção e controle para redução da transmissão vertical; parcerias entre diferentes setores sociais e medicina; disponibilização de preservativos; testagem anti-HIV; acesso gratuito e universal a antirretrovirais e profilaxia pós-exposição. O resultado destas intervenções pode ser visto na queda de 3,1 milhões de novas infecções para 2 milhões, entre 2000 e 2014, registrando uma redução de 35,0% dos casos de HIV/AIDS no mundo (UNAIDS, 2015).

No entanto, segundo o Ministério de Saúde, dos dados registrados no Brasil sobre a doença, os casos com idosos têm se elevado, sendo a maioria do sexo masculino e representando 2,1% do total notificado, tendo como forma predominante de infecção a relação sexual. Conforme Silva et al. (2011), alguns aspectos são apontados para a intensificação da doença na velhice, como: o incremento da notificação de infecção pelo HIV após os 60 anos de idade e o envelhecimento de pessoas que vivem com o vírus.

Araujo et al. (2007) comentam a esse respeito, declarando que, no Brasil, os casos de HIV/AIDS, na faixa etária acima de 60 anos, acontecem predominantemente por transmissão sexual. Em virtude da estigmatização da velhice, é comum pensar o envelhecimento sem sexualidade. Essa percepção ocasiona graves consequências, sobretudo, para a prevenção, pois esta só vai ocorrer caso os familiares e profissionais de saúde estejam atentos para discutir abertamente as formas de prevenção.

Pottes et al. (2007) destacam que, no Brasil, a problemática do envelhecimento e da AIDS passa por uma questão cultural e de exclusão, concentrando-se, principalmente, no

preconceito social relacionado ao sexo nesse segmento populacional. Juntamente a isto, a prevenção às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a AIDS entre os idosos é algo complexo e representa um desafio para as atuais políticas de saúde pública, uma vez que estas concentram sua atenção especialmente para a população jovem, considerada de maior risco.

Além disso, existe o problema da ocultação¹ da doença, principalmente para os familiares, como constatado na pesquisa de Silva (2016), ao afirmar que a maior parte dos idosos entrevistados mantinha sigilo sobre a doença, como estratégia para não vivenciarem situações de preconceito, estigma e, principalmente, mudanças em seu relacionamento com a família. Tal situação fez com que a rede familiar fosse menos acionada, levando a que uma das principais redes de apoio procurada pelos idosos fosse o Serviço da Assistência Especializada (SAE), de uma cidade da zona da Mata Mineira, onde acreditavam receber todo o apoio que precisavam, além de poderem falar de forma clara sobre o HIV. Andrade et al. (2010) esclarecem que essas redes de suporte ou apoio social são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber apoio; ajuda material; serviços e informações; além de permitirem às pessoas crerem que são cuidadas, amadas e valorizadas, em momentos de alguma necessidade; entre outros. Dessa forma, o suporte social se torna importante na medida em que corresponde às necessidades experienciadas pelo próprio idoso, incluindo, nessa perspectiva, uma ampla rede de suporte emocional, informacional e instrumental.

Lopes e Fraga (1998) comentam a esse respeito, afirmando que, ao descobrir o diagnóstico, o indivíduo se percebe em uma situação nova, que demandará o máximo de apoio, por meio de suas redes sociais² de convivência. No entanto, é comum que o paciente não revele de imediato sua soropositividade para os familiares e amigos, por medo do

¹ Para os soropositivos, pode-se dizer que a família é a principal fonte de apoio, sendo que o afastamento desse contato pode gerar grandes prejuízos. Em alguns casos, o que acontece é que o medo do preconceito e do isolamento fazem com que o portador do vírus HIV esconda dos seus familiares o diagnóstico, tornando o enfrentamento da doença um processo solitário, pois acredita, que, se revelar seu diagnóstico será rejeitado pela família, abandonado e discriminado (CARVALHO; PAES, 2011). Assim, Silva (2009) complementa que a principal estratégia adotada pelos idosos é a tática do silêncio, do segredo e da ocultação da doença, como forma de evitar situações de estigma e discriminação, que ocorrem, de forma mais evidente, nas relações familiares e na vida cotidiana, por meio de diversos constrangimentos.

² Segundo Portugal (2006), a categoria redes sociais é usada como um conceito operacional que permite analisar, simultaneamente, a forma e o conteúdo das relações sociais envolvidas na produção de bem-estar. A referida autora identifica três tipos de redes, sendo eles: as redes de íntimos ou “outros significantes”, as redes de interação e as redes de troca.

preconceito e afastamento. Contudo, essa situação acaba por demandar energia, tempo e, sobretudo, potencializar condições, como a ansiedade e a depressão.

Deste modo, para Gomes e Silva (2008), um dos desafios para a prevenção da infecção pelo HIV/AIDS entre os idosos é desmitificar a crença errônea de que estes não estão em risco de contrair o vírus. A falta de consciência dos profissionais de saúde também é uma barreira para a conscientização dos idosos sobre os riscos da doença. Nesse sentido, percebe-se a importância de ações de prevenção e capacitação dos profissionais de saúde, o que possibilitaria que um maior número de pessoas idosas fosse orientada sobre o assunto; diminuindo, assim, a crescente disseminação desta doença nessa faixa etária.

No que se refere ao governo, Valentini e Ribas (2003) destacam certa falta de prioridade e ausência de políticas públicas, uma vez que a proposição de políticas demanda conhecimento de causa e há pouca preocupação com questões da velhice. Assim, observa-se políticas públicas emergenciais e assistenciais, ao invés daquelas de caráter preventivo.

Sampaio e Junior (2006) acrescentam que, por outro lado, sabe-se que um fenômeno, apenas por se caracterizar em termos epidemiológicos, como um problema de saúde pública, não garante sua indicação como prioridade na agenda. E devido a isso, a pressão social é um forte elemento na definição da agenda política, que vai estar intrinsecamente relacionada com o caráter mais ou menos democrático da gestão pública e com a capacidade de organização popular. A fragilidade da participação popular nas definições políticas abre espaço para o poder executivo definir, a partir dos seus interesses, a agenda política e, assim, alguns segmentos, como, por exemplo, os idosos, que não são totalmente contemplados por essas políticas.

Observa-se que esses resultados estão coerentes com aqueles encontrados por Silva (2016), que ressalta a necessidade de se direcionar uma maior atenção para os idosos, uma vez que se observa que essa população ainda não é vista como vulnerável, devido ao fato dos segmentos mais jovens apresentarem números mais expressivos em relação aos casos de infecção pelo HIV/AIDS. Nesse sentido, existe uma escassez de ações governamentais direcionadas para a população idosa, no que se refere ao controle e prevenção da doença. Assim, encaixam o segmento idoso nas ações governamentais direcionadas para todas as faixas etárias e, dessa forma, muitas vezes o próprio idoso não consegue se ver como vulnerável e beneficiário da política/programa.

Garcia et al. (2012) destacam que, mesmo com as garantias previstas na Lei 10.741/2003, que dispõem sobre o Estatuto do Idoso, o preconceito e a negação da sociedade

com relação à velhice ainda existem, o que dificulta a elaboração de políticas públicas direcionadas e efetivadas com base na atenção adequada, individualizada e holística. Esta questão pode ser fortalecida, principalmente, pela inexistência de políticas públicas direcionadas para os idosos com HIV/AIDS, mesmo quando se observam as estatísticas nacionais referentes à incidência dessa doença na população idosa, em que os dados do Ministério da Saúde apontaram um total de 32.167 casos da doença em maiores de 50 anos no Brasil, e destes, 9.918 indivíduos possuíam 60 anos ou mais.

Com respeito ao fenômeno da AIDS, Araujo e Saldanha (2006) destacam que a doença vem se confirmando como uma ameaça à saúde pública e a tendência sugere que, em pouco tempo, o número de idosos contaminados pelo HIV será ampliado significativamente, principalmente devido à vulnerabilidade física e psicológica, além da invisibilidade com que é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual ou uso de drogas ilícitas. Além disso, a falta de campanhas destinadas aos idosos faz com que esta população esteja geralmente menos informada sobre o HIV e menos consciente de como se proteger. Prillip (2004) acrescenta que os próprios idosos se consideram imunes ao vírus, uma vez que pouco ou quase nada se fala a respeito de uma possível disseminação da epidemia entre esse grupo de pessoas. Para muitos, a ideia de contrair o HIV/AIDS em uma idade avançada não existe, porque a informação sobre prevenção é direcionada quase exclusivamente aos jovens e a consciência sobre fatores de risco para idosos é baixa.

Esta concepção sobre a impossibilidade dos idosos de contraírem o HIV/AIDS está associada à forma como é tratado o assunto envelhecimento e sexualidade. Madi et al. (2017) discutiram sobre essa temática ao apresentarem uma leitura sistemática sobre a bibliografia existente na revista “Mais 60 – Estudos sobre Envelhecimento”, no período de 1996 a 2015. Os autores chegaram à conclusão de que o assunto está cercado de preconceitos e tabus, considerando que o envelhecimento está relacionado às perdas e incapacidades, que funcionam, como impedimentos e barreiras para a vivência do desejo e da libido, reforçando os estereótipos construídos em torno do idoso, como “assexuado, incapaz, dependente, intransigente e conservador” (MADI et al. 2017, p.81).

Assim, considera-se que não direcionar a atenção para essa faixa etária está pautado na cultura e regras sociais, que determinam o que é aceitável, e o que deve ser reprimido e vivido. Pressupõe-se que a relação do preconceito com a sexualidade e a velhice; e as atitudes de repressão para a vivência da sexualidade no envelhecimento podem contribuir para uma atenção limitada ao problema que vem se agravando e que pode ser prevenido, através de

campanhas, que falem abertamente sobre a problemática, uma vez que a falta de informação, muitas vezes, é a causa principal de aquisição da doença entre os idosos, visto que há uma complexidade na educação em saúde e uma grande vulnerabilidade que não só limita o acesso ao conhecimento, mas também ao conjunto da sociedade e a forma como lidam com questões de gênero, sexualidade e lugar social do idoso.

Deste modo, é necessária a formulação de políticas públicas direcionadas para o segmento idoso, além da capacitação de profissionais da saúde para abordarem de forma direta sobre essa temática, visando conscientizar os idosos para o uso de preservativos e realização do teste rápido, como forma de detecção do HIV (SILVA, 2016).

Nesse contexto, considerando o significativo aumento dos casos de infecção pelo HIV na velhice, os mitos e preconceitos acerca da sexualidade dessas pessoas e a escassez de informações e políticas públicas preventivas, pressupõe-se que a epidemia da AIDS na velhice seja uma problemática de saúde pública, que necessita de políticas públicas efetivas no que se refere à prevenção e assistência às pessoas que vivem com a doença nesta faixa etária.

Diante do exposto, os principais questionamentos que esta pesquisa pretendeu responder foram: Como é o discurso sobre o idoso em documentos oficiais e na mídia, especificamente, como esse segmento populacional é tratado nesses documentos? Quais os tipos, conteúdos e estratégias das políticas públicas existentes e voltadas para o controle do HIV/AIDS, e como o segmento idoso tem sido contemplado no agendamento político? O que pensam os idosos e os envolvidos na formulação das políticas públicas sobre o HIV/AIDS na velhice? Qual a concepção dos profissionais da saúde e de assistência às pessoas idosas acerca das políticas públicas de prevenção e controle do HIV/AIDS direcionadas para o segmento idoso? Como pode ser caracterizado o perfil dos idosos com HIV/AIDS e quais os fatores intervenientes na aquisição da doença? Quais são as principais redes sociais acionadas para o enfrentamento da doença?

Considera-se que as reflexões sobre os referidos questionamentos podem subsidiar os projetos e ações de enfrentamento da doença, considerada um fenômeno global e complexo, representando um desafio para as políticas de saúde pública.

1.1 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TEMA

A relevância do tema em questão está ligada não somente ao aumento da incidência do HIV/AIDS na população idosa, mas também a fragilidade da efetivação das políticas,

programas e ações de controle e prevenção voltadas para essa faixa etária, que acabam por ocasionar uma maior vulnerabilidade frente ao HIV, uma vez que devido à falta de informação, os idosos tendem a não se prevenir e assim tornam-se mais propícios a adquirir o vírus.

Observa-se também um reduzido número de estudos que enfatizem, especificamente, a escassez de políticas públicas de HIV/AIDS para os idosos. Uma pesquisa que debateu sobre essa temática foi a de Jardim (2012), no estudo intitulado “O HIV na Terceira Idade: O lugar designado ao Idoso nas Políticas Públicas em HIV/AIDS e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática”, quando buscou investigar as políticas públicas em HIV/AIDS destinadas aos idosos, analisando os discursos e os dispositivos de saber/poder que as constituem, problematizando as concepções dos profissionais de saúde, no que se refere à AIDS na terceira idade e como tem sido sua atuação profissional diante dessas políticas. Os resultados deste estudo evidenciaram a carência de políticas públicas de prevenção e assistência específica para a questão AIDS na terceira idade; ou seja, não há uma preocupação com os aspectos preventivos e assistenciais referentes à doença, sugerindo que esta problemática seja invisível aos órgãos competentes e à sociedade.

Alencar (2012), por sua vez, em seu estudo denominado “O Idoso Vivendo com HIV/AIDS: a Sexualidade, as Vulnerabilidades e os Enfrentamentos na Atenção Básica”, procurou analisar as vulnerabilidades e os enfrentamentos dos idosos vivendo com HIV/AIDS, na atenção básica de saúde. Para tanto, seu estudo foi realizado no município de Botucatu, em todas as unidades de saúde que adotavam a Estratégia Saúde da Família e no Hospital-dia HIV/AIDS, da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista, onde participaram 11 idosos vivendo com HIV, 12 médicos e 11 enfermeiros. Esta autora concluiu que são necessários esforços dos órgãos de saúde, por meio de programas específicos e de profissionais de saúde qualificados, que devem considerar o olhar sobre o idoso, incluindo sua sexualidade, para que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida deste segmento populacional.

Por fim, no estudo intitulado “Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura”, Santos e Assis (2011) tiveram como objetivo identificar, conforme a revisão não sistemática da literatura, no período de 1999 a 2009, os motivos da incidência do HIV/AIDS na terceira idade. Para tanto, esses autores realizaram buscas nas bases de dados Lilacs, Medline, Scielo e Pubmed, além de publicações do Ministério da Saúde, OMS e Organização

Panamericana de Saúde. Os referidos autores concluíram que é necessário que os profissionais de saúde percebam os idosos como vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV e que as particularidades e singularidades da terceira idade, no âmbito das ações programáticas e cuidado ao idoso com HIV/AIDS, sejam contempladas.

Nessa perspectiva preventiva, é importante destacar que um fator preponderante são as redes sociais, como forma de manter os idosos informados sobre as formas de contágio e como se prevenir do HIV. Vale ressaltar que adquirir o HIV na velhice é uma condição estressante que acaba por acelerar a progressão do HIV/AIDS, aumentando a replicação viral e suprimindo a resposta do sistema imunológico, além de levar o indivíduo soropositivo a enfrentar problemas, como depressão, isolamento, estigmatização e discriminação, que podem levar a eventos traumáticos de vida (OKUNO et al., 2014).

Assim, a maioria dos estudos ressalta a necessidade de programas e profissionais de saúde que estejam preparados e que direcionem o olhar para o idoso, considerando a sua sexualidade. Além disso, destaca que sejam levadas em conta as percepções dos idosos e dos demais sujeitos envolvidos com o processo de construção e alcance das políticas públicas direcionadas ao controle e prevenção do HIV/AIDS na velhice, que é o objeto de estudo da pesquisa em questão.

Pressupõe-se que no processo de agendamento das políticas públicas de prevenção do HIV/AIDS, as representações e os valores dos atores envolvidos podem intervir e, assim, deixar de lado as pessoas a partir dos 60 anos, pelo fato do idoso não ser visto como sexualmente ativo. Essa pressuposição, nesse contexto, justifica a temática deste trabalho que associa as categorias analíticas: Políticas Públicas e Redes Sociais.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de construção e alcance das políticas públicas destinadas aos idosos com HIV/AIDS, considerando as percepções dos atores sociais envolvidos sobre a temática em questão, examinando o significado da doença, fatores determinantes, redes sociais envolvidas, estratégias de ação e suas implicações.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Examinar como o idoso é visto em documentos oficiais e na mídia, focando na agenda das políticas públicas quanto ao envelhecimento e, em especial, quais os tipos, conteúdos e estratégias de ação das políticas/programas de enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS, destinados aos idosos.
- Compreender as percepções dos profissionais de saúde e atendimento ao idoso sobre o significado da AIDS, bem como sobre o processo de construção e alcance das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS na velhice;
- Identificar o perfil socioeconômico dos idosos com e sem HIV, bem como suas representações sobre o significado da AIDS na velhice e as políticas/programas de prevenção e controle do HIV/AIDS;
- Examinar os fatores determinantes para a aquisição do HIV/AIDS, as consequências vivenciadas após o diagnóstico, bem como as principais redes sociais acionadas e as estratégias para o convívio com a doença.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Procurou-se na revisão de literatura, apresentar as perspectivas teórico-conceituais que nortearam esse estudo. Iniciou-se a discussão com o processo de construção social das políticas públicas, com enfoque no processo de agendamento político; em seguida, abordaram-se as políticas públicas e o envelhecimento populacional. E, por fim, procurou-se discutir sobre as políticas públicas de HIV/AIDS, de forma geral e na velhice.

2.1 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Política pública é o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder, constituídas pelos grupos da sociedade civil (BONETI, 1997). De acordo com Rocha (2014), as políticas públicas fazem correspondências às orientações e disposições do governo, mediante das mais diversas decisões nas esferas sociais, influenciando a população direta ou indiretamente, no âmbito pessoal, profissional, social e, também, educacional.

Secchi (2010, p. 2) esclarece que,

“Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Vejamos esta definição em detalhe: uma política pública é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém; as atividades ou passividades decorrentes dessa orientação também fazem parte da política pública; uma política pública possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante” (SECCHI, 2010, p.2).

Conforme Souza (2006, p. 26) pode-se “resumir política pública, como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente)”. Dessa forma, a formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações, que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Soares e Alves (2015) destacam que, baseado no pensamento racionalista, ainda na década de 1950, iniciam-se os primeiros movimentos teóricos de normatização e organização dos estudos das políticas públicas. Dentre esses teóricos, Harold Lasswell destaca-se como um dos pioneiros e considera que o principal objetivo da “police sciences” é aumentar a racionalidade no fluxo de decisão e, dessa forma, propõe que se estude e analise certa política pública governamental dividindo-a em sete fases: informação, promoção, prescrição, invocação, aplicação, término e avaliação.

Para Capella et al. (2014), no início de 1980, começaram a surgir novos modelos que buscaram explicar o complexo processo de políticas públicas. Assim, nesse cenário, agrega-se à discussão os modelos propostos por John Kingdon (1984), Sabatier (1988) e Frank Baumgartner-Bryan Jones (1993). Atualmente, essas construções teóricas são as mais usadas, pois oferecem uma abordagem mais orgânica, além de possibilitarem uma melhor compreensão do complexo campo das políticas públicas.

Viana (1996) ressalta que as políticas públicas se constituem em um processo dinâmico, em que interagem uma diversidade de atores e intenções, jogos de poder, recursos financeiros, estruturas políticas e sociais, entre outros, não sendo apenas resultado de definições restritas ao campo político e da execução dessas, restritas ao campo administrativo.

Vale ressaltar que, na esfera das políticas públicas, não se costuma falar em atores políticos, em termos gerais e abstratos, haja vista esses atores estarem comumente vinculados a uma determinada área de políticas públicas, a uma questão de políticas públicas ou a uma política pública em si. Acrescenta-se que os atores operam em todo o processo da política

pública, guiados por seus interesses e valores, sejam eles quais forem (RUA; ROMANINI, 2013).

As políticas públicas constituem, portanto, respostas a determinados problemas sociais, formadas a partir das demandas e tensões geradas na sociedade. De acordo com Sampaio e Araújo (2006), os problemas precisam ter magnitude e relevância social, bem como poder de barganha suficiente para serem postos na agenda de prioridades de um determinado órgão fomentador de políticas, que pode ser estatal ou não.

Rocha (2014) relata que a identificação de diferentes problemas, discriminações, preconceitos e mazelas existentes na sociedade justificam a formulação e a implementação de políticas públicas, definindo assim, uma agenda de trabalho. Essas questões de interesse geral da sociedade política e civil carecem de discussões públicas e de reflexões, a partir das quais são originadas as intervenções sociais, destinadas a reduzir os problemas sociais.

Segundo Muller e Surel (2002),

“Uma política pública é formada inicialmente, por um conjunto de medidas concretas que constituem a substância “visível” da política. Esta substância pode ser constituída de recursos: financeiros (os créditos atribuídos aos ministérios), intelectuais (a competência que os atores das políticas são capazes de mobilizar), reguladores (o fato de elaborar uma nova regulamentação constitui um recurso novo para os tomadores de decisão), materiais. Ela é também constituída de “produtos”, isto é, de *outputs* reguladores (normativos), financeiros, físicos” (MULLHER; SUREL, 2002, p. 13).

Dentro dessa perspectiva, uma política pode ser apresentada em momentos ou etapas, que, na visão de Viana (1996), seriam quatro fases que se interpõem, sendo elas:

➤ **A Construção da Agenda:** onde são estabelecidas as prioridades, sendo definidas as ações estratégicas. Neste sentido, articulam-se diversos elementos, desde recursos até pressões sociais, em que o primeiro diz respeito à disputa decisória, na qual fatores, mais ou menos relevantes, ganham força conforme o interesse dos formuladores da política. Grande parte das políticas públicas é desenvolvida a partir de preferências, orientações e expectativas dos formuladores de políticas; ou seja, na maioria das vezes, é o governo executivo que, a partir de suas próprias convicções e interesses, determina a agenda política. O segundo ponto importante para a compreensão da construção da agenda está relacionado ao espaço político e temporal de uma gestão, em que o impacto da mudança do poder executivo na definição e implantação das políticas públicas é de grande relevância, uma vez que, com a mudança de governo, as políticas podem ser mantidas, redefinidas ou mesmo paralisadas.

Por fim, o terceiro ponto relevante para a compreensão da construção da agenda se refere à participação social e à democracia, na qual o poder da pressão social é um forte elemento na definição da agenda política, que vai estar, intrinsecamente, relacionado com o

caráter mais ou menos democrático da gestão pública e da capacidade de organização popular. Além desses três pontos identificados, por Viana (1996), cabe ainda ressaltar a relevância do incentivo financeiro para a definição das prioridades na construção de uma agenda política.

➤ **A Formulação e Tomada de Decisão da Política**: é o momento no qual é pensado e definido o que será realizado. É um processo teórico, no qual estão atrelados interesses políticos, pressão de grupos sociais, disponibilidade de recursos e a própria experiência. A formulação da política se estrutura nos seguintes processos: percepção da necessidade; elaboração de um plano preliminar; equacionamento do problema do financiamento; plano detalhado; aprovação institucional; implementação e *feedback*.

Segundo Frey (2000) é nesta etapa que é realizado um inventário das possíveis soluções para o problema público, sendo que se trata da etapa em que a alternativa mais apropriada será escolhida dentre as várias opções de ação disponíveis. Secchi (2010) acrescenta que, nesta etapa, as soluções são construídas a partir do estabelecimento de objetivos e estratégias, assim como do respectivo estudo das potenciais consequências de cada alternativa, de tal modo que “é o momento em que são elaborados métodos, programas, estratégias ou ações que poderão alcançar objetivos estabelecidos” (SECCHI, 2010, p. 37).

Dessa forma, considerando que cada objetivo proposto poderá ser atingido por diferentes modos, Secchi (2010) aponta que os “*policy makers*” podem adotar pelo menos quatro mecanismos de indução de comportamento: premiação (quando os comportamentos são incentivados por meio de estímulos positivos, como recompensas); coerção (quando os comportamentos são influenciados por meio de estímulos negativos, como, por exemplo, punições); conscientização (ações de cunho educativo e de apelo senso de dever moral); e soluções técnicas (quando os comportamentos são influenciados de alguma forma indireta).

Quanto ao processo de tomada de decisão, na visão de Rua (2012), este pode ocorrer mediante três formas: a) modelo incremental, que significa a tentativa de solucionar problemas de maneira gradual, sem introduzir grandes modificações nas situações já existentes e sem provocar rupturas de qualquer natureza, assim, a melhor decisão não é aquela que maximiza os valores e objetivos dos tomadores de decisão, mas aquela que oferece menos dificuldade e assegura o melhor acordo entre os interesses envolvidos; b) modelo racional-compreensivo, que não se distingue apenas pelo maior alcance e pela maior proporção de recursos alocados, sendo que a diferenciação se dá, também, pela própria lógica que orienta os tomadores de decisão; c) *mixed-scanning*, que se diferencia inicialmente pelo reconhecimento de que as decisões não são todas da mesma natureza, podendo existir decisões estruturantes,

como aquelas que estabelecem os rumos básicos ou diretrizes fundamentais das políticas públicas em geral e proporcionam o contexto para as decisões ordinárias; além das decisões ordinárias, que decorrem das decisões estruturantes e envolvem análise detalhada das alternativas específicas, porém sem o rigor técnico do modelo racional-compreensivo.

➤ **A Implementação da Política**: é a etapa de concretização das escolhas feitas pelos “*policy makers*”, uma vez que “é o ato de escolha de qual das alternativas políticas será, finalmente, tomada como a linha de ação prioritária para enfrentamento do problema original” (SILVA, 2012, p.74). É durante a implementação que ocorrem disputas, pressão social, interesses individuais dos atores envolvidos, além das interferências por falta de recursos, entre outros, a partir dos quais são redefinidas as prioridades, metas e ações (VIANA, 1996). Enfim, dependem dos recursos de poder e das regras do jogo político.

De acordo com Lima e D`Ascenzi (2013), o processo de implementação pode ser examinado por meio de três enfoques: “top-down” (ou desenho prospectivo), “bottom-up (ou desenho retrospectivo) e enfoque interativo. Sampaio e Araújo (2006) acreditam que, na formulação e implementação de uma determinada política pública, entram em jogo questões tanto de ordem objetiva, relacionadas com equipamentos públicos, serviços, disputas políticas, locação de recursos; como também questões subjetivas, em termos das concepções de sujeitos sociais, cidadania e inclusão, sendo que essas determinações encontram-se intimamente relacionadas, e juntas refletem o perfil da administração pública.

➤ **A Avaliação da Política**: deve-se compreender o processo avaliativo como uma ferramenta de planejamento, monitoramento e acompanhamento de uma política, permitindo ao gestor compreender sua realidade e se posicionar em relação à mesma. A avaliação pode ser investigativa, quando realizada antes da implementação da política, objetivando o cálculo do seu custo-efetivo e custo-benefício, que demonstra a eficiência da política. Quando a avaliação é realizada durante o processo de implementação da política, há a avaliação de processo, examinando-se sua eficácia, ao comparar objetivos/metapas previstas com aquelas alcançadas. Por fim, a avaliação de impacto, que é realizada após a implementação da política, considerando a efetividade de seus efeitos e implicações sobre a população atendida/beneficiária.

Nesse sentido, Arretche (1998) destaca que a avaliação de políticas públicas pode ser distinguida em termos de sua efetividade, eficácia e eficiência, sendo que, como efetividade, entende-se o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados; ou seja, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança

nas condições sociais prévias da vida das populações atingidas pelo programa sob avaliação; já sobre eficácia, entende-se a avaliação da relação entre os objetivos e instrumentos explícitos planejados de um dado programa e seus resultados efetivamente alcançados; e, por fim, a eficiência é entendida como a avaliação da relação entre o esforço ou custo despendido na implementação de uma dada política e os resultados ou benefícios alcançados.

2.1.1 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO AGENDAMENTO POLÍTICO

O estudo em questão tem como principal foco o processo de construção do agendamento político, considerado por Rua (2012), como umas das mais importantes fases do ciclo político, especialmente porque mobiliza fortes recursos de poder.

Segundo Baptista e Rezende (2015), algumas perguntas se tornam pertinentes na hora de analisar a montagem da agenda, sendo elas: Como os temas ganharam atenção dos governos? Que problemas foram reconhecidos pelos governantes como relevantes? Como as alternativas para estes temas foram geradas? Como a agenda governamental se constituiu? Por que e quando uma idéia emergiu? Dessa forma, pode-se ressaltar que os problemas vão constituir o ponto de partida para a geração de uma política pública.

Além disso, outro fator que influi na formação da agenda de políticas, de acordo com Rua (2012), é o processo de evidenciação de temas, que varia de acordo com:

- “O reconhecimento da existência de problemas, a partir de eventos momentâneos, da forma de manifestação das demandas, das crises e das informações sobre os eventos (indicadores, estatísticas, pesquisas e outras fontes);
- A proposição de políticas, que é afetada pela ação dos atores visíveis, dos atores invisíveis e das comunidades políticas. Ou seja: nas organizações governamentais, no meio acadêmico, nos partidos políticos ou nas organizações da sociedade, costumam já existir propostas que viabilizam a solução de determinados problemas;
- O fluxo da política, que envolve o clima ou sentimento nacional com relação aos governos e aos temas, as forças políticas organizadas e a disputa interpartidária e eleitoral” (RUA, 2012, p. 67).

Rua (2012) acrescenta que, para um melhor entendimento do complexo processo de formação da agenda, alguns aspectos relativos às demandas devem ser considerados em maior detalhe, uma vez que nem todas as demandas são iguais, nem cumprem a mesma trajetória. Basicamente, as demandas podem ser distinguidas em três tipos:

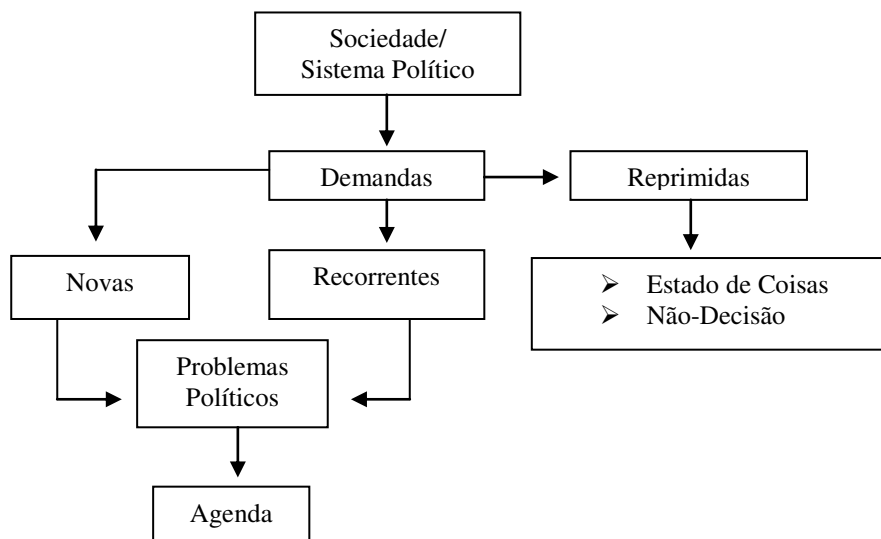
➤ **Demandas Novas:** resultam da mudança social e/ou tecnológica, do surgimento de novos atores políticos ou de novos problemas, onde novos atores são aqueles que já existiam no subsistema político, mas não eram suficientemente organizados; já novos problemas, são

aqueles que existiam ou não efetivamente antes, ou que existiam apenas como “estado de coisas”, pois não chegavam a pressionar o subsistema político e se apresentam como problemas políticos a exigirem solução;

➤ **Demandas Recorrentes:** expressam problemas não resolvidos ou mal resolvidos, e que estão sempre voltando a aparecer no debate político e na agenda governamental;

➤ **Demandas Reprimidas:** que correspondem a “estados de coisas” ou “não decisões”, sendo que um “estado de coisas” é uma situação que se arrasta durante um tempo razoavelmente longo, incomodando grupos de pessoas e gerando insatisfações, sem, entretanto, chegar a mobilizar as autoridades governamentais; ou seja, trata-se de uma situação que incomoda, prejudica, gera insatisfação para muitos indivíduos, mas não chega a constituir um item da agenda governamental, pois não se encontra entre as prioridades dos tomadores de decisão, como pode ser visto na Figura 1.

FIGURA 1 – Demandas e Formação da Agenda Governamental



Fonte: Rua (2012).

Rua (2012) ainda ressalta que para que um “estado de coisas” se torne um problema político e passe a figurar como um item da agenda governamental é necessário que apresente pelo menos uma das seguintes características:

➤ **Mobilize Ação Política:** seja ação coletiva de grandes grupos, seja ação coletiva de pequenos grupos dotados de fortes recursos de poder, seja ação de atores individuais estrategicamente situados;

➤ **Constitua uma Situação de Crise, Calamidade ou Catástrofe:** de maneira que o ônus de não dar uma resposta ao problema seja maior que o ônus de ignorá-lo;

➤ **Constitua uma Situação de Oportunidade:** uma situação na qual algum ator relevante perceba vantagens, a serem obtidas com o tratamento daquele problema.

Assim, como pontua Pinto (2008), é importante ressaltar que a inclusão de problemas na agenda dos governos envolve uma série de etapas, que tem início com o “acatamento” de um assunto pelo governo, podendo-se identificar, assim, a forma como ele chega ao debate público e como captura a atenção dos elaboradores da política; ou seja, a definição da agenda, que gera opções de política pública. Em seguida, torna-se necessária a legitimação da decisão, momento no qual se busca apoio político dos atores envolvidos com a política pública, para a obtenção da sua aprovação. E finalmente, implementa-se a política formulada, mediante da operacionalização em programas e projetos pelas áreas competentes.

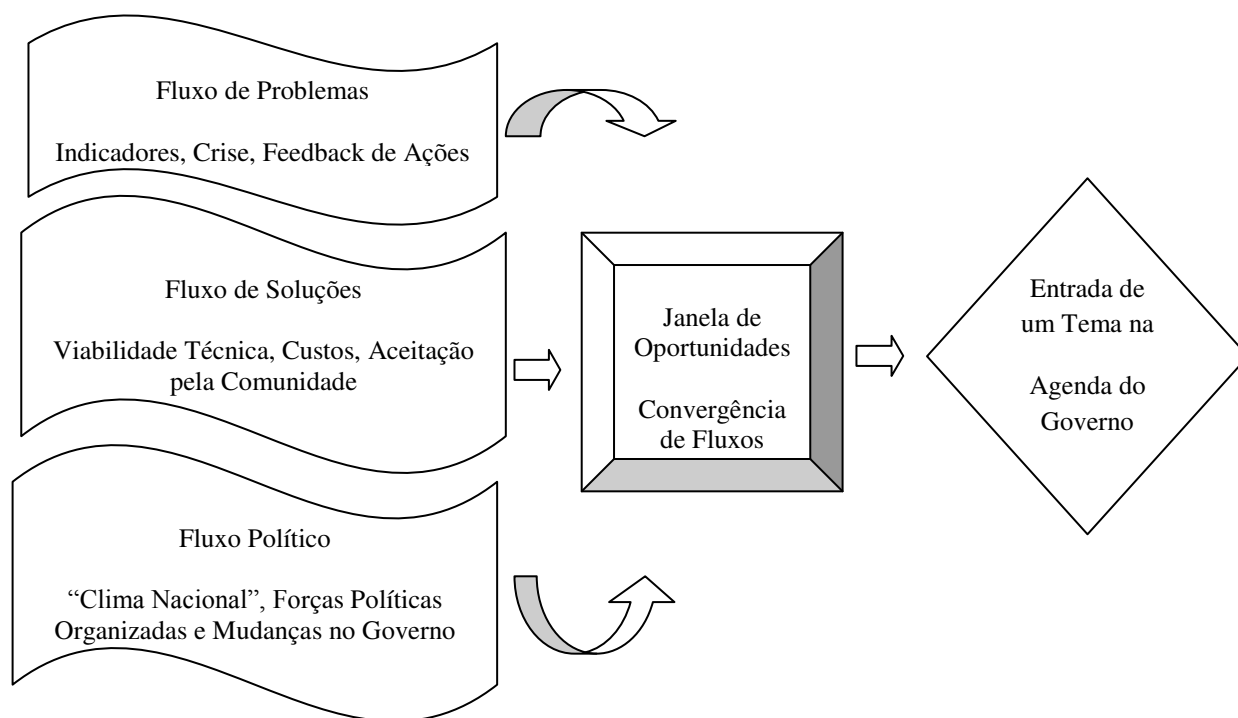
Muller e Surel (2002) complementam que, para um problema ser inscrito na agenda, ele deve estar integrado de fato às formas e às lógicas de funcionamento do aparelho político-administrativo, por vezes ao preço de requalificações mais ou menos substanciais. O fator mais imediato que é suscetível de pesar sobre a colocação na agenda reside na influência das formas institucionais próprias aos atores político-administrativos envolvidos.

Pinto (2008) também destaca que a explicação acerca da incorporação de determinado item na agenda do governo, pode estar baseada em uma perspectiva pluralista ou etilista. Na primeira perspectiva, os itens da agenda provêm de fora do governo e de uma série de grupos de interesse, sendo que as questões podem alcançar a agenda, mediante da mobilização de grupos relevantes. Já na segunda perspectiva, a explicação privilegia o entendimento de que há um tipo de estabelecimento fechado dentro da determinação da agenda pelo governo, que opera por meio da difusão de idéias nos círculos profissionais e entre as elites, que decidem ou influenciam a política pública.

Vale ressaltar que é na fase de colocação na agenda que se determina, em parte, a configuração dos atores, dito de outro modo, seus recursos, seus modos de estruturação e de ação, assim como a natureza de suas relações, que se formam e/ou se operacionalizam, com efeito, os valores, as representações e as crenças, que fundam uma matriz paradigmática particular (MULLER; SUREL, 2002).

Neste sentido, a inclusão de um tema na agenda política depende da sua janela de oportunidades, apresentada por Kingdon, segundo Baptista e Rezende (2015), que reconhece a existência de fluxos, como apresentado na Figura 2.

FIGURA 2 - Janela de Oportunidades: Convergência dos Fluxos do Processo Decisório para Entrada de Temas na Agenda do Governo



Fonte: Kingdon, citado por Baptista e Rezende (2015).

Assim, na montagem da agenda, Kingdon destacou três fluxos, que são:

➤ **Fluxo de Problemas:** que se remete às condições sociais e à forma como cada condição desperta a necessidade de ação. Os problemas podem ser percebidos a partir de indicadores, eventos, crises e símbolos ou no *feedback* de ações governamentais. Um problema, quando identificado por dados quantitativos, por crises ou pelo retorno de ações governamentais, assume grande importância no debate de formulação de políticas, contribuindo para a construção de argumentos em favor de uma política que busque resolver tais questões; no entanto, a evidência dos problemas não é capaz de isoladamente influenciar a tomada de decisão, exigindo uma articulação com os demais fluxos;

➤ **Fluxo de Alternativas e Soluções:** que compreendem propostas rotineiramente elaboradas por especialistas, funcionários públicos, grupos de interesse, entre outros. Estes diferentes grupos mobilizam comunidades de políticas, que se envolvem com determinados temas e aguardam o surgimento de oportunidades para propor soluções para os problemas. As alternativas e soluções estão disponíveis e quando surgem os problemas passam por um processo competitivo de seleção, para a efetiva consideração no processo decisório das políticas;

➤ **Fluxo Político:** que envolve a dimensão da política “propriamente dita”, na qual as coalizões são construídas a partir de barganhas e negociações. Neste fluxo, três elementos exercem influência sobre a agenda governamental: o “clima” ou “humor” nacional; as forças políticas organizadas; e mudanças no interior do próprio governo.

Os três fluxos anteriormente citados estabelecem as “janelas de oportunidades” (“*policy windows*”), possibilitando a formação de políticas públicas ou mudanças nas políticas existentes.

Assim, a não-decisão pela inclusão de certos temas na agenda política significa que determinadas temáticas que ameaçam fortes interesses ou que contrariam os códigos de valores de uma sociedade encontram obstáculos diversos e de variada intensidade à sua transformação de estado de coisas a problema político, ocorrendo, portanto, impedimentos à sua inserção na agenda governamental (RUA; ROMANINI, 2013).

Deste modo, como comenta Rocha (2014), após a definição da agenda, são analisadas as alternativas possíveis para a solução do problema público, para, em seguida, serem elaborados programas, projetos e ações que continuamente devem ser avaliados por meio de um sistema de acompanhamento, buscando a solução para o problema que originou todas as atividades, avaliando os processos, produtos e os impactos ocasionados. Ou seja, são estabelecidas leis, diretrizes, planos, resoluções, estatutos e demais decisões oriundas do poder público.

É importante destacar que, como comentam Sampaio e Araújo (2006), mesmo as políticas públicas buscando apaziguar as tensões, elas não conseguem eliminar o conflito social. Caso o fizessem, estariam, em última instância, predizendo uma sociedade utópica. O conflito existe, e dele se mantém a dinâmica social. Daí a relevância da contínua negociação de interesses dos diversos segmentos sociais e, conseqüentemente, do controle social e da participação e organização da sociedade civil.

2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

No contexto brasileiro atual, no qual é registrado grande contingente de pessoas idosas, observa-se uma demanda social em diferentes aspectos, entre os quais se destacam: previdência social, moradia, saúde, cultura, trabalho e educação (ROCHA, 2014). Oliveira (2011), apud Rocha (2014), complementa que, quando os direitos elementares passam a não

ser respeitados, surge a necessidade de ações governamentais que supram esta carência, destacando-se as políticas públicas.

Assim, apesar de o envelhecimento populacional ser visto como uma das principais conquistas sociais do século XX percebe-se, também, que este traz consigo grandes desafios para as políticas públicas (JARDIM, 2012); em que, segundo Alves (1995), um dos mais importantes é garantir que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra ininterruptamente, fundamentando-se em princípios capazes de assegurar tanto um patamar econômico para a manutenção da dignidade humana, quanto a igualdade entre os diferentes grupos etários na divisão dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.

Camarano e Pasinato (2004) esclarecem que os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações dos países desenvolvidos começaram a ganhar expressão na década de 1970, tendo como objetivo a manutenção do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da perda de sua autonomia. No Brasil, como em outros países em desenvolvimento, a questão do envelhecimento populacional soma-se a uma ampla lista de questões sociais não-resolvidas, tais como, a pobreza e a exclusão de crescente contingente da população, além do elevado nível de desigualdade vigente na sociedade.

Ainda, segundo as referidas autoras, a sociedade civil, no entanto, se empenhou e teve fortes influências na implementação de duas iniciativas da década de 1960, que merecem destaque, devido ao seu impacto no desenvolvimento das políticas brasileiras para a população idosa. A primeira delas foi à criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em 1961, que passou a estudar este processo, levando em consideração todos os aspectos biopsicossociais do envelhecimento e não somente os fatores físicos, estimulando iniciativas de apoio à velhice, por meio da formação de parcerias com outras organizações interessadas na temática.

A segunda iniciativa ocorreu em 1963, por iniciativa do Serviço Social do Comércio (SESC), contra o desamparo e a solidão entre os idosos. A ação revolucionou o trabalho de assistência social aos idosos, sendo determinante na propagação de uma política direcionada a esse segmento populacional (CAMARANO; PASINATO, 2004).

Então, por meio da Constituição e dos debates internacionais sobre a população idosa, em 4 de janeiro de 1994, foi aprovada a Lei 8.842, que institui a Política Nacional do Idoso (PNI). Esta, além de estabelecer competências das entidades e dos órgãos públicos, estimulou a articulação e a integração dos ministérios afins a essa política para a elaboração de plano

governamental em nível nacional. Essa política é operacionalizada de forma descentralizada, articulada com outras políticas direcionadas aos idosos em nível estadual e municipal e em parceria com a sociedade (OTTONI, 2012).

Porém, como relatado por Jardim (2012), a PNI foi questionada pela sociedade através de inúmeras discussões ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentado, professores universitários, profissionais da área de Gerontologia e Geriatria, dentre outras entidades representativas dessa temática. A partir dessas discussões foi elaborado um documento que se transformou no texto base da política. Então, dentro da PNI, foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Idoso, através da Portaria nº 1.395/99, tendo como diretrizes básicas: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; bem como o apoio a estudos e pesquisas.

Otoni (2012) destaca que, após seis anos de tramitação no Congresso, foi sancionada a Lei Federal nº 10.741, em 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, regulamentando os direitos dos idosos com idade igual ou superior a 60 anos, para que pudessem ter acesso a tratamento integral e de longo prazo, com medidas destinadas à melhoria do bem-estar. Além disso, tem como objetivo promover a igualdade e a justiça social para a população idosa mais fragilizada.

Para Jardim (2012), apesar das políticas direcionadas para os idosos terem representando grande avanço no que se refere aos seus direitos, ainda existem situações em que esses direitos garantidos nas políticas não são atendidos como deveriam e, além disso, é evidente em nossa sociedade, que os conceitos juventude e envelhecimento parecem estar em oposição, o que conduz a uma frequente idealização do jovem e depreciação do idoso. Rocha (2014) complementa que, mesmo que a legislação brasileira seja considerada uma das melhores do mundo, o que se percebe hoje é que as políticas públicas voltadas para o idoso ainda estão longe de proporcionar uma melhor qualidade de vida para os que fazem parte da chamada terceira idade; pois, ainda existe uma carência de políticas públicas específicas direcionadas para os idosos. Assim, pode-se dizer que as leis existem sim, mas falta interesse e disposição para colocá-las em ação, como é o caso das Políticas Públicas de HIV/AIDS para idosos.

2.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS

O surgimento da AIDS, como epidemia, ocorreu mundialmente no final da década de 1970, sendo os primeiros casos detectados nos Estados Unidos, Haiti e na África Central (SOUSA et al., 2012). No Brasil, a AIDS surgiu na década de 1980, no contexto da redemocratização do país e do estado burocrático-autoritário imposto pela ditadura militar (PEREIRA; NICHIATA, 2011).

Para Marques (2002), a epidemia da AIDS emergiu em uma época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e saber médico modernos, suscitando comportamentos e respostas coletivas, nas quais estão inseridas as estratégias políticas oficiais em seus diversos contextos.

Brasil (2008) ressalta que, no momento do surgimento da AIDS, o país passava por diversas transformações político-sociais, que influenciaram as decisões e os direcionamentos das ações políticas no campo da saúde e, mais especificamente, da AIDS. Podem ser apontados como marcos históricos: a reforma sanitária, a Conferência Nacional de Saúde, a criação do SUS e todas as conquistas do movimento de saúde na elaboração da Constituição Federal Brasileira, de forma a garantir que o direito dos cidadãos brasileiros à saúde fosse assegurado.

Marques (2002), por sua vez, destaca que a AIDS surge no Brasil como um problema de saúde, que evoluiu demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais e, ao mesmo tempo, constituiu-se como um espaço metodológico relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública.

Segundo Santos et al (2002), embora, inicialmente, o HIV fosse vinculado aos homens que fazem sexo com outros homens, particularmente nos países industrializados e na América Latina, o vírus se disseminou rapidamente entre os diversos segmentos da sociedade, alcançando pouco a pouco mulheres, crianças e homens com prática heterossexual. Essa disseminação se deu não só de forma sexual, mas também pela via sanguínea, por meio do compartilhamento de seringas e agulhas por usuários de drogas injetáveis, em transfusões de sangue e hemoderivados e, ainda, pela via materno-infantil, na medida em que as mulheres foram sendo atingidas.

Vidal et al. (2009) destacam que a construção das políticas públicas de HIV foi iniciada com as primeiras informações sobre os registros de casos, os quais geraram reações de estigmatização sobre a doença, frente à primeira pandemia após a conquista dos direitos

humanos. Em defesa dos direitos das pessoas afetadas pelo HIV/AIDS, observou-se forte organização de segmentos da população na definição e implementação das políticas públicas voltadas para o combate da AIDS.

De acordo com Sampaio (2006), em 1985, foi estruturado o Programa Nacional e, em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Programa Especial de AIDS. Neste ano, o programa brasileiro organizou reuniões macro regionais e desenvolveu estratégias, diretrizes e ações programáticas, articuladas nacionalmente. Simultaneamente, em 1986, é realizada a VIII Conferência de Saúde, sendo proposto o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado na Lei 8.080, em 1990. A VIII Conferência representou o fortalecimento democrático, com grande participação popular, procedida por pré-conferências municipais e estaduais.

Nos anos seguintes, de acordo com Camargo (1999), apud Sampaio (2006), o Programa Nacional se ampliou e, em 1987, articulou-se com o Ministério da Educação e, posteriormente, em 1988, com a Ordem dos Advogados, Ministérios do Trabalho e da Justiça, Universidades e ONG`s. Entretanto, a AIDS continuou sendo, de fato, uma questão do setor saúde, não sendo incorporada por nenhum outro setor. Assim, nem a educação, apesar dos pedidos sociais, conseguiu inserir, sistematicamente, um programa de prevenção de IST e AIDS no currículo escolar.

No Brasil, a adoção de políticas públicas de saúde voltadas à epidemia da AIDS aconteceu em paralelo a mudanças políticas importantes, como a aprovação da nova Constituição Federal em 1988 e, especificamente, no campo da saúde, a aprovação do SUS. Nessa época, o sistema de saúde brasileiro começou a distribuir medicamentos específicos para as doenças oportunistas e a zidovudina (AZT), a qual abriu nova perspectiva terapêutica, ao ampliar o tempo de sobrevivência do paciente com HIV/AIDS. Além disso, ainda em 1988, a Organização Mundial da Saúde (OMS) designou o dia 1º de dezembro como o dia internacional de luta contra a AIDS, como parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global. Esta data também passou a ser notada no Brasil, criando-se uma oportunidade para divulgar informações sobre a AIDS e realizar campanhas educativas (VILLARINHO et al., 2013).

Rocha (1999) destaca que o período que vai de 1986 até 1990 é caracterizado pela organização de uma estratégia global, coordenada pelo Programa Global de AIDS da OMS e envolvendo várias agências de financiamento. De fato, esta foi a primeira vez na história da OMS, em que foi proposta uma estratégia com esta amplitude, abrangendo todas as áreas do

planeta. Além disso, esta estratégia definia que “o componente mais importante dos Programas Nacionais de AIDS era a informação e educação...[com] os indivíduos, governos, a imprensa e todos os setores tendo um papel primordial na prevenção da infecção do HIV”. Assim, qualquer medida de discriminação e isolamento ao portador do HIV/AIDS foi completamente afastada.

Cezar e Draganov (2014) ressaltam que a década de 1990 foi marcada por grandes avanços em relação aos direitos do portador de HIV. No ano de 1993, o HIV passou a fazer parte do Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN) e, neste mesmo período, o total de casos de HIV era de 16.760 pessoas.

Segundo Carvalho et al. (2008), no final do século XX, a pandemia de AIDS caracterizou-se como uma das mais graves doenças do período. Em face desta realidade, se fez necessária a prática de ações voltadas à promoção da saúde e à assistência da clientela. Como um dos mais sérios problemas de saúde pública mundial e mais frequente a ser enfrentado pelos profissionais de saúde, pelos governos e pela comunidade científica, o acompanhamento da doença representou um desafio em diferentes aspectos, como as dificuldades de um tratamento efetivo e as barreiras da adesão ao regime terapêutico.

Jardim (2012) destaca que, em 1993, com a assinatura do acordo com o Banco Mundial viabilizou-se o Projeto AIDS I, com vigência de 1994 a 1998, o qual determinou o caminho das políticas de enfrentamento da epidemia neste período, desdobrando-se, posteriormente, em outros empréstimos, denominados AIDS II e AIDS III. Dessa forma, o Programa Nacional de AIDS passou a ser o principal financiador dos projetos a serem desenvolvidos em todo o país, oferecendo novas possibilidades de prevenção e controle da doença.

A partir desse período dos empréstimos e de reorganização do Programa Nacional, políticas muito importantes foram implementadas no Brasil. Dessa forma, em 1994, foi criado pelo Ministério da Saúde os SAEs, que tinham custos econômicos e sociais menores que o atendimento hospitalar convencional. Já, em 1996, a terapia antirretroviral começou a ser oferecida gratuitamente aos cidadãos brasileiros portadores do HIV/AIDS, reduzindo em 50% a mortalidade e, em 70%, a morbidade dos casos da doença no país. Posteriormente, por meio da Portaria nº 2014, de 2002, ocorreu a disponibilização de medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, além da criação da política de vigilância, com realização de estudos em grupos populacionais específicos; as formulações particulares da redução de danos do uso indevido de drogas injetáveis; a oferta gratuita de preservativos

masculinos; o suporte diagnóstico, como, por exemplo, os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), como evidencia Jardim (2012).

Cezar e Draganov (2014) salientam que um dos fatos mais importantes para as políticas públicas do HIV, no Brasil, é a lei 9313/96, que garante distribuição gratuita e universal de antirretrovirais aos portadores de HIV/AIDS, o que assegura um tratamento igualitário a toda sociedade. Pode-se destacar, então, que uma prova relevante é o fato de que, em 1999, a mortalidade dos pacientes com HIV/AIDS caiu em 50%, como também houve uma melhora significativa na qualidade de vida dos portadores de HIV.

Vale destacar que, com o fortalecimento do saber epidemiológico e da perspectiva sanitária, cresceu a tendência de fundamentar a política em evidências, o que elevou a implicação dos indicadores epidemiológicos no processo de definição de agenda de uma política pública. No caso da política de prevenção do HIV/AIDS, os dados epidemiológicos são de fundamental importância, pois evidenciam a magnitude do problema. Esses dados, porém, precisam ser considerados com atenção, visto que, além de ser resultado de uma notificação historicamente frágil no Brasil, para a grande maioria dos agravos não se contabiliza os sujeitos soropositivos, nem oferecem estimativa do potencial de disseminação do HIV, o que sugere que a magnitude da problemática seja bem mais elevada do que a apresentada. Além disso, o cuidado com a cautelosa utilização dos recortes epidemiológicos também se deve ao fato de que os mesmos orientam estratégias e ações programáticas, especificando populações e regiões que apresentam risco acrescido. Esses recortes favorecem, em muitos momentos, a segmentação da AIDS, enquanto fenômeno social e a estigmatização de grupos sociais (SAMPAIO; ARAÚJO, 2006).

Segundo Santos e Assis (2011), a ampliação da AIDS entre os idosos pode estar associada a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade. Campanhas para a população idosa são fundamentais, mas somente o conhecimento não é suficiente para mudar o comportamento, de forma que o indivíduo seja capaz de adotar práticas seguras, a fim de evitar a infecção. É necessário, sobretudo, focar aspectos socioculturais para redução dos riscos e vulnerabilidades.

Por fim, Caldas e Gessolo (2007) ressaltam que a prevenção ao HIV/AIDS entre os maiores de 60 anos é algo muito complexo e representa um desafio para as atuais políticas de saúde pública, que concentram sua atenção na população jovem. Assim, os programas de prevenção do HIV devem considerar também aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais, que interferem na vulnerabilidade deste grupo etário, antes e depois da infecção,

como a situação de estresse vivenciada pelos idosos, mostrando a importância que as ações sejam desenvolvidas em locais frequentados pelos idosos, por meio de uma linguagem específica para este grupo, de maneira que as orientações possam obter maior alcance e serem mais efetivas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA-CONCEITUAL DE ANÁLISE

A fundamentação teórica-conceitual pautou-se na Teoria das Representações Sociais, no Processo de Agendamento de uma Política Pública, complementada pela Teoria das Redes Sociais, em uma perspectiva sociológica.

3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A representação social é vista como objeto de estudo legítimo, uma vez que, para Jodelet (2001), é uma forma de conhecimento especialmente elaborada e compartilhada, tendo como objetivo prático contribuir para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Além disso, pode ser designada como “saber de senso comum” ou “saber ingênuo”, “natural”, distinguindo-se assim do conhecimento científico; embora seja vista como objeto de estudo igualmente legítimo, devido à sua importância na vida social e a elucidação que possibilita os processos cognitivos e as interações sociais.

A importância das representações sociais na vida cotidiana está ligada ao fato delas serem capazes de nos guiar na forma de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, na forma de interpretar esses aspectos, tomar decisões e posicionar-se de forma defensiva (JODELET, 2001).

Moscovici (1978) destaca que existem dois processos geradores de representação social, que são: a ancoragem e a objetivação, onde o termo objetivar se refere à função de duplicar um sentido por uma figura, dar materialidade a um objeto abstrato, naturalizá-lo; enquanto, o termo ancorar é inerente à função de duplicar uma figura, por um sentido, oferecer um contexto inteligível ao objeto, compreendê-lo. A objetivação permite tornar concreto, quase tangível, o que é abstrato, modificando o conceito em uma imagem; ao passo que a ancoragem consiste em classificar e denominar, porque coisas que não são classificadas, nem denominadas, também não rotuladas, são estranhas e não existentes, sendo, ao mesmo tempo, ameaçadoras. Ancorar significa também transformar o não-familiar em familiar.

É importante destacar que, para Pesavento (1995), citando Bourdieu:

“o interesse das representações é, em si, um campo de manifestação de lutas sociais e de um jogo de poder. É preciso ultrapassar a alternativa economicista/culturalista, que ou vê o objeto simbólico como reflexo mecânico do real ou o vê como uma finalidade em si. O mundo social é também representação e vontade, e todo discurso contém, em si, estratégias de interesses determinados. A autoridade de um discurso e a sua eficácia em termos de dominação simbólica vêm de fora: a palavra concentra o capital simbólico acumulado pelo grupo que o enuncia e pretende agir sobre o real, agindo sobre a representação deste real” (PESAVENTO, 1995, p.18).

Além disso, a análise das representações sociais deve ser realizada à luz do contexto em que a representação social é produzida. Vale ressaltar que o objeto de estudo das representações sociais, do ponto de vista psicossocial, é a atividade de reinterpretar, que nasce do processo de elaboração das representações, no ambiente da interação. Para se compreender as representações sociais, o contexto social que será considerado deve ser formado pelos fatores situacionais e históricos. É importante considerar três tempos na perspectiva temporal: o tempo curto da interação, que está ligado à funcionalidade das representações; o tempo vivido, que se apresenta pelo processo de socialização, e o tempo considerado longo, no qual predominam as memórias coletivas (SPINK, 1993 apud, JUNQUEIRA, 2003). Em função dessa perspectiva temporal e contextual, pode-se afirmar que as representações não são neutras ou passivas, mas sempre ativas e investidas de uma multiplicidade de significados, dos quais uns são reforçados e incorporados e outros não (STROPASOLAS, 2013).

Portanto, a maneira como as representações sobre o mundo é construída e classificada não é apenas inata, pois as representações são coletivas, nascem do convívio social por meio da linguagem e se manifestam de diferentes formas nas diversas sociedades (DURKHEIM; MAUSS, 1981, apud SILVA, 2012). Ou seja, “as representações coletivas são ao mesmo tempo matriz e efeito das práticas construtoras do mundo social” (PESAVENTO, 1995, p. 19).

Segundo Santana e Benevento (2013), o ator social depende da sua história de vida, através dos conhecimentos e experiências sobre determinado tema, aspecto ou situação, considerando a história já existente. Dessa forma, através da experiência adquirida anteriormente são construídos os símbolos e significados, que permitem aos indivíduos de um determinado grupo interpretar a ação recebida frente às suas necessidades.

Em relação às funções da representação social, Junqueira (2003) mostra, através de um estudo realizado por Abric (1998), que são quatro as funções, sendo que elas possuem um papel fundamental na dinâmica das relações sociais e práticas:

- **Função de Saber:** que permite aos sujeitos apreender, entender e explicar os fatos reais;
- **Função Identitária:** que define a característica da identidade dos grupos, possibilitando a proteção das peculiaridades grupais;
- **Função de Orientação:** que orienta as atitudes e os comportamentos, definindo a função do contexto situacional *a priori*, assim como a qualidade das relações pertinentes para o sujeito e a devida resolução de tarefas, possibilitando uma ação e intervenção sobre o contexto, uma vez que funciona como seleção e filtro de informações e interpretações, procurando adequar essa realidade à representação; e
- **Função de Justificativa:** que possibilita aos indivíduos justificarem, posteriormente, as posições tomadas e as atitudes no cotidiano ou no relacionamento com as pessoas.

Como relata Le Goff, apud Pesavento (1995, p. 15), a “representação é tradução mental de uma realidade exterior percebida e liga-se ao processo de abstração”. Pesavento (1995) complementa que o imaginário faz parte de um campo de representação e, como expressão do pensamento, se manifesta por imagens e discursos que pretendem dar a definição da realidade. No entanto, as imagens e os discursos sobre o real não são exatamente o real; isto é, não são expressões literais da realidade, como um fiel espelho. Assim, pode-se dizer que, no domínio da representação, as coisas ditas, pensadas e expressas têm outro sentido além daquele manifesto. Enquanto representação do real, o imaginário é sempre referência a um “outro” ausente. O imaginário enuncia, se reporta e evoca outra coisa não explícita e não presente.

Mazzotti (2008) acredita que, na modernidade, as pessoas são permanentemente submetidas a um grande fluxo de informações, que, de alguma forma, acabam afetando suas decisões. Em geral, busca-se compreender as coisas novas que surgem através da associação destas com algo que já é do conhecimento ou que já faça parte do dia a dia. Essa tentativa de compreensão das coisas se fortalece e se justifica pela necessidade que se tem de manifestar, fazer julgamentos, procurar explicações ou se posicionar sobre determinado objeto, perante as pessoas no convívio social.

Portanto, a partir dessas interações são criados “universos consensuais”, onde se produzem e se repassam novas representações, que constituem as teorias do senso comum; ou seja, “construções esquemáticas que visam dar conta da complexidade do objeto, facilitar a comunicação e orientar condutas”, além de fortalecer a identidade do grupo e proporcionar o “sentimento de pertencimento do indivíduo ao grupo” (MAZZOTTI, 2008, p. 21).

3.2 O PROCESSO DE AGENDAMENTO DE UMA POLÍTICA

A abordagem da construção da agenda permite investigar como um assunto se torna digno de atenção de uma política, adquirindo, portanto, status de agenda. E isso ocorre através da prática de limitar as tomadas de decisões a assuntos seguros pela manipulação dos valores sociais dominantes, instituições e procedimentos políticos. Esta perspectiva possibilita perguntar sobre os modos como os grupos associam as injustiças e as transformam em assuntos viáveis, que exigem das autoridades algum tipo de resposta para melhorar ou minimizar o problema (COBB; ELDER, 1971).

Dessa forma, apresentado inicialmente por Sabatier e Jenkis-Smith (1993), o modelo das coalizões de defesa (“advocacy coalition framework” - ACF) busca analisar mudanças nas políticas públicas, destacando o papel da informação técnica no processo de disputas que envolvem múltiplos atores em distintas esferas e níveis de governo (SABATIER; WEIBLE, 2007).

Segundo Sabatier (1988, p.139) a coalizão de defesa pode ser definida, como:

“pessoas de uma variedade de posições (representantes eleitos e funcionários públicos, líderes de grupos de interesse, pesquisadores, intelectuais e etc), que (i) compartilham determinado sistema de crenças: valores, idéias, objetivos políticos, formas de perceber os problemas políticos, pressupostos causais e (ii) demonstram um grau não trivial das ações coordenadas ao longo do tempo” (SABATIER, 1988, P. 139).

Pode-se dizer que a “cola” que mantém uma coalizão de defesa unida é o compartilhamento de crenças dos seus membros sobre assuntos políticos fundamentais; isto é, são os sistemas de crenças e valores que determinam a direção que uma coalizão procurará dar a um programa ou política pública (WEIBLE; SABATIER, 2009).

Esse aspecto simbólico da política é também compartilhado por Lima e D’Ascenzi (2013), que acreditam que as características da estrutura normativa da política pública, as condições dos espaços locais de implementação e as ideias e os valores dos atores executores de forma interdependente influenciam a conformação da trajetória da política pública e seus resultados.

Para Sabatier e Weible (2007), na perspectiva do modelo, as coalizões são geradas a partir de convicções, opiniões, ideias e objetivos dos atores envolvidos no processo do “fazer” política pública. Dessa forma, o conjunto de ideais e convicções, unido aos recursos políticos, formata as coalizões e concretiza os objetivos e os interesses dos atores. Assim, são as

coalizões de defesa que, dependendo de sua extensão e da natureza da política em causa, determinam quais atores participam do sistema político.

Sabatier e Jenkins-Smith (1993) destacam que, após serem formadas, as coalizões de defesa competem para traduzir suas crenças compartilhadas em políticas públicas ou programas governamentais, mobilizando recursos políticos e participando de processos contínuos de aprendizagem política, sendo que esse processo contínuo de aprendizagem é denominado de “*policy-oriented learning*” ou aprendizado orientado à política pública.

No entanto, políticas novas ou diferentes podem ter consequências imprevisíveis, fazendo com que os tomadores de decisão as evitem em condições de incerteza. Assim, em uma sociedade pluralista e na ausência de qualquer acordo geral sobre metas ou valores sociais globais, fica mais fácil para o governo continuar com os programas já existentes, uma vez que os acordos são mais fáceis, quando os pontos em disputa se referem apenas ao aumento ou redução de orçamentos, ou modificações no programa (RUA, 2012).

Dahl (1961) acrescenta que, no pluralismo, busca-se a concepção que sugere que, na democracia, qualquer questão pode despertar a atenção das elites e construir a agenda de atuação do governo.

Portanto, o poder de dominação de uma coalizão e a sua habilidade em implementar suas vontades e interesses dependerá diretamente dos recursos que ela possui, o que inclui os recursos financeiros, conhecimento técnico, número de apoiadores, membros das coalizões e a autoridade legal (VICENTE; CALMON, 2011).

Assim, como ressaltam Sabatier e Weible (2007), é a forte relação entre os membros, o compartilhamento e a coesão de valores, idéias e crenças, somados aos domínios técnicos e legais sobre políticas específicas (“*policy domains*”), que legitimam a participação dos atores e a formação de coalizões de defesa.

Outra questão a ser ressaltada no processo de agendamento de uma política diz respeito à influência entre as agendas, como proposto por Ebring et al. (1980, apud TRAQUINA, 2000), ao afirmarem que o agendamento político é um processo interativo, onde a influência da agenda pública sobre a agenda da mídia é um processo gradual através do qual, a longo prazo, se criam critérios de noticiabilidade; enquanto a influência da agenda da mídia sobre a agenda pública é direta e imediata, principalmente quando envolve questões que o público não tem uma experiência direta. Assim, pressupõe-se que a problemática do efeito do agendamento seja diferente de acordo com a natureza da questão.

Brasil e Capella (2015), citando Rogers e Dearing, bem como Kosichi (1993), pesquisadores da área de comunicação de massa, indicam a existência de três abordagens sobre os estudos de agenda: a) os trabalhos originalmente próprios da área de comunicação, que buscam identificar fatores e formas de influência midiática; b) os trabalhos que evidenciam o processo de formação da opinião pública; c) estudos mais recentes e com desdobramentos na ciência política, que buscam entender de que forma assuntos ascendem à agenda governamental ou à agenda de políticas públicas.

Os referidos autores chamam a atenção para o modelo conceitual elaborado por Rogers, Dearing e Bregman (1988), onde pode ser observado que a agenda midiática influencia tanto a agenda pública como a agenda política. Em resposta, nota-se que a agenda política também influencia a agenda midiática; ou seja, aquilo que o governo faz também pode entrar na lista de prioridades e de notícias, ascendendo à agenda midiática. A agenda pública, de acordo com esse esquema, também tem o poder de influenciar a agenda das políticas públicas, uma vez que a concepção de problema percebido pelo coletivo pode gerar a ascensão de um tema à pauta governamental. Neste modelo conceitual, as três agendas sofrem influência de fatores externos, como as experiências pessoais, contatos e meio social, o que faz com que os mesmos assuntos/temas despertem interesse e importância em diferentes escalas nas três agendas, como pode ser visto na Figura 3.

FIGURA 3 - Especificação das Três Agendas no Delineamento Político



Fonte: Traquina (1995 apud BRASIL; CAPELLA, 2015, p. 51).

Levando em conta essa concepção, a literatura produzida sobre o processo de “*agenda-setting*” passa a considerar a existência de três tipos de agenda, bem como a correlação existente entre elas na formação de questões públicas relevantes. Assim, entendida por uma perspectiva mais integrada entre agenda midiática, agenda pública e agenda governamental, os estudos, do final dos anos 1970 e início dos anos 1980, passaram a apontar uma relação de mão dupla entre os diferentes tipos de agendas: “questões que nascem da agenda governamental repercutem e produzem efeitos na agenda pública e na agenda midiática” (BRASIL; CAPELLA, 2015, p. 51).

É importante destacar, como apontam Cobb e Elder (1971), que as agendas se encontram inter-relacionadas, sendo resultado dos diversos grupos sociais, com suas capacidades de mobilização de recursos e estratégias. Além disso, quanto maior a disparidade entre as agendas públicas e políticas, maiores serão os conflitos, sendo que as pessoas de menor poder terão maiores dificuldades para alcançar a legitimidade de suas demandas.

Nesse sentido, pressupõe-se que a construção das políticas públicas sobre HIV/AIDS na velhice depende não somente da adoção de recursos, mas essencialmente do fluxo político, em especial; do sistema de crenças, valores, ideais e formas de perceber o problema, que direcionam os atores políticos para determinada coalizão de defesa, que sofre a influência da agenda midiática, mobilizando a agenda pública e política.

3.3 REFERENCIAL TEÓRICO DAS REDES SOCIAIS

O conceito de rede social surgiu cedo na Sociologia e Antropologia Social; porém, inicialmente nos anos 1930 e 1940, o termo era usado no sentido metafórico, uma vez que os autores não identificavam características morfológicas, úteis para a descrição de situações específicas, nem estabeleciam relações entre as redes e o comportamento dos indivíduos que as constituíam. Entretanto, durante a segunda metade do século XX, o conceito de rede social tornou-se central na teoria sociológica e deu lugar a inúmeras discussões sobre a existência de um novo paradigma nas ciências sociais. Conforme Portugal (2006), no decorrer das últimas décadas, a sociologia das redes sociais constituiu-se como um domínio específico do conhecimento e institucionalizou-se progressivamente.

A concepção de redes, segundo Fialho (2015), é polissêmica e remete-se para uma multiplicidade de sentidos e contra sentidos, quadro que se agrava num contexto atual em que as redes sociais atravessam uma multiplicidade de ângulos e fenômenos sociais. Assim, o

conceito de redes apresenta uma dinâmica descritiva e explicativa nos diferentes fenômenos sociais, razão pela qual é fundamental diferenciar a concepção de rede, da concepção de rede social.

Pode-se dizer que a rede se remete para uma concepção ampla, que decorre do uso em vários domínios: redes organizacionais, redes informáticas, redes virtuais, redes de comunicação, etc, num quadro de heterogeneidade, condicionado pelo marco teórico e pelas opções metodológicas, que ajudam a compreender a rede. Já as redes sociais, são redes de comunicação e interação que envolve uma linguagem simbólica, limites culturais e relações de poder ou, ainda, a manifestação de uma nova forma de conhecer, pensar e explicar a realidade social (FIALHO, 2015).

Barcelos et al. (2010) complementam afirmando que uma rede social é definida como um conjunto de dois elementos: atores, ou seja, nós (pessoas, instituições ou grupos) e suas conexões (interações ou laços sociais). Além disso, as redes sociais são redes de comunicação que envolve linguagem simbólica, restrições culturais e relações de poder.

Portugal (2006) identifica que, em consequência do tipo de abordagem metodológica e da estratégia de medidas adaptadas, é possível encontrar na literatura sobre “*network analysis*”³, três tipos de redes que são: as redes de íntimos (close associates) ou “outros significantes”, as redes de interação e as redes de troca. As redes de íntimos ou “outros significantes” são constituídas pelos indivíduos considerados importantes pelo “alvo”; assim, estas redes são compostas por laços ativos e passivos, laços baseados em frequentes interações face a face; além de laços baseados em ligações afetivas com relações irregulares e pouco frequentes.

As redes de interação implicam, por sua vez, em procedimentos metodológicos bastante diversos dos das redes de íntimos, uma vez que a constituição deste tipo de rede é baseada nos indivíduos com quem os membros da família interagem numa base de rotina; e por fim, nas redes de troca, a estratégia consiste em isolar uma parte da rede total, incluindo os indivíduos com os quais a probabilidade de recompensa de trocas é elevada. Para tanto, as trocas incluem um vasto leque de interações, avaliadas positiva ou negativamente, que vão desde a ajuda material e a prestação de serviços, ao aconselhamento e companhia nas atividades de lazer, dentre outros (PORTUGAL, 2016).

³ “Oferece novas abordagens para a descrição e estudo da estrutura social e para lidar com o problema complexo de integrar diferentes níveis de análise: o modo como a ação individual cria a estrutura social; o modo como a estrutura social, uma vez criada, constrange a ação individual e coletiva; o modo como as atitudes e os comportamentos dos atores são determinados pelo contexto social em que a ação ocorre” (MARSDEN; LIN, 1985, p. 10, apud PORTUGAL, 2006, p.114).

De acordo com Marteleto (2001), a análise de redes estabelece um novo paradigma na pesquisa sobre estrutura social, uma vez que os estudos sobre os comportamentos ou as opiniões dos indivíduos dependem das estruturas nas quais eles se inserem, sendo que a unidade de análise não constitui os atributos individuais, como classe, sexo, idade, gênero, etc; mas sim o conjunto de relações que os indivíduos estabelecem através das suas interações uns com os outros. Dessa forma, a estrutura é apreendida concretamente como uma rede de relações e de limitações que pesa sobre as escolhas, as orientações, os comportamentos e as opiniões dos indivíduos.

A teoria de redes, segundo Ferreira e Filho (2010), pode ser entendida como uma análise complexa das interações entre os atores envolvidos, atores esses que podem ser pessoas, organizações, meio ambiente, a partir do instante em que haja algum tipo de troca entre eles, sendo tangíveis (bens materiais) ou intangíveis (ideias, valores).

Relacionamentos afetivos, profissionais, interesses mútuos, tudo está relacionado às redes sociais, mas dizer que as redes sociais se resumem a isso e que sua expansão é previsível seria uma afirmação longe da verdade, já que hoje, pode-se observar que as redes, no geral, estão começando a ser conhecidas e sua complexidade e campo são inúmeros; a partir daí é possível afirmar sobre sua complexidade, analisando os laços fortes e fracos (FERREIRA; FILHO, 2010).

Vale destacar que, como enfatiza Portugal (2006), a análise das redes fornece uma explicação do comportamento social baseada em modelos de interação entre os atores sociais em vez de estudar os efeitos independentes de atributos individuais ou relações duais. Ou seja, a análise estrutural das redes baseia-se na premissa de que estas têm uma realidade própria, no mesmo sentido em que os indivíduos e as relações a têm, pelo que a sua influência não pode ser reduzida ao simples efeito de constrangimentos normativos, atributos pessoais ou efeitos acumulativos de múltiplas interações.

Do ponto de vista metodológico, Portugal (2006) esclarece que a abordagem a partir da teoria das redes permite usufruir de um conjunto de dispositivos analíticos solidamente estruturados e testados. A linguagem, os conceitos, os indicadores, os métodos de recolha e tratamento de dados da “*network analysis*” constituem um corpo analítico, que oferece inúmeras possibilidades heurísticas. Assim, as questões, apresentadas no Quadro 1, retratam a morfologia das redes, permitindo sintetizar de uma forma operacional, o conceito de redes sociais, considerando: sua forma (Quem faz parte das redes?), conteúdo (O que? Quais os

conteúdos dos fluxos das redes?) e normas (Como? Quais as normas que regulam a sua ação?).

QUADRO 1 – Operacionalização do Conceito de Rede Social

| QUEM? | O QUE? | COMO? |
|--|--|---|
| A forma Os nós Parentes Amigos Vizinhos Colegas Outros Os laços Parentesco ou não Fortes/fracos Positivos/negativos Ativos/passivos | O conteúdo Instrumental Emprego Habitação Saúde Bens materiais Cuidados Expressivo Apoio emocional Afeto Sociabilidade | As normas Reciprocidade Obrigação Igualdade Autonomia |

Fonte: Portugal (2006).

Nesse sentido, Portugal (2006) identifica alguns elementos que operacionalizam o conceito de rede social a partir das questões levantadas anteriormente. Deste modo, “como resposta à questão “Quem?” pretende-se analisar a forma das redes”. Uma caracterização das propriedades das redes nesse domínio obriga a conhecer os nós (elementos da rede, identificados pela relação que tem com o ego) e os laços que a constituem (as relações entre os nós da rede – que podem ter características muito diferentes), que podem ser positivos ou negativos; fortes ou fracos; passivos ou ativos.

Em relação à força dos laços, Portugal (2006) ressalta a importância de avaliar a duração da relação, a intensidade emocional, a intimidade, os serviços recíprocos e a multiplexidade; ou seja, a pluralidade de conteúdos de troca existente num laço. Em relação aos laços positivos, estes são laços de identificação através dos quais os atores sociais se consideram membros de uma entidade comum; enquanto os laços negativos são os laços de diferenciação que fazem os indivíduos se demarcarem como pertencentes a entidades diferentes.

Por outro lado, os laços ativos ou passivos podem basear-se numa interação face a face frequente ou em laços afetivos que envolvem uma interação irregular. Os laços ativos incluem interações rotineiras que, em geral, envolvem ajudas diretas, conselhos e críticas, apoio e interferência; enquanto, os laços passivos, apesar de não envolverem uma interação cotidiana,

podem ser igualmente importantes do ponto de vista da segurança individual e familiar, já que os laços existem e os indivíduos sabem que podem contar com eles, quando for necessário (PORTUGAL, 2006).

No Quadro 2 a seguir, Portugal (2006) traz as propriedades (conteúdo dos fluxos, a sua diversidade, a frequência dos contatos, o tempo despendido na interação, a influência e a interferência de um nó sobre o comportamento do outro) com que o sentido e a força dos laços se prendem; além de apresentar o conjunto de indicadores utilizados para caracterizar os laços e os fluxos gerados por eles.

QUADRO 2 – Propriedades dos Laços

| PROPRIEDADE | DEFINIÇÃO | INDICADORES |
|----------------------|---|---|
| Conteúdo | Tipo de recursos que circulam entre X e Y | Apoio material Apoio financeiro Apoio em serviços Suporte afetivo Sociabilidade Informação Confiança |
| Diversidade | Variedade de conteúdos da relação entre X e Y | Atividades desenvolvidas por X e Y |
| Frequência | Número de contatos e de trocas entre X e Y | Contatos e trocas entre X e Y |
| Duração | Quantidade de tempo despendido na interação entre X e Y | Tempo de interação entre X e Y |
| Força | Influência de X em Y | Influência nas escolhas e decisões |
| Interferência | Relação entre os comportamentos de X e Y | Proximidade residencial Partilha de espaços e atividades de reprodução cotidiana (refeições, trabalho doméstico) Partilha de tempo de lazer |

Fonte: Portugal (2006).

Dessa forma, a partir da caracterização dos nós e dos laços que compõem a rede social, pretende-se responder à questão “Quem?” e, deste modo, conhecer a morfologia da rede. As

propriedades morfológicas das redes que se pretende identificar são: a) dimensão: número de elementos que constituem a rede; b) densidade: relação entre os laços ativados e o total de potenciais membros da rede; c) orientação: as relações orientam-se preferencialmente para parentes, amigos vizinhos, colegas? No que diz respeito à rede de parentesco, as relações estabelecem-se preferencialmente num sentido vertical ou horizontal: privilegiam-se os parentes em linha reta ou as colaterais?; d) lateralização: determinar se à simetria de parentesco existente no casal corresponde uma simetria na ativação dos laços ou se são privilegiadas as relações com os parentes de um dos cônjuges; e) polarização: existem atores que desempenham um papel de “catalisadores de relações”, por quem passam os laços estabelecidos entre os diferentes membros das redes?; f) segmentação: os elementos que pertencem a diferentes redes (parentesco, amizade, vizinhança) interagem entre si ou constituem núcleos de relações independentes?; g) sobreposição ou dissociação: um laço tem mais do que conteúdo? Os diferentes elementos da rede desempenham mais do que um papel total na rede? (PORTUGAL, 2006).

A referida autora destaca que as respostas às questões “Quem?” e “O que?” são indissociáveis. A vantagem da “*network analysis*” é poder dar simultaneamente conta da forma e do conteúdo das relações sociais. No Quadro 1, anteriormente apresentado, é possível observar como a pesquisa operacionaliza a dimensão dos fluxos das redes; assim, na segunda coluna do quadro, pretende-se analisar, simultaneamente, os recursos instrumentais e expressivos a que os laços permitem aderir. E por fim, a última questão “Como?” remete-se para as normas que regulam a ação das redes. Como funcionam as redes? Quais são os princípios que regem a sua intervenção? Os laços respondem todos às mesmas normas? Essas hipóteses de investigação apontam para a ideia de que as redes obedecem aos princípios gerais do sistema de dom e de que existe uma especificidade dos laços de parentesco quanto às normas seguidas. Deste modo, é possível analisar o papel dos princípios da reciprocidade, da obrigação, da igualdade e da autonomia, procurando perceber o modo como intervêm na ação dos diferentes laços e no acesso a diferentes recursos (PORTUGAL, 2006).

No entanto, como esclarece a autora supracitada, os elementos polarizadores das redes informais de acesso aos cuidados de saúde são os atores que fazem parte do sistema de saúde, público ou privado, onde, numa família em que exista alguém com uma profissão relacionada com o setor, essa pessoa passa a ser o elemento por quem passa todos os assuntos nesta área: opiniões, escolhas, caminhos a seguir, consultas e etc. Quanto mais forte for a posição do elemento no interior do sistema, maior a sua capacidade de obter privilégios para quem com

ele se relaciona, por um lado, e por outro, de influenciar e orientar essa pessoa relativamente aos seus cuidados de saúde.

Por fim, vale ressaltar que, como destaca Portugal (2006), a análise do papel das redes sociais no acesso aos cuidados de saúde revela duas faces da mesma moeda: a força das relações informais e a fragilidade da relação formal entre o Estado e os cidadãos. Os indivíduos podem conseguir através dos laços sociais aquilo que não conseguem através do vínculo de cidadania; isto é, serviços públicos eficientes e de qualidade. No caso da saúde, as redes sociais são um meio de assegurar uma melhoria na prestação de cuidados do sistema público, atenuando falhas no funcionamento do sistema e beneficiando, deste modo, usuários e produtores de cuidados.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste tópico procurou-se identificar o tipo de pesquisa, local do estudo e processo de amostragem; descrever as variáveis e técnicas de coleta dos dados e informações, bem como seus procedimentos de análise.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Visando atender os objetivos propostos, foi utilizado tanto o método de pesquisa qualitativa, quanto quantitativa, considerando a sua complementaridade. Para Dantas e Cavalcante (2006), a pesquisa qualitativa tem caráter exploratório; isto é, estimula os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Mostra aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. É utilizada quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. Já a pesquisa quantitativa é baseada na medida (normalmente numérica) de variáveis objetivas, na ênfase em comparação de resultados e no uso de técnicas estatísticas.

Além disso, a pesquisa foi essencialmente de caráter exploratório-descritiva que, de acordo com Vieira (2002), visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo. Este esforço tem como meta tornar um problema complexo mais explícito ou, mesmo, construir hipóteses mais adequadas; enquanto que as pesquisas descritivas descrevem o comportamento dos fenômenos. É usada para identificar e obter

informações sobre características de um determinado problema ou questão (COLLIS; HUSSEY, 2005).

Assim, por meio de um estudo de caso múltiplos, integrou-se métodos de pesquisa qualitativa, considerando que esse tipo de pesquisa responde questões muito particulares da realidade social. De acordo com Minayo (2012), as ciências sociais, em geral, se ocupam com um nível de realidade que não é quantificável, trabalhando com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas, por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

A presente pesquisa teve como local de estudo um município da Zona da Mata Mineira, que conta com o Serviço de Assistência Especializada (SAE), a unidade empírica para a análise do perfil e percepções do idoso com HIV/AIDS.

O SAE foi implantado em 1996 neste município, por meio do convênio firmado entre a prefeitura e o Ministério da Saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde, que garantiu repasse de recursos financeiros, após elaboração e aprovação do Plano Operativo Anual (POA) – ainda hoje garantidos ao município, pelos Planos de Ações e Metas (PAM). Criou-se, então, o SAE, com o objetivo e compromisso de atender tanto os pacientes do município, quanto da Zona da Mata, seguindo as diretrizes técnicas e políticas da Coordenação Nacional de IST e AIDS para atenção às pessoas portadoras de HIV/AIDS (GUERCIO, 2004).

Por outro lado, no caso do grupo de idosos sem HIV/AIDS, foram examinadas as representações dos participantes de um Centro de Convivência do Idoso (CCI), que tem como objetivo promover aos idosos, autonomia, independência e a participação na comunidade, através do oferecimento de atividades de ginástica, artesanato, salão de jogos, bailes, grupos de teatro, oficina da memória, entre outros (AMAC, 2018).

Além disso, foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde e atendimento aos idosos, com a finalidade de analisar suas percepções sobre o processo de construção e alcance das políticas públicas direcionadas ao HIV/AIDS.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada foi constituída de idosos com HIV/AIDS, idosos sem HIV/AIDS, além dos profissionais de saúde e atendimento aos idosos, como descrito a seguir:

- **Idosos com HIV/AIDS**

Para satisfazer aos objetivos propostos, a população estudada compreendeu homens e mulheres idosos com HIV/AIDS, que realizam o tratamento no SAE.

Assim, devido à dificuldade em se obter os números a respeito da quantidade de pacientes idosos que realizam tratamento no SAE, uma vez que são utilizados prontuários e os dados não são informatizados, optou-se por trabalhar com uma amostra não probabilística, do tipo intencional e por acessibilidade.

As entrevistas foram realizadas no período de 30 dias, de junho a julho de 2018, e os idosos eram abordados e convidados a participarem do estudo, enquanto aguardavam ou na saída da consulta médica de rotina. Dessa forma, foram entrevistados 34 idosos com HIV/AIDS, tendo as entrevistas, duração média de 15 a 40 minutos.

- **Idosos sem HIV/AIDS**

A população estudada compreendeu homens e mulheres idosos que frequentam o CCI.

Atualmente o CCI conta com 2.245 idosos inscritos, destes, aproximadamente 1.200 são atendidos pelo menos uma vez no mês, sendo na sua maioria do sexo feminino.

Assim, do mesmo modo como ocorreu no SAE, optou-se por trabalhar com uma amostra não probabilística, do tipo intencional e por acessibilidade.

As entrevistas foram realizadas no período de 30 dias, de junho a julho de 2018, na parte da manhã, quando os idosos eram abordados e convidados a participarem do estudo, enquanto aguardavam o início das atividades, ou após o fim das mesmas. Dessa forma, foram entrevistados 50 idosos participantes do CCI, tendo as entrevistas, duração média de 30 minutos.

- **Profissionais de Saúde e Atendimento aos Idosos**

Foram entrevistados 7 profissionais de saúde e atendimento aos idosos deste município, sendo eles: coordenador do SAE, psicóloga, assistente social, enfermeira, gerente

do departamento saúde do idoso, coordenadora do centro de convivência do idoso e vice presidente do conselho do idoso.

4.4 VARIÁVEIS E TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados é a forma de como se obtém os dados necessários para responder ao problema da pesquisa (VERGARA, 2005). Assim, as técnicas de coleta dos dados compreenderam: pesquisa bibliográfica, documental e midiática; além de entrevistas abertas orientada por roteiros semiestruturados, realizadas com os profissionais de saúde e atendimento aos idosos, bem como com idosos com e sem HIV/AIDS.

A pesquisa bibliográfica e documental foi realizada a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde; Política Nacional de HIV/AIDS, Estatuto do Idoso e Política Nacional de Saúde do Idoso. Nessa pesquisa, buscou-se verificar como o idoso é visto nos documentos que tratam sobre os seus direitos, em caso de situação de vulnerabilidade, e se são contemplados em alguma estratégia, no caso do controle e prevenção do HIV/AIDS.

Para complementar a análise bibliográfica e documental, foi realizada a pesquisa midiática. Os dados foram levantados a partir do sítio de compartilhamento de vídeos *Youtube*, que possui o endereço virtual: www.youtube.com. O motivo da escolha pelo *Youtube* foi devido a essa ser a página mais comum e popular entre os usuários.

A coleta dos dados ocorreu em 11 de novembro de 2019, e foram utilizados os descritores “HIV/AIDS e Idosos”, da qual resultou uma amostra de 20 vídeos, sendo considerados os 20 vídeos em sua totalidade para a formação da amostra.

Após a definição da amostra, os links dos vídeos foram salvos em uma planilha em um único dia, de modo a não comprometer a amostra selecionada, visto que a cada acesso, novos vídeos são postados. Desse modo, o conteúdo de cada vídeo foi assistido e transcrito para posterior análise.

Procurou-se aprofundar a pesquisa documental com a aplicação de entrevistas juntos aos profissionais de saúde e de atendimento ao idoso (Apêndice I), que versou sobre os seguintes aspectos: representações sobre a AIDS na velhice; fatores determinantes e estratégias de enfrentamento do HIV; acesso a propagandas ou informação sobre o HIV/AIDS; conhecimento sobre as políticas públicas de HIV/AIDS para os idosos e redes de apoio acionadas após o diagnóstico.

Além disso, por meio da análise de casos concretos foram entrevistados idosos com HIV/AIDS que realizam tratamento no SAE, além dos idosos que frequentam o centro de convivência para idosos.

A fim de orientar na coleta dos dados, foi elaborado um roteiro para Idosos com HIV/AIDS (Apêndice II) e Idosos sem HIV/AIDS (Apêndice III), que contemplou as seguintes variáveis: idade, raça/cor, sexo; religião; grau de instrução; estado civil; principal ocupação; renda, composição familiar e principais redes de apoio; significado, fatores determinantes, consequências e estratégias para o enfrentamento da HIV/AIDS; conhecimentos sobre políticas, programas e ações para o controle da doença.

No caso das redes, foi feito uso da metodologia proposta por Portugal (2006), por meio das seguintes questões, relativas à problemática da pesquisa: Quem? O que? Como? Quem faz parte das redes dos idosos com HIV/AIDS, considerando os nós e laços? Quais são os conteúdos dos fluxos das redes? Quais as normas que regulam as redes tecidas pelos idosos?

Além disso, para examinar os significados da AIDS para os entrevistados, fez-se uso da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)⁴. Para tanto, foi indagado ao idoso com e sem o HIV: o que lhe vêm à cabeça quando digo AIDS na velhice, apresentando palavras que remetem ao seu significado. Em seguida foi perguntado: na sua visão, quais os possíveis fatores determinantes da doença e estratégias de ação para enfrentamento?. Especificamente, no caso dos idosos com HIV, indagou-se: Qual foi a forma de contágio? A quanto tempo descobriu a doença? Sentiu alguma modificação em sua saúde antes e depois da descoberta da doença? Conhece alguma política/programa para a prevenção e enfrentamento da doença e como se deu o acesso a essa informação? Em caso negativo, o que sugere para que ocorra um trabalho preventivo? A intenção foi ter um roteiro prévio, porém dando espaço de liberdade para que os entrevistados possam fazer associações concernentes à sua história de vida que considerem relevantes.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Todo o processo de coleta dos dados foi viabilizado mediante assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes da pesquisa, apresentados

⁴ O TALP que é uma técnica bastante difundida no âmbito da Psicologia Social, uma vez que possibilita acesso aos conteúdos periféricos e latentes.

no Apêndice IV, Apêndice V e Apêndice VI. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Viçosa (UFV), sendo aprovado sob o registro CAAE: 85989018.9.0000.5153.

4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

No que se refere à pesquisa bibliográfica, documental e midiática, a análise foi baseada na técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011), realizada com o auxílio do software Iramuteq.

Segundo Camargo e Justo (2013), o Iramuteq é um software gratuito que viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras).

Por outro lado, os dados do perfil pessoal dos idosos foram analisados pela estatística descritiva e apresentados em forma de tabelas, seguidos de revisão de literatura. Além disso, a análise das informações coletadas junto aos idosos, com e sem HIV, sobre o significado da AIDS na velhice, seus fatores determinantes, consequências e estratégias de ação em face à doença, foi baseada na técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011). Essa mesma técnica foi utilizada para examinar as percepções dos profissionais de saúde e atendimento ao idoso sobre o processo de construção e alcance das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS na velhice.

Conforme Caregnato e Mutti (2006), a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicável ao seu contexto social. Assim, é um meio de expressão do sujeito, onde o pesquisador busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. Ressalta-se que na análise de conteúdo realizada com auxílio do software Iramuteq, foi feito uso da análise prototípica; da nuvem de palavras, bem como da classificação hierárquica descendente.

Segundo Wachelke e Wolter (2011), a Análise Prototípica, também chamada análise de evocações ou das quatro casas, é uma das técnicas mais difundidas para a caracterização estrutural de uma representação social; enquanto que, na Nuvem de Palavras, as palavras são

agrupadas e organizadas graficamente de acordo com a sua frequência, o que possibilita facilmente a sua identificação, a partir de um único arquivo, denominado corpus, que reúne os textos originados pelas entrevistas (CAMARGO; JUSTO, 2013). Por outro lado, a Classificação Hierárquica Descendente é uma das análises mais importantes do Iramuteq, nela o software, ao utilizar da lógica de correlação, usa as segmentações do corpus textual, juntamente com a lista de formas reduzidas e o dicionário embutido para apresentar um esquema hierárquico de classes (SALVIATI, 2017).

Os dados, conforme permissão foram gravados e, posteriormente, transcritos e analisados categoricamente, a partir do conteúdo das falas, conforme proposto por Bardin (2011).

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Rúbia de Aguiar. **O idoso com HIV/AIDS: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos da atenção básica**. 2012, 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

ALVES, J. A. A conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington. **Revista da Abep**. v. 12, n. 1-2, p. 3-20, 1995.

ANDRADE, Helana Augusta dos Santos; SILVA, Susan Kelly da; SANTOS, Maria Izabel Penha de Oliveira. Aids em idosos: vivências dos doentes. **Esc Anna Nery (impr.)**. v. 14, n. 4, p. 712-719, 2010.

ARAÚJO, Ludgleydson; SALDANHA, Ana. A Aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. **VII Congresso Virtual HIV/AIDS: O VIH/SIDA na Criança e no Idoso**, 2006. Disponível em: <http://apps.siquant.pt/aidscongress/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationHTML.aspx?Mid=36&CommID=307>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de; BRITO, Daniele Mary Silva de; GIMENIZ, Marli Teresinha; QUEIROZ, Terezinha Almeida; TAVARES, Clodis Maria. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 10, n.4, p.544-54, 2007.

ARRETCHE, Marta T. S. **Tendências no estudo sobre avaliação**. In: RICO, Elizabeth Melo (org.) (1998). *Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate*?. São Paulo, Cortez.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; REZENDE, Mônica de. A idéia de ciclo na análise de políticas públicas. In: **Caminhos para a análise das políticas de saúde**. Editora Redeunida. 1º edição. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARCELOS, Gilmara Teixeira; PASSERINO, Liliana Maria; BEHAR, Patricia Alejandra. Redes sociais e comunidades: definições, classificações e relações. **Novas Tecnologias na Educação**. v. 8, n. 2, p. 1-10, 2010.

BONETI, L. W. **Educação, exclusão e cidadania**. Ijuí: Unijuí, 1997.

BRASIL. Referências **Técnicas para a Prática do(a) Psicólogo(a) nos Programas de DST e AIDS**. 2008. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/DST_AIDS.pdf>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

BRASIL, Felipe Gonçalves; CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. O processo de agenda-setting para os estudos das políticas públicas. **Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**. v.6, n.1, p. 41-63, 2015.

CALDAS, José; GESSOLO, Kleber. **AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública**. 2007. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56540/2/89657.pdf>>. Acesso em: 19 de Setembro de 2019.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: A. A. Camarano (Org.), **Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?**. 2004, p. 253-292. Rio de Janeiro: IPEA. 2004, p 253. 2012.

CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires. **Temas em Psicologia**. v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAPELLA, A. C.; ALESSANDRA, G. S.; BRASIL, F. G. “Pesquisa em políticas públicas no Brasil: um mapeamento da aplicação de modelos internos recentes na literatura nacional”. In: **IX Encontro da ABCP**, Brasília, 2014.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CARVALHO, Carolina Maria de Lima; BRAGA, Violante Augusta Batista; SILVA, Maria Josefina da; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Assistência à Saúde da Mulher Portadora de HIV/AIDS no Brasil: Refletindo Sobre as Políticas Públicas. **Rev. Rene. Fortaleza**. v. 9, n. 3, p. 125-134, 2008.

CARVALHO, Simone Mendes; PAES, Graciele Oroski. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Coletiva**. v. 19, n. 2, p. 157-63, 2011.

COBB, Roger W.; ELDER, Charles D. The politics of agenda-building: an alternative perspective for modern democratic theory. **The Journal of Politics**. v. 33, p. 892-915, 1971.

CEZAR, Vagner Mendes; DRAGANOV, Patricia Bover. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde**. v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014.

COLLIS, J.; Hussey, R. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

DAHL, Robert A. **Who Governs?** New Haven, Yale University Press, 1961.

DANTAS, M.; CAVALCANTE, V. **Pesquisa qualitativa e Pesquisa quantitativa. Universidade Federal de Pernambuco**. 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/14344653/Pesquisa-qualitativa-e-quantitativa>>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

FERREIRA, Toniel; FILHO, Valdir Antonio Vitorino. Teoria de redes: uma abordagem social. **Revista Conteúdo**. v. 1, n. 3, p. 1-19, 2010.

FIALHO, Joaquim. Pressupostos para a construção de uma sociologia das redes sociais. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto**. v. XXIX, p. 59-79, 2015.

FIGUEREDO, Leonardo Gomes de; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da; SILVA IlisdayneThallita Sores da; SOUZA, Karla Gardênia Silva; SILVA, Francisca Francineide Andrade da. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de Infecção pelo HIV e o comportamento preventivo. **Rev. Enferm. UERJ**. v. 21, n. 2, p. 805-8011. 2013.

FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 21, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper21.pdf>>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

GARCIA, Giulianna S.; LIMA, Lorryne F.; SILVA, Jeferson B.; ANDRADE, Luciana DF.; ABRÃO, Fatima Maria S. Vulnerabilidade dos Idosos frente ao HIV/Aids: Tendências da Produção Científica Atual no Brasil. **DST-J bras Doenças Sex Transm**. v. 24, n. 3, p. 183-188, 2012.

GOMES, Sabrina Ferreira; SILVA, Claudio Moss da. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/Aids: uma revisão. **Vitalle**. v.20, n.1, p. 107-122. 2008.

GUERCIO, Patrícia Moura da Silva. **Serviço de Assistência Especializada (SAE)**. Portal PJF, Fevereiro de 2004. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/aids_dst/servicos.php>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

IBGE. **Censo Demográfico**: Juiz de Fora. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

JARDIM, Laíse Navarro. **O HIV na Terceira Idade**: O lugar designado ao Idoso nas Políticas Públicas em HIV/Aids e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática. 2012, 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2012.

JODELET, Denise. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

JUNQUEIRA, Marciene de Freitas Ribeiro. Representação social da violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Estudos**. v. 36, n. 1/2, p. 191-208, Goiânia – Goiás, 2003.

LIMA, Luciana Leite; D’Ascenzi. **Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas**. v. 21, n.48, p. 101-110, 2013.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira; FRAGA, Maria de Nazaré Oliveira. Pessoas vivendo com HIV: Estresse e suas formas de enfrentamento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 6, n. 4, p.75-81, 1998.

MADI, Cristina Riscalla; GOMES, Jessica L.; LOUZADA, Thaís G. Revisão Bibliográfica da publicação “Mais 60 – Estudos sobre envelhecimento”. **Mais 60 – Estudos sobre envelhecimento**. v. 28, n. 67, p. 56-83, 2017.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. v. 9, p.41-65, 2002.

MARTELETO, Regina Maria. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. **Ci. Inf. Brasília**. v. 30, n. 1, p. 71-81, 2001.

MAZZOTTI, Alda Judith Alves. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**. v.1, n.1, p.18-43, jan/jun. 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31^a. ed- Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar. 1978.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. **A análise das Políticas Públicas** [traduzido por] Agemir Bavaresco, Alceu R. Ferraro. Pelotas: Educat-Editora da UCPel. 2002.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto; GOMES, Alexandre Cavallieri; MEAZZINI, Letícia; JÚNIOR, Gerson Scherrer; JÚNIOR, Domingos Belasco; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Pública**. v. 30, n. 7, p.1551-1559, 2014.

OTTONI, Máximo Alessandro Mendes. **A Trajetória das Políticas Públicas de Amparo ao Idoso no Brasil**. 2012, 95 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Social) – Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, 2012.

PEREIRA, Adriana Jimenez; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, n. 7, p. 3249-3257, 2011.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. Em Busca de uma Outras História: Imaginando o Imaginário. **Rev. Bras. De Hist.** v.15, n.29, p.9-27, 1995.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Mudanças nas Políticas Públicas: a Perspectiva do Ciclo de Política. **Rev. Pol. Pública**. v. 12, n. 1, p. 27-36, 2008.

PORTUGAL, Sílvia. **Novas Famílias, Modos Antigos. As redes sociais na produção de bem-estar.** 2006, 740 f. Tese (Doutorado em Sociologia), Faculdade de Economia Universidade de Coimbra (FEUC), Coimbra, 2006.

POTTES, Fábila Alexandra; BRITO, Ana Maria de; GOUVEIA, Giselle Campozana; ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante de; CARNEIRO, Rosa Maria. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia.** v. 10, n. 3, p.338-51, 2007.

PRILIP, Nadjane Bezerra do Amaral. **O pulso ainda pulsa: o comportamento sexual como expressão da vulnerabilidade de um grupo de idosos soropositivos.** 2004, Dissertação (Mestrado em Gerontologia). PUC-SP, São Paulo, 2004.

ROCHA, Fatima Maria Gomes da. **Política de Controle ao HIV/AIDS no Brasil: o Lugar da Prevenção nessa Trajetória.** 1999, 117 f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Rio de Janeiro – Fundação Oswaldo Cruz. 1999.

ROCHA, Isolda Ferreira. **Políticas Públicas para a Terceira Idade: uma Análise sobre a Política Nacional do Idoso no Brasil.** 2014, 32 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba, 2014.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas.** 2ª edição. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, p. 128, 2012.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Pra Aprender Políticas Públicas: conceitos e teorias.** Brasília: Instituto de Gestão Economia e Políticas Públicas, 2013.

SABATIER, Paul A. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. **Policy Sciences**, [S. l.], v. 21, p.129-168, 1988.

SABATIER, Paul A., e Jenkins-Smith, Hank C. **Policy change and learning: an advocacy coalition approach.** Oxford: Westview Press, 1993.

SABATIER, Paul A., e Weible, Christopher M. “**The advocacy coalition: innovations and clarifications**”. In: Sabatier, P. (ed.). *Theories of the policy process.* 2. ed. Boulder, CO: Westview Press, 2007.

SALVIATI, Maria Elisabeth. **Manual do Aplicativo Iramuteq.** 2017. Disponível em: <<http://iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>>. Acesso em: 02 de Dezembro de 2019.

SAMPAIO, Juliana. **A construção de novas políticas públicas como caminho para a prevenção da Aids.** 2006. 222 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães - CPqAM / Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Recife. 2006.

SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JÚNIOR, José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 6, n. 3, p. 335-346, 2006.

SANTANA, Vagner Caminhas; BENEVENTO, Claudia Toffano. O conceito de gênero e suas representações sociais. **Revista Digital Buenos Aires**. v. 17, n. 176, 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd176/o-conceito-de-genero-e-suas-representacoes-sociais.htm>>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SANTOS, Naila Janilde Seabra; TAYRA, Angela; SILVA, Sara Romera; BUCHALLA, Cassia Maria; LAURENTI, Ruy. A aids no Estado de São Paulo. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev. bras. epidemiol.** v. 5, n.3, p. 286-310, 2002.

SILVA, Aline Oliveira. **As Representações da AIDS para a Terceira Idade, sob uma Perspectiva de Gênero: Significados e Repercussões nos Domínios da Vida do Idoso e Funcionamento Familiar**. 2016, 85 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica), Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2016.

SILVA, Helony Rodrigues da; MARREIROS, Maria do Ó Cunha; FIGUEIREDO, Thiago Silveira; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com AIDS em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. **Epidemiologia Serviço de Saúde [online]**. v.20, n.4, p. 499-507, 2011.

SILVA, Margarete Moreira Coutinho. **Juventude Rural e as Representações Sobre a Aids**. 2012, 207 f. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa-MG, 2012.

SILVA, Rogério Luiz Nery da. **Políticas públicas e administração democrática**. Sequência (Florianópolis), Florianópolis, n. 64, p. 57-85, jul. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/seq/n64/n64a04.pdf>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

SILVA, Wilson Aparecido. **A Experiência de Conviver com HIV/AIDS na Velhice**. 2009. 209f. Tese de Doutorado em Psicologia Social. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2009.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise e casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SOARES, Alessandra Guimarães; ALVES, Renan do Prado. Considerações acerca das análises de políticas públicas: o modelo de coalizões de defesa. **Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**. v.06, n.1, p. 64-77, 2015.

SOUSA, Adelaine Maria de; LYRA, Arine; ARAÚJO, Carla Cristina França; PONTES, Juliana Leão; FREIRE, Romero Correia; PONTES, Taciana Leão. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. **J Manag Prim Health Care**. v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma Revisão da Literatura. **Sociologias**. v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

STROPASOLAS, Valmir Luiz. Juventude Rural: uma categoria social em construção. **In: SBS – XII Congresso Brasileiro de Sociologia**. GT 22: Sociologia da Infância e Juventude. Santa Catarina, 2013.

TRAQUINA, Nelson. **O Poder do Jornalismo: análise e textos da teoria do agendamento**. Coimbra: Minerva, 2000.

UNITED NATIONS AIDS. **How AIDS changed everything — MDG 6: 15 years, 15 lessons of hope from the AIDS response**. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2015/MDG6_15years15lessonsfromtheAIDSresponse>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

VALENTINI, Maria; RIBAS, Klevi. Terceira idade: tempo para semear, cultivar e colher. **Analecta**. v. 4, n. 1, p. 133-145. 2003.

VIDAL, Eglídia Carla Figueiredo; BRAGA, Violante Augusta Batista; SILVA, Maria Josefina da; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Políticas Públicas para Pessoas com HIV: Discutindo Direitos Sexuais e Reprodutivos. **Rev. Rene. Fortaleza**. v. 10, n. 2, p. 166-174, 2009.

VIANA, A. L. Abordagens metodológicas e políticas públicas. **Revista de administração pública**. v. 2, n. 30, p. 5-43, 1996.

VICENTE, Victor Manuel Barbosa; CALMON, Paulo Carlos Du Pin. A Análise de Políticas Públicas na Perspectiva do Modelo de Coalizões de Defesa. In: **XXXV Encontro da ANPAD**. Osasco, São Paulo, 2011.

VIEIRA, V. A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Rev. FAE**.v.5, n.1, p.61-70, 2002.

VILLARINHO, Mariana Vieira; PADILHA, Maria Itayra; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis; BORENSTEIN, Miriam Susskind; MEIRELLES, Betina Horner Schindwein; ANDRADE, Selma Regina de. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm**. v. 66, n. 2, p. 271-277, 2013.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

WACHELKE, João; WOLTER, Rafael. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 27, n. 4, p. 521-526, 2011.

WEIBLE, C. M., SABATIER, P. A. Coalitions, science, and belief change: Comparing adversarial and collaborative policy subsystems. **The Policy Studies Journal**, v.37, n. 2, p. 195-212, 2009

ARTIGO 1

HIV/AIDS NA VELHICE: UMA ANÁLISE A PARTIR DOS DISPOSITIVOS LEGAIS E MIDIÁTICO

RESUMO

Neste artigo, examina-se a forma como o idoso é visto em documentos oficiais e midiáticos, mediante análise de políticas públicas que abordam o envelhecimento e o HIV/AIDS, em especial quanto aos tipos, conteúdos, estratégias de ação, e aos programas de enfrentamento e de prevenção destinados aos idosos. Para tanto, empregou-se o método de pesquisa de caráter exploratório-descritivo, sob a perspectiva quali-quantitativa, considerando sua complementaridade. Assim, as técnicas de coleta dos dados compreenderam as pesquisas bibliográfica, documental e midiática. O desenvolvimento da parte bibliográfica e documental foi baseado na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), no Estatuto do Idoso e na Política Nacional de DST e AIDS; para a pesquisa midiática, utilizou-se o sítio de compartilhamento de vídeos *Youtube*. A crítica foi baseada na técnica de análise de conteúdo, com auxílio do *software* Iramuteq. Como resultados, evidencia-se que cada dispositivo legal trata, de forma particular, as questões de prevenção, promoção e proteção da saúde. Na PNPS, são estabelecidas ações que buscam reduzir os riscos de adoecimento, focando na melhoria da qualidade de vida; na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e no Estatuto do Idoso, prioriza-se a garantia dos direitos da pessoa idosa, visando recuperar, manter e promover a autonomia e a independência desse indivíduo; na Política Nacional de DST/AIDS, mantém-se o foco preventivo. Adicionalmente, constata-se que apenas a PNSPI abrange o assunto “sexualidade na velhice”, apesar de o tema ter sido abordado de forma superficial. Na PNPS e na Política Nacional de DST e AIDS, a prevenção ganha destaque e, no caso das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e do vírus HIV/AIDS, a questão é apresentada de forma geral, por ser direcionada à toda população. Em relação às questões do cotidiano do idoso, com HIV ou não, retratadas nos vídeos do *Youtube*, os comportamentos de risco são evidenciados. Por outro lado, tendo em vista a realidade abordada na pesquisa midiática, que destaca um idoso sexualmente ativo, muitas vezes, há falta de informações direcionadas ao referido público. Portanto, as políticas públicas de atenção aos idosos, assim como seus programas de

saúde, deveriam estender a discussão sobre sua eficácia, a fim de otimizar o enfrentamento e a prevenção da doença, atendendo às especificidades dessa população.

Palavras-chave: Idosos; Políticas Públicas; HIV/AIDS; Dispositivos Legais; Youtube.

ABSTRACT

In this article, we examine the way the elderly are seen in official and media documents, through the analysis of public policies that address aging and HIV/AIDS, especially regarding the types, contents, action strategies, and health programs. coping and prevention for the elderly. For this, the exploratory-descriptive research method was used, from a qualitative and quantitative perspective, considering its complementarity. Thus, data collection techniques included bibliographic, documentary and media research. The development of the bibliographic and documentary part was based on the National Health Promotion Policy (PNPS, initials in portuguese), the National Elderly Health Policy (PNSI, initials in portuguese), the Elderly Statute and the National STD and AIDS Policy; for media research, the YouTube video sharing site was used. The criticism was based on the content analysis technique, with the aid of the Iramuteq software. As a result, it is evident that each legal provision deals, in a particular way, with issues of prevention, promotion and health protection. At PNPS, actions are established that seek to reduce the risk of illness, focusing on improving the quality of life; in the National Health Policy for the Elderly (PNSPI, initials in portuguese) and in the Elderly Statute, priority is given to guaranteeing the rights of the elderly, aiming to recover, maintain and promote the autonomy and independence of that individual; in the National STD/AIDS Policy, the preventive focus remains. Additionally, it appears that only the PNSPI covers the subject of “sexuality in old age”, despite the fact that the topic has been approached superficially. In the PNPS and in the National Policy on STD and AIDS, prevention is highlighted and, in the case of Sexually Transmitted Infections (STI's) and the HIV/AIDS virus, the issue is presented in general, as it is addressed to the entire population. Regarding the daily issues of the elderly, with HIV or not, portrayed in YouTube videos, risk behaviors are highlighted. On the other hand, in view of the reality addressed in the media research, which highlights a sexually active elderly person, there is often a lack of information directed to that public. Therefore, public health care policies for the elderly, as well as their health programs, should extend the discussion about their

effectiveness, in order to optimize coping and disease prevention, taking into account the specificities of this population.

Keywords: Elderly; Public policy; HIV/AIDS; Legal Provisions; Youtube.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o panorama demográfico mundial tem apresentado mudanças devido ao declínio das taxas de fertilidade e mortalidade e, como consequência, a longevidade tem se apresentado como um fenômeno real. Diante dessa realidade, diferentes segmentos, como a saúde, transporte, habitação, previdência social e educação, precisam ser redimensionados para atender esse novo perfil populacional (OLIVEIRA, 2007).

Neste contexto do envelhecimento da população, encontra-se um agravamento, o HIV/AIDS, que vem crescendo entre esta faixa etária, apresentando-se como um grave problema de saúde coletiva, por referir-se aos processos de saúde-doença e sofrimento-morte, caracterizados por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado (LOMBRADO; COSTA, 2012). É frente a esse cenário que podem se destacar as políticas públicas, como forma de prevenção e controle do HIV/AIDS.

Para Villarinho e Padilha (2014), a evolução das políticas públicas de saúde com relação ao HIV/AIDS aconteceu em fases distintas, considerando o desenvolvimento dos conhecimentos científicos com relação à doença, as articulações e a participação dos segmentos sociais e institucionais na formação das respostas à epidemia. Nesse sentido, a movimentação social iniciada pelos movimentos políticos da década de 80 contribuiu para o estabelecimento de uma nova corrente, que se fortaleceu à medida que reivindicava seus direitos e pressionava os atores políticos para a tomada de ações que iriam configurar mais tarde uma nova política (MONTEIRO; VILELA, 2009).

Jardim (2018) pontua que as questões podem se transformar em um problema, quando chamam a atenção dos formuladores que participam do processo decisório, que, por meio de mecanismos de convencimento, entendem que existe a necessidade de uma ação. Esses mecanismos de convencimento podem ser um indicador, um evento ou ainda uma crise. Desse modo, as políticas públicas resultam do processo das demandas originadas no interior do sistema político e tentam atender reivindicações de amplos setores da sociedade ou de alguns

grupos específicos, quando o atendimento das necessidades requer a ação do estado (MONTEIRO; VILELA, 2009).

No entanto, o envelhecimento e a AIDS no Brasil passam por uma questão cultural e de exclusão, centrando-se, principalmente, no preconceito social relacionado ao sexo nessa faixa etária, já que se tem a concepção que sexo é privilégio da juventude, o que contribui para manter essa população fora das prioridades de prevenção ao HIV/AIDS, representando um desafio para as atuais políticas de saúde pública (BRITO et al, 2000).

Vale ressaltar que a política pública pode sofrer alterações quando a agenda é afetada por que ocorrem modificações durante o percurso, entre elas: as mudanças de governo e na gestão de programas; alterações de cargos, que têm posição estratégica no governo, bem como de competência sobre determinado problema, provocando disputa entre quem é mais eficiente, além do fato que pode ocorrer uma relevância, a ser ignorada devido a sua localização na estrutura administrativa, ou ainda, a ocorrência de um novo acontecimento, com capacidade de exercer influência e acarretar na introdução de novas questões nas agendas do governo (JARDIM, 2018).

Diante do exposto acima, o presente artigo teve como objetivo examinar como o idoso é visto em documentos oficiais e na mídia, focando na agenda das políticas públicas quanto ao envelhecimento e, em especial, quais os tipos, conteúdos e estratégias de ação das políticas/programas de enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS, destinados aos idosos.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Visando atender o objetivo proposto, foi utilizado tanto o método de pesquisa qualitativa, quanto quantitativa, considerando a sua complementaridade. Além disso, a pesquisa foi essencialmente de caráter exploratório-descritiva.

A coleta de dados é a forma como se obtém os dados necessários para responder ao problema da pesquisa (VERGARA, 2005). Assim, as técnicas de coleta dos dados compreenderam: a pesquisa bibliográfica, documental e a pesquisa midiática.

A pesquisa documental foi realizada a partir da análise textual dos seguintes dispositivos: Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Saúde do Idoso, Estatuto do Idoso e Política Nacional de DST/AIDS. Ou seja, buscou-se verificar como o idoso é visto nos documentos que tratam sobre os seus direitos, em caso de situação de

vulnerabilidade, bem como se são contemplados com alguma estratégia, para controle e prevenção do HIV/AIDS.

Para complementar a análise documental, foi realizada a pesquisa midiática. Os dados foram levantados a partir do sítio de compartilhamento de vídeos *Youtube*, que possui o endereço virtual: www.youtube.com. O motivo da escolha pelo *Youtube* foi devido a essa ser a página mais comum e popular entre os usuários.

A coleta dos dados ocorreu em 11 de novembro de 2019, sendo utilizados os descritores “HIV/AIDS e Idosos”, da qual resultou uma amostra de 20 vídeos, que foram considerados em sua totalidade para a formação da amostra.

Após a seleção da amostra, os links dos vídeos foram salvos em uma planilha em um único dia, de modo a não comprometer a amostra selecionada, visto que a cada acesso, novos vídeos são postados. Desse modo, o conteúdo de cada vídeo foi assistido e transcrito para posterior análise.

A análise documental e midiática foi baseada na técnica de análise de conteúdo, por meio do Iramuteq, um software de análise textual.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 ANÁLISE TEXTUAL DOS DISPOSITIVOS LEGAIS: CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD)

Para a análise documental da Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de DST/AIDS foi feito uso do software Iramuteq, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que, através da lógica de correlação, usa as segmentações do corpus textual, juntamente com a lista de formas reduzidas e o dicionário embutido, para apresentar um esquema hierárquico de classes (SALVIATI, 2017).

3.1.1 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (PNPS)

No Brasil, desde meados da década de 1980, vários acontecimentos contribuíram para que a promoção da saúde fosse incorporada, como uma nova filosofia na prática das políticas de saúde. Dentre eles, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que passou a ser um fórum de

luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais, que buscassem defender e cuidar da vida dos indivíduos (CASTRO et al., 2010).

Para Rocha et al. (2014), a política de promoção da saúde surgiu, no Brasil, como uma proposta formal, em um documento de 2002, resultante de uma produção exclusivamente de técnicos e consultores do Ministério da Saúde. A aceitação destas opiniões se ampliou e a PNPS foi construída com a participação de representantes dos gestores do SUS (CONASS e CONASEMS) e da academia. Esse processo ocorreu em duas etapas, sendo a primeira coordenada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, durante a gestão de 2003-2004, e a segunda, entre 2005 e 2006, já a partir da Secretaria de Vigilância em Saúde. Estes espaços e seus atores foram os únicos envolvidos, ainda que os autores, que lideraram o processo de escrita em 2003-2004, reconhecessem a necessidade de um diálogo constante com os movimentos sociais, conseguindo estabelecer formas de articulação mais permanentes e sustentáveis, na medida em que, nessa relação, é possível multiplicar possibilidades de enfrentamento dos problemas de saúde pública e qualificar cada vez mais as ações no SUS (CAMPOS et al., 2004).

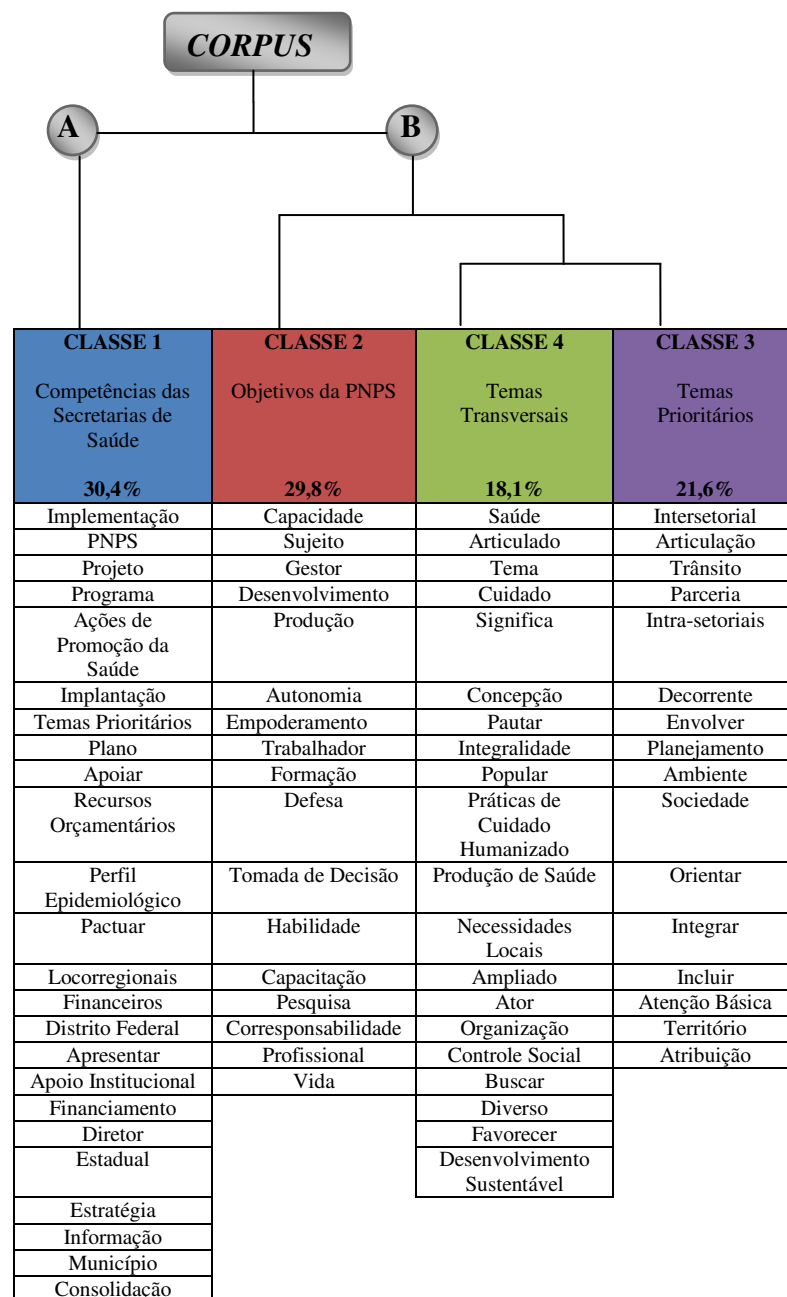
Assim, em 30 de março de 2006, a CIT aprovou a PNPS, concebida na perspectiva de operar transversalmente, produzindo uma rede de corresponsabilidade pela melhoria da qualidade de vida, reconhecendo a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, contribuindo com a mudança do modelo de atenção do SUS e incorporando a promoção à saúde (MALTA; CASTRO, 2009). Já em 2014, acontece a revisão da PNPS, entendida como um marco no aperfeiçoamento da política e no engajamento dos atores no processo, tendo como avanços a inserção da PNPS na programação orçamentária, financiamentos para projetos de atividade física, alimentação saudável, prevenção do tabagismo, da violência, além da capacitação de recursos humanos e mobilização social (MALTA et al., 2016).

Para Malta et al. (2018), nas diretrizes e as prioridades de uma política pública, como a PNPS, os esforços para sua implementação e recursos disponibilizados dizem muito sobre os valores que pautam os conceitos de saúde, cidadania, desenvolvimento sustentável e qualidade de vida para uma determinada sociedade, possibilitando reconhecer o quanto o estado, por meio de ações intersetoriais, é capaz de desenvolver ações e programas coerentes com os princípios defendidos em políticas públicas desta natureza.

Nesse contexto, para aprofundar sobre o conteúdo da PNPS foi utilizado o software Iramuteq e, a partir do corpus geral, constituído por 14 textos, foi realizada a análise

lexicográfica, especificamente, a CHD, que desmembrou o *corpus*, em 236 segmentos de textos (ST), com aproveitamento de 171 STs (72,46%). Desse corpus emergiram 8.279 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.396 palavras distintas e 521 com uma única ocorrência (FIGURA 4).

FIGURA 4 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2019).

Em um primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois subcorpora A e B, sendo que o subcorpo A deu origem a Classe 1 “Competências das Secretarias de Saúde”. Já o subcorpo B se dividiu novamente dando origem, de um lado, à Classe 2 “Objetivos da PNPS” e, do outro lado, à Classe 4 “Temas Transversais” e Classe 3 “Temas Prioritários”.

O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes: Classe 1, com 52 ST (11,7%); Classe 2, com 51 ST (16,5%); Classe 3, com 37 ST (15,5%) e Classe 4, com 31 ST (14,8%), como pode ser visualizado na Figura 4.

Nesta figura encontram-se as palavras ranqueadas pelo programa, de acordo com a sua maior associação com cada classe temática. Diante disso, tendo como base os segmentos de textos (recortes de texto dos discursos analisados) representativos de cada classe, bem como as palavras que sobressaíram em cada uma delas, foram nomeadas as seguintes classes: Competências das Secretarias de Saúde, Objetivos da PNPS, Temas Transversais da PNPS e Temas Prioritários da PNPS.

Os resultados específicos de cada classe são apresentados a seguir:

Classe 1 - Competências das Secretarias de Saúde

A Classe 1 apresenta as competências das secretarias de saúde para a promoção da saúde. No geral, as secretarias têm um papel importante na saúde da população, garantindo a atenção integral, por meio de ações de prevenção, promoção e assistência. Além disso, como destaca Dias et al. (2018), a relação que as secretarias de saúde possuem com as demais secretarias permitem o exercício da intersetorialidade, fundamento da promoção da saúde.

Algumas competências das secretarias de saúde apresentadas na PNPS seguem abaixo:

- I. Promover a articulação com os municípios para apoio à implantação e à implementação da PNPS;
- III. Pactuar, nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), nas Regionais (CIR) e no Colegiado de Gestão do Distrito Federal (CGSES/DF), as estratégias, as diretrizes, as metas, os temas prioritários e o financiamento das ações de implantação e de implementação da PNPS.
- V. Incorporar ações de promoção da saúde aos Planos Plurianual e Estadual de Saúde;
- VIII. Realizar o monitoramento e a avaliação de programas, projetos e ações de promoção da saúde no âmbito estadual e distrital;
- XIII. Elaborar materiais educativos visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde (BRASIL, 2014, p. 19-20).

Classe 2 - Objetivos da PNPS

A classe 2 traz os objetivos da política nacional de promoção da saúde, que, para Dias et al. (2018), denota a imagem objetiva de um processo, enquanto os objetivos específicos são os orientadores do *modus operandi*; portanto, fundamentais para a gestão em saúde.

A PNPS tem como objetivo principal promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014, p. 11). Já os objetivos específicos são treze, como pode ser visto a seguir:

- I. Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social.
- II. Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais; territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais.
- III. Favorecer a mobilidade humana e a acessibilidade; o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável.
- IV. Promover a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios.
- V. Apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver.
- VI. Valorizar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares.
- VII. Promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão, e também a autonomia de sujeitos e de coletividades, por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida.
- VIII. Promover processos de educação, de formação profissional e de capacitação específicos em promoção da saúde, de acordo com os princípios e os valores expressos nesta Política, para trabalhadores, gestores e cidadãos.
- IX. Estabelecer estratégias de comunicação social e de mídia direcionadas tanto ao fortalecimento dos princípios e das ações em promoção da saúde quanto à defesa de políticas públicas saudáveis.
- X. Estimular a pesquisa, a produção e a difusão de conhecimentos e de estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde.
- XI. Promover meios para a inclusão e a qualificação do registro de atividades de promoção da saúde e da equidade nos sistemas de informação e de inquéritos, permitindo a análise, o monitoramento, a avaliação e o financiamento das ações.
- XII. Fomentar discussões sobre os modos de consumo e de produção que estejam em conflito de interesses com os princípios e com os valores da promoção da saúde e que aumentem vulnerabilidades e riscos à saúde.
- XIII. Contribuir para a articulação de políticas públicas inter e intrassetoriais com as agendas nacionais e internacionais (BRASIL, 2014, p. 11).

Nesse sentido, como enfatizam Silva e Baptista (2015), os objetivos da PNPS estão ligados à redução de vulnerabilidade e riscos à saúde e da qualidade de vida, no sentido da promoção da equidade e da melhoria das condições e modos de viver.

Classe 4 - Temas Transversais da PNPS

Na Classe 4, encontram-se os temas transversais, que são referências para a formulação de agendas de promoção da saúde e para a adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e os valores do SUS e da PNPS (BRASIL, 2014, p. 14).

Os temas transversais da política nacional de promoção da saúde, conforme Brasil (2014, p.14), são:

- I. Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade;
- II. Desenvolvimento sustentável;
- III. Produção de saúde e cuidado;
- IV. Ambientes e territórios saudáveis;
- V. Vida no trabalho;
- VI. Cultura da paz e direitos humanos (BRASIL, 2014, p. 14).

No que se refere às funções de cada um desses temas, o tema I significa identificar as diferenças nas condições e oportunidades de vida, com o intuito de alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades. O tema II se refere a dar visibilidade aos modos de consumo e de produção relacionados ao tema priorizado. O tema III foca na lógica de redes, que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, de modo a reforçar a ação comunitária, a participação e o controle social, promovendo o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde. Já a prática IV significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica. O tema V compreende interrelacionar o trabalho formal e não formal com os distintos setores da economia. Por fim, o tema VI consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais, que favoreçam a mediação de conflitos, diante de situação de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz (BRASIL, 2014).

Classe 3 - Temas Prioritários da PNPS

Por fim, a Classe 3 apresenta os temas prioritários identificados pela Política Nacional de Promoção da Saúde, que foram evidenciados através das ações de promoção de saúde realizadas no ano de 2006, bem como pelas normas e regulamentos vigentes na esfera federal e pelos acordos nacionais e internacionais firmados pelo governo brasileiro, como apontado por Brasil (2014, p.23), a seguir detalhado:

- I. Formação e educação permanente;
- II. Alimentação adequada e saudável;
- III. Práticas corporais e atividades físicas;
- IV. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados;
- V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas;
- VI. Promoção da mobilidade segura;
- VII. Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos;
- VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014, p. 23).

De acordo com Brasil (2014), o tema I se refere a mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde, a fim de incluí-las nos espaços de educação permanente. Por outro lado, o tema II busca promover ações relativas à alimentação adequada e saudável, visando à promoção da saúde e segurança alimentar e nutricional; enquanto o tema III visa promover ações, aconselhamento e divulgação de práticas corporais e de atividades físicas, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, considerando a cultura local e incorporando brincadeiras, jogos, danças populares, entre outras práticas. No tema IV o objetivo é promover, articular e mobilizar ações para redução e controle do uso do tabaco, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais. O tema V busca promover, articular e mobilizar ações para redução do consumo abusivo de álcool e de outras drogas; enquanto o tema VI busca avançar na articulação intersetorial e intrassetorial, envolvendo a vigilância em saúde, a atenção básica e as redes de urgência e emergência do território na produção do cuidado e na redução da morbimortalidade decorrente do trânsito. Com respeito ao tema VII, objetiva-se promover, articular e mobilizar ações, que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos. E, por fim, o tema VIII, com a finalidade de promover, mobilizar e articular ações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, busca a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde, em articulação com os demais temas prioritários.

É importante destacar que, para Silva (2014), qualquer um dos temas prioritários deve se pautar pela busca da equidade, respeito à diversidade, busca do desenvolvimento sustentável, atuando de forma intersetorial nos seus determinantes e condicionantes na rede de produção social e do cuidado; buscando, dessa forma, a ambiência em territórios saudáveis, vida no trabalho e cultura da paz.

3.1.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Outro dispositivo legal analisado foi a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. De acordo com Fernandes e Soares (2012), o desenvolvimento de políticas públicas para idosos tem sido destaque na agenda de organizações internacionais de saúde com relação à proposição de diretrizes para nações que ainda precisam implantar programas sociais e assistenciais de atendimento às necessidades emergentes desse grupo populacional. No Brasil, apesar das iniciativas do governo federal nos anos 70, em prol das pessoas idosas, somente, em 1994, foi instituída uma política nacional voltada para esse grupo, uma vez que, antes desse período, as ações governamentais tinham cunho caritativo e de proteção.

Segundo Veras e Oliveira (2018), em 1994, nasceu a PNI, que, apesar de uma concepção avançada para sua época, não conseguiu ser aplicada em sua totalidade. Esta lei priorizou o convívio em família em detrimento do atendimento asilar e definiu como pessoa idosa aquela maior de 60 anos. Sofreu influência das discussões nacionais e internacionais sobre a questão do envelhecimento, evidenciando, não só o idoso como um sujeito de direitos, mas preconizando um atendimento de maneira diferenciada em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas, sendo esta lei resultado de discussões e consultas por todo o país, com ampla participação de idosos, gerontólogos e a sociedade civil em geral.

Para Brasil (2006), como parte dos desdobramentos da PNI, foi promulgada, em 10 de dezembro de 1999, pela portaria nº 1.395, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que foi posteriormente atualizada pela portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Esta política apresenta como finalidade “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Duarte e Moreira (2016) destacam que a PNSPI se constrói pela lógica da integralidade da atenção, o que possibilita uma abertura às singularidades do idoso; por outro lado, restringe-se, ao dar foco às questões da fragilidade e da capacidade funcional do idoso. Nesse sentido, é um instrumento importante para o estado e para a sociedade, pois, é a partir dela, que o estado consegue regular modos de ser e os idosos conseguem assegurar seus direitos em saúde. Nesta política estão as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde, sendo indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta. Além disso, ela orienta o processo contínuo de avaliação, que deve acompanhar seu

desenvolvimento, considerando possíveis ajustes determinados pela prática (RODRIGUES et al., 2007).

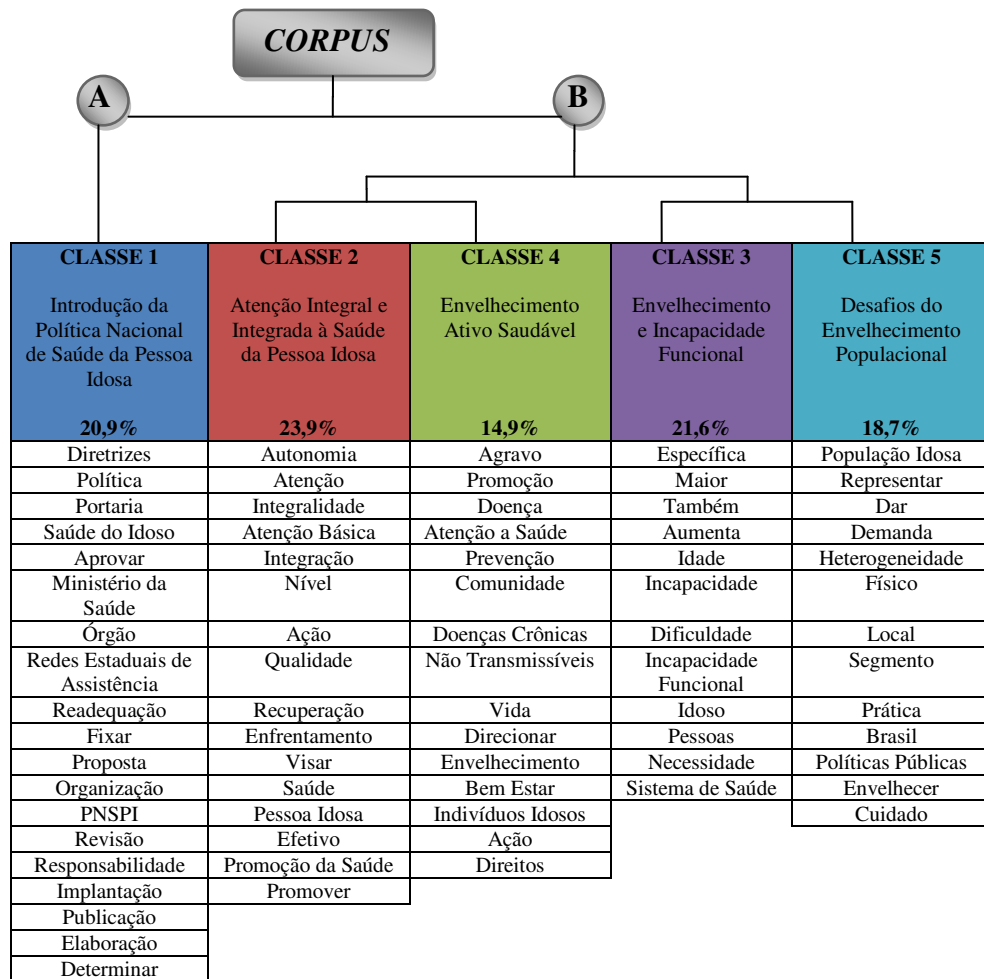
O idoso produzido pela PNSPI carrega a marca de uma visão de saúde problematizada a partir da integralidade. É um sujeito que precisa ser constantemente pensado para além do somatório de doenças que carrega, sendo interpelado no seu modo de viver e envelhecer de forma muito mais ampla em diferentes aspectos de sua existência. Essa perspectiva de saúde também acarreta efeitos importantes nos agentes dessa política, pois exige desses profissionais ações inter-relacionadas e complexas e, desta forma, os envolvidos na propagação e articulação da PNSPI devem ter um cuidado para que seu sentido, de cuidado ao idoso, não se esvazie (DUARTE; MOREIRA, 2016). Assim, a PNSPI tem como desafio a articulação do complexo sistema de saúde pública às necessidades da população idosa, numa realidade assinalada pela iniquidade social (ASSIS et al., 2016).

Nesse âmbito, com o intuito de aprofundar a análise sobre a PNSPI, foi utilizado o software Iramuteq, sendo que, a partir do *corpus* geral, constituído por 30 textos, foi realizada a análise lexicográfica, especificamente, a Classificação Hierárquica Descendente (Figura 5), que desmembrou o *corpus* em 186 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 134 STs (72,04%). Desse *corpus* emergiram 6.436 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.783 palavras distintas e 1.085 com uma única ocorrência.

No primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois subcorpora A e B, por meio da classificação hierárquica descendente. O subcorpo A deu origem à Classe 1 “Introdução da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa”. Em um segundo momento, o subcorpo B foi dividido em dois, originando, de um lado, a Classe 2 “Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa” e a Classe 4 “Envelhecimento Ativo Saudável”; e, do outro lado, a Classe 3 “Envelhecimento e Incapacidade Funcional” e a Classe 5 “Desafios do Envelhecimento Populacional”.

Assim, conforme a Figura 5, o conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: Classe 1, com 28 ST (20,9%); Classe 2, com 32 ST (23,9%); Classe 3, com 29 ST (21,6%); Classe 4, com 20 ST (14,9%); Classe 5, com 25 ST (18,7%). Nesta Figura, as palavras encontram-se ranqueadas pelo programa, de acordo com a sua maior associação com cada classe temática.

FIGURA 5 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2019).

Diante disso, tendo como base os segmentos de textos (recortes de texto dos discursos analisados) representativos de cada classe, bem como as palavras que sobressaíram em cada uma delas, as classes foram denominadas e agrupadas em temas, cujos resultados foram discutidos individualmente, como apresentado em seguida.

Classe 1 - Introdução da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

A Classe 1 apresenta as palavras referentes à introdução da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, como pode ser visto nos trechos abaixo:

Concomitante à regulamentação do SUS, o Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de

atendimento do SUS. [...] Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. [...] A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar (BRASIL, 2006, p.2).

Jardim (2012) destaca que a PNI foi questionada pela sociedade através de inúmeras discussões ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria, dentre outras entidades representativas dessa temática, a partir dessas discussões, foi elaborado um documento que se transformou no texto base da política. Nesse sentido, dentro da PNI, foi estabelecida a PNSPI.

Classe 2 - Atenção Integral e Integrada à Saúde da Pessoa Idosa

A Classe 2 traz a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, que deve ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados, com foco no usuário, baseado nos seus direitos, necessidades, preferências e habilidades; bem como no estabelecimento de fluxos bidirecionais funcionantes, que possam aumentar e facilitar o acesso a todos os níveis de atenção, providos de condições essenciais – infra-estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado para a boa qualidade técnica (BRASIL, 2006, p. 6).

Além disso, a atenção integral e integrada ao idoso estabelece,

Incorporação, na atenção básica, de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa, com envolvimento dos profissionais da atenção básica e das equipes da Saúde da Família, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial (BRASIL, 2006, p.6).

A prática de cuidados às pessoas idosas exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. [...] As intervenções devem ser feitas e orientadas com vistas à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o auto-cuidado. Grupos de auto-ajuda entre as pessoas que cuidam devem ser estimulados (BRASIL, 2006, p.7).

Assim, entende-se que PNSPI inscreve-se na lógica da integralidade, prima pelas peculiaridades de cada indivíduo idoso, pois considera essa população heterogênea e com

diferentes questões (DUARTE; MOREIRA, 2016). Além disso, a PNSPI prevê a capacitação dos profissionais de saúde, para que se consiga realizar uma abordagem interdisciplinar, multidimensional e global, que considere a interação entre os fatores psicológicos, físicos, sociais e ambientais do idoso (BRASIL, 2006).

Classe 4 - Envelhecimento Ativo e Saudável

A Classe 4 trata do envelhecimento ativo e saudável, com foco em envelhecer, mantendo a capacidade funcional e a autonomia, no reconhecimento dos direitos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização, determinados pela ONU (BRASIL, 2006, p.5).

O envelhecimento ativo e saudável também prioriza:

desenvolver e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo à pessoa idosa, baseado em critérios de risco; b) informar sobre seus direitos, como ser acompanhado por pessoas de sua rede social (livre escolha) e quem são os profissionais que cuidam de sua saúde; c) valorizar e respeitar a velhice; d) estimular a solidariedade para com esse grupo etário; e) realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos; f) realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos e idosas; g) facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física, conselhos de saúde locais e conselhos comunitários onde o idoso possa ser ouvido e apresentar suas demandas e prioridades; h) articular ações e ampliar a integração entre as secretarias municipais e as estaduais de saúde, e os programas locais desenvolvidos para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo; i) promover a participação nos grupos operativos e nos grupos de convivência, com ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão dessas na rede, nortear e captar experiências; j) informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis; k) realizar ações motivadoras ao abandono do uso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção; l) promover ações grupais integradoras com inserção de avaliação, diagnóstico e tratamento da saúde mental da pessoa idosa; m) reconhecer e incorporar as crenças e modelos culturais dos usuários em seus planos de cuidado, como forma de favorecer a adesão e a eficiência dos recursos e tratamentos disponíveis; n) promover a saúde por meio de serviços preventivos primários, tais como a vacinação da população idosa, em conformidade com a Política Nacional de Imunização; o) estimular programas de prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis em indivíduos idosos; p) implementar ações que contraponham atitudes preconceituosas e sejam esclarecedoras de que envelhecimento não é sinônimo de doença; q) disseminar informação adequada sobre o envelhecimento para os profissionais de saúde e para toda a população, em especial para a população idosa; r) implementar ações para reduzir hospitalizações e aumentar habilidades para o autocuidado dos usuários do SUS; s) incluir ações de reabilitação para a pessoa idosa na atenção primária de modo a intervir no processo que origina a dependência funcional; t) investir na promoção da saúde em todas as idades; e u) articular as ações do Sistema Único de Saúde com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS (BRASIL, 2006, p.5).

Como pode ser visto, há uma ênfase na promoção do envelhecimento saudável voltado ao desenvolvimento de ações que orientem a melhoria das habilidades funcionais, mediante a

adoção precoce de hábitos saudáveis de vida, eliminação de comportamentos nocivos à saúde, além de orientação aos idosos e seus familiares, quanto aos riscos ambientais favoráveis a quedas, destacando a importância da manutenção da capacidade funcional com vistas às perdas funcionais e reforçando as ações dirigidas para a detecção precoce de enfermidades não transmissíveis (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Keinert e Rosa (2009) complementam que essa abordagem passa a ter um enfoque baseado nos direitos das pessoas idosas, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem, além de apoiar a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e nos outros aspectos da vida em comunidade.

Classe 3 - Envelhecimento e Incapacidade Funcional

A Classe 3 traz o envelhecimento e a incapacidade funcional, ressaltando que, apesar do envelhecimento estar relacionado ao aumento de doenças e de incapacidades, estas não são consequências inevitáveis do envelhecimento, como mostra os trechos a seguir:

O envelhecimento populacional cursa com o aumento de doenças e condições que podem levar a incapacidade funcional. [...] A incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Ela também pode ser entendida como a distância entre a dificuldade apresentada e os recursos pessoais e ambientais de que dispõe para superá-la. [...] A dependência é a expressão da dificuldade ou incapacidade em realizar uma atividade específica por causa de um problema de saúde. No entanto, cabe enfatizar que a existência de uma incapacidade funcional, independentemente de sua origem, é o que determina a necessidade de um cuidador. [...] Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade. Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis. Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins. A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (BRASIL, 2006, p.4).

Portanto, o envelhecimento é uma fase natural do desenvolvimento humano, que não se restringe a um período de perdas e incapacidades. Assim, conforme pontuam Duarte et al. (2016), embora, possam ocorrer certas limitações com o passar do tempo, elas não eliminam as potencialidades únicas e distintas dessa fase da vida. Quando estas limitações são prevenidas, compensadas e bem cuidadas, é possível uma pessoa viver com respeito, dignidade, qualidade, autonomia e, acima de tudo, tendo os seus direitos humanos preservados.

Classe 5 - Desafios do Envelhecimento Populacional

Por fim, a Classe 5 apresenta os desafios do envelhecimento populacional, tendo em vista o aumento da população idosa e a necessidade de políticas, que atendam as demandas dessa faixa etária, como exposto a seguir:

Não só a população brasileira está envelhecendo, mas a proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais de idade, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Significa dizer que a população idosa também está envelhecendo. Em 2000, esse segmento representou 12,6% do total da população idosa brasileira. Isso leva a uma heterogeneidade do segmento idoso brasileiro, havendo no grupo pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de maior vulnerabilidade. [...] Quanto ao local de moradia, os idosos podem estar no ambiente familiar ou em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Cuidados institucionais não são prática generalizada nas sociedades latinas. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar. No entanto, os dados referentes à população idosa institucionalizada no Brasil são falhos. [...] De acordo com o relatório, havia cerca de 19.000 idosos institucionalizados em todo o País, o que representa 0,14% do total de idosos brasileiros. É de se esperar que esse número seja bem maior levando-se em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e que grande parte funciona na clandestinidade. [...] A heterogeneidade do grupo de idosos, seja em termos etários, de local de moradia ou socioeconômicos, acarreta demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento. [...] O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. [...] Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento a idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam (BRASIL, 2006, p.4).

Para Kalache (2008), o envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde, que desafiam os sistemas de saúde. Envelhecer não significa necessariamente adoecer e, a menos que exista doença associada, o envelhecimento pode estar relacionado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram a população ter acesso a serviços públicos e privados adequados e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida nessa fase.

Nesse sentido, como destacam Andrade et al. (2013), o envelhecimento traz como desafio a formulação de políticas públicas de saúde, que respondam às necessidades das pessoas idosas, já que a proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, tanto pelo maior acesso desta população às informações, quanto pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira.

3.1.3 ESTATUTO DO IDOSO

Os dados demográficos alarmantes que projetam a aceleração do envelhecimento da população, com consequências expressivas na economia, são responsáveis, em grande parte, pelo recente despertar da sociedade brasileira em relação às condições de vida dos idosos e aos lugares destinados a eles no cenário social. Não se deve desprezar, tantos outros motivos nesse despertar para as questões da velhice, tais como, o avanço do conhecimento científico, a preocupação com a melhoria da qualidade de vida, a ampliação de direitos e do exercício da cidadania e assim por diante (JUSTO; ROZENDO, 2010).

Segundo Oliveira (2007), a sociedade política também assumiu sua responsabilidade diante desse novo panorama demográfico brasileiro, ao elaborar a PNI e o Estatuto do Idoso, que são dispositivos legais elaborados para preservar os direitos do idoso e evitar que essa faixa etária sofra discriminações e seja marginalizada na sociedade brasileira.

Especificamente quanto ao Estatuto do Idoso, Alcântara (2016) destaca que o referido dispositivo nasceu, de certa forma, da crítica em relação à falta de efetividade e não realização de inúmeras medidas de proteção e ações previstas na lei nº 8842/1994, que instituiu a PNI. A proposta de uma lei que trouxesse uma proteção específica ao grupo de pessoas idosas também foi formada a partir da experiência social do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Assim, o estatuto surge como reflexo da não implementação da PNI e, por isso, reitera vários de seus dispositivos. Ele reafirma o direito da pessoa idosa à educação, cultura, lazer e esporte; bem como regulamenta que o poder público criará oportunidades de acesso do idoso à educação e apoiará a criação de universidades abertas para pessoas idosas (ASSIS et al., 2016). Faleiros (2016) complementa que, com o Estatuto do Idoso, consolida-se o paradigma de velhice, como direito personalíssimo, com uma visão articulada das políticas em rede, enfatizando-se o envelhecimento ativo e participativo, onde a velhice deveria ser representada de forma multidimensional e multideterminada, sendo o direito ao envelhecimento reconhecido pelo estatuto.

Justo e Rozendo (2010) destacam que, como se não bastasse sua força, como instrumento legal, o estatuto goza ainda do prestígio que conseguiu conquistar no cotidiano da sociedade, em função dos efeitos produzidos no imaginário sobre a velhice e no tratamento dispensado aos idosos. Tornou-se um marco na história da velhice, um registro de mudanças significativas em relação à figura do idoso e em relação aos espaços sociais destinados ao público senil, trazendo consigo uma série de determinações de ordem política, econômica,

cultural e subjetiva, que o torna um objeto extremamente complexo e problemático para exame e investigação.

Além disso, possui um caráter universalizante e disciplinador do entendimento que se tem da velhice e do tratamento que se deve dispensar a ela no cenário social. É fruto de um amplo consenso em torno do qual se reúnem setores organizados dos próprios idosos; entidades prestadoras de serviços especializados; políticos, que têm suas bases eleitorais e interesses nesse segmento; profissionais, que atuam junto a essa população; pesquisadores e acadêmicos, que elegem esse campo como local de seus objetos de estudo e investigação, tornando-se uma especialidade da ciência (JUSTO; ROZENDO, 2010).

Para Fernandes e Soares (2012), o estatuto do idoso veio priorizar tanto seu atendimento de um modo geral, como também aquela clientela que já apresentava algum grau de dependência. Considera-se que, com essas ações fundamentais de prevenção secundária, de reabilitação, de promoção da saúde, cuidado e tratamento, é possível garantir qualidade de vida para idosos na vida em família e em sociedade. No entanto, embora não seja inovador em vários de seus dispositivos, o estatuto do idoso inaugura decisivamente uma nova era no reconhecimento dos direitos dos idosos e firmou, de uma vez por todas, o direito à velhice, como uma questão social relevante, principalmente no que tange à apropriação pelos idosos do seu reconhecimento como sujeito de direitos, sendo que justamente em virtude desse empoderamento de boa parte dos idosos, ao menos em âmbito legal, que se abriu uma frente para a ampla judicialização dos seus direitos, frente à omissão estatal (RIBEIRO, 2016).

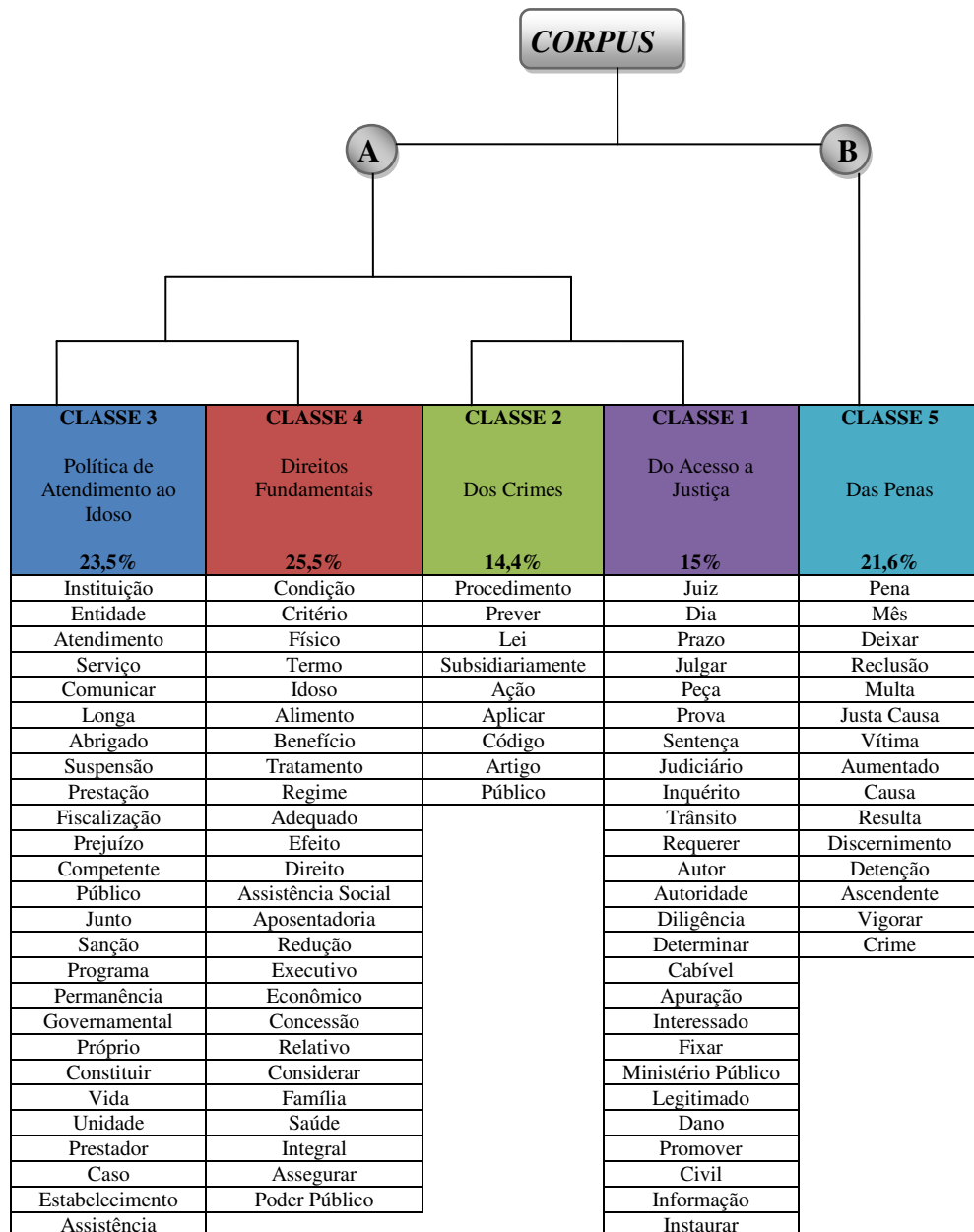
Diante do exposto e com o intuito de aprofundar a análise sobre o Estatuto do Idoso foi utilizado o software Iramuteq. A partir do corpus geral, constituído por 7 textos, foi realizada a análise lexicográfica, especificamente a CHD (Figura 6), que se desmembrou em 200 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 153 STs (76,50%). Desse corpus emergiram 7.107 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.810 palavras distintas e 1.023 com uma única ocorrência.

Em um primeiro momento, o *corpus*, conforme Figura 6, foi dividido em dois subcorpora A e B, sendo que o subcorpo B deu origem a Classe 5 “Das Penas”. Já o subgrupo A, se dividiu novamente dando origem, de um lado, à Classe 3 “Política de Atendimento ao Idoso” e à Classe 4 “Direitos Fundamentais”; e, do outro lado, à Classe 2 “Dos Crimes” e à Classe 1 “Do Acesso à Justiça”.

Dessa forma, o conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: Classe 1, com 23 ST (15,0%); Classe 2, com 22 ST (14,4%); Classe 3, com 36 ST (23,5%); Classe 4, com

39 ST (25,5%); Classe 5, com 33 ST (21,6%), como pode ser observado na Figura 6, onde se encontram as palavras ranqueadas pelo programa, de acordo com a sua maior associação com cada classe temática.

FIGURA 6 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre o Estatuto do Idoso



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2019).

Assim, tendo como base os segmentos de textos (recortes de texto dos discursos analisados) representativos de cada classe, bem como as palavras que sobressaíram em cada

uma delas, foram discutidos os resultados, referentes à cada classe, como apresentados a seguir:

Classe 3 - Política de Atendimento ao Idoso

A classe 3 apresenta a política de atendimento ao idoso, que se faz por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais (BRASIL, 2003, p. 8), cujas linhas de ação da política de atendimento podem ser visualizadas abaixo:

- I- políticas sociais básicas, previstas na Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994;II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem;
- III- serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;
- IV- serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência;
- V- proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos;
- VI- mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso (BRASIL, 2003, p. 8).

Vale ressaltar as obrigações das entidades de atendimento,

- I- celebrar contrato escrito de prestação de serviço com o idoso, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso;
- II- observar os direitos e as garantias de que são titulares os idosos;
- III- fornecer vestuário adequado, se for pública, e alimentação suficiente;
- IV- oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;
- V- oferecer atendimento personalizado;
- VI- diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares;
- VII- oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas;
- VIII- proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso;
- IX- promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer;
- X- propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;
- XI- proceder a estudo social e pessoal de cada caso;
- XII – comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infectocontagiosas;
- XIII- providenciar ou solicitar que o Ministério Público requirite os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem, na forma da lei;
- XIV- fornecer comprovante de depósito dos bens móveis que receberem dos idosos;
- XV- manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento;
- XVI- comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares;
- XVII- manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica (BRASIL, 2003, p. 9).

Com base nos trechos acima, a articulação e a integração entre todas as políticas públicas constituem uma ação estratégica para assegurar a complementaridade da rede de

atendimento às pessoas idosas, com vistas a um envelhecimento social seguro e digno (LIMA, 2011).

Classe 4 - Direitos Fundamentais

A Classe 4 apresenta os direitos fundamentais da pessoa idosa, como pode ser visto nos trechos abaixo, destacados por Brasil (2003, p.6):

CAPÍTULO I - Do Direito à Vida

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

CAPÍTULO II - Dos Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade

Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

CAPÍTULO III - Dos Alimentos

Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

CAPÍTULO IV - Do Direito à Saúde

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

CAPÍTULO V - Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

CAPÍTULO VI - Da Profissionalização e do Trabalho

Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

CAPÍTULO VII - Da Previdência Social

CAPÍTULO VIII - Da Assistência Social

Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

CAPÍTULO IX - Da Habitação

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

CAPÍTULO X - Do Transporte

Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares (BRASIL, 2003, p.6).

De acordo com Alcântara (2016), no caso dos direitos fundamentais assegurados aos idosos, previstos na PNI e no Estatuto do Idoso, a interpretação frente a esses possíveis conteúdos da legislação simbólica pode ser que o reconhecimento de direitos fundamentais signifique a confirmação social do respeito à pessoa idosa. Por outro lado, pode significar que, frente à mobilização social dos idosos, esses direitos fundamentais, sejam uma estratégia do estado para demonstrar a sua capacidade de ação e, por último, uma escapatória para calar e adiar a solução de conflitos sociais envolvendo os idosos.

Então, o Estatuto do Idoso, assim como a PNI e a PNSPI, são dispositivos que norteiam ações sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado à proteção dos mesmos. Porém, como enfatizam Andrade et al. (2013), é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável possível, na qual o estado, os profissionais da saúde, o idoso e a sociedade em geral sejam co-responsáveis por esse processo.

Classe 2 - Dos Crimes

Com respeito à Classe 2, referente aos crimes cometidos contra a pessoa idosa e que são previstos na lei, cuja pena máxima privativa de liberdade não ultrapassa quatro anos, aplica-se o procedimento previsto na lei nº 9.099 e, subsidiariamente, no que couber, as disposições do Código Penal e do Código de Processo Penal (BRASIL, 2003), que são apresentados a seguir.

Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade;

Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública;

Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado;

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado (BRASIL, 2003, p. 15).

Vale destacar que o Estatuto do Idoso estabelece que todos os crimes contra a pessoa idosa são de ação penal pública incondicionada, retirando a necessidade de o idoso representar contra seus agressores, em regra seus familiares. Tal disposição é importante e

evita que o idoso se sinta constrangido ou temeroso, o que normalmente acontecia. Assim, uma vez ocorrido o crime e levado ao conhecimento da autoridade policial, ministerial ou judicial, o procedimento deverá ser instaurado automaticamente e de ofício, sem necessidade de qualquer manifestação da vítima, tratando-se de um ponto positivo do estatuto (RITT; COSTA, 2006).

Classe 1 - Do Acesso à Justiça

A Classe 1 traz o acesso à justiça para a pessoa idosa, sendo prevista na lei a garantia de prioridade nas tramitações referentes ao idoso, como pode ser visto nos trechos a seguir:

Art. 71. É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância (BRASIL, 2003, p. 11).

Art. 90. Os agentes públicos em geral, os juízes e tribunais, no exercício de suas funções, quando tiverem conhecimento de fatos que possam configurar crime de ação pública contra idoso ou ensejar a propositura de ação para sua defesa, devem encaminhar as peças pertinentes ao Ministério Público, para as providências cabíveis (BRASIL, 2003, p. 14).

Schonarth (2016) destaca que o acesso à justiça não se limita apenas ao ingresso de um cidadão com uma demanda no poder judiciário na busca de prestação jurisdicional, pois, o alcance do acesso é muito maior, sendo inegável a ideia de efetivação de garantia à proteção de um direito pleiteado em juízo, ligada aos meios que dispõem o judiciário para a concretização do processo e dos meios de informação, que são de suma importância para o cidadão viabilizar o acesso.

Classe 5 - Das Penas

Por fim, a Classe 5 apresenta as penas para quem infringir as leis ou causar algum dano à pessoa idosa, como pode ser visualizado em alguns trechos a seguir:

Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa.

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos (BRASIL, 2003, p.9).

De acordo com Ritt e Costa (2006), o Estatuto do Idoso criou tipos penais específicos, agravou a pena para outros crimes já existentes no código penal e afastou medidas despenalizadoras nos crimes cometidos contra o idoso. Além disso, ao possibilitar a transação penal, a composição de danos e a suspensão condicional do processo, beneficiou diretamente os idosos, já que envolve, não só a mera punição do agressor, mas a busca da conciliação, do acordo e da preservação dos interesses do idoso, através, por exemplo, do ressarcimento do dano, sendo uma forma de dar mais agilidade e rapidez no julgamento dos agressores dos idosos. Portanto, tais determinações e inovações podem ser consideradas um grande avanço para o combate a violência cometida contra a população idosa.

3.1.4 POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS

Os primeiros casos de infecção pelo HIV surgiram no início da década de 1980, nos EUA. No Brasil, as respostas à epidemia se iniciaram em 1982, antes da constituição do SUS, com a criação das primeiras organizações de mobilização comunitária; em 1983, com o programa estadual de São Paulo e, em 1986, com o programa nacional no Ministério da Saúde (TEIXEIRA, 1997).

Para Sousa et al. (2012), a construção das políticas públicas de HIV foi iniciada com as primeiras informações sobre o registro de casos, ocorridos em 1981, os quais geraram reações de estigmatização sobre a AIDS. No entanto, foram as demandas e tensões geradas pela sociedade, que garantiram sua aplicabilidade e financiamento para a AIDS, tendo o estado que dar respostas à sociedade desse problema social.

Grangeiro et al. (2009) destacam que o Movimento da Reforma Sanitária, que cresceu no início da década de 1980, se constituiu na principal estrutura da política de AIDS desenvolvida em âmbito governamental, contribuindo para fundamentar seus princípios e diretrizes. O contexto sociocultural dos anos 1970 e 1980, por sua vez, foi marcado, pela conquista de liberdades individuais e pelo avanço do reconhecimento dos direitos de populações socialmente marginalizadas, como mulheres, homossexuais e negros. É este

ativismo político que permitiu a imediata reação de movimentos sociais frente à AIDS, tanto no plano da atenção à saúde quanto na prevenção e no combate às situações de discriminação dirigidas aos grupos mais afetados e às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Esse movimento, do qual participaram, entre outros, setor privado, comunidade científica e organizações não-governamentais (ONGs), além de impulsionar as políticas públicas, permitiu uma organização social fundada na solidariedade, um conceito compreendido, no âmbito do movimento social, como uma ação coletiva cuja finalidade era preservar a cidadania dos doentes e dos grupos mais atingidos.

Monteiro e Villela (2009) complementam que a grande exposição dos casos da doença na mídia, a morte de pessoas famosas e a criação das primeiras organizações não-governamentais de combate à AIDS trouxeram à tona discussões sobre a deficiência da atuação do estado sobre uma epidemia que já estava afetando outros segmentos da sociedade, além dos grupos identificados no início da doença. Para Simões (2012), o envolvimento social foi baseado na constatação de ampla disseminação da doença em diferentes classes sociais do país, tornando-se um apoio generalizado, que incluía a inserção das elites nacionais na proposição de ações políticas em relação à doença.

Nesse sentido, o tema da AIDS somente começou a fazer parte das negociações para a agenda pública a partir das pressões sofridas, seja por parte das secretarias estaduais de saúde, que já estavam trabalhando com o tema, seja por parte da sociedade civil, que sentia a necessidade da centralização de diretrizes e normas para a incorporação do problema na agenda governamental. O sentimento de gravidade da epidemia e a consciência das deficiências e problemas enfrentados pelos serviços de saúde no país foram a mola propulsora dos movimentos de pressão sobre o estado para que este se posicionasse e começasse a estabelecer os caminhos que deveriam ser seguidos. A resposta do setor público é reativa aos movimentos sociais de pressão, que exigiam ações de responsabilidade federal, para que fosse constituído um perfil único de estratégias de controle da doença (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Assim, em 1986, foi consolidado o Programa Nacional de AIDS, que passou a desenvolver uma agenda de reuniões macro regionais decisivas para a implantação de ações programáticas em todos os estados brasileiros. Nesse contexto, foram formados grupos de trabalho, constituídos por profissionais das secretarias de saúde, universidades e ONGs, que elaboraram, em 1986, um relatório denominado “Direito e garantia dos portadores de AIDS, familiares e grupos de risco”, aprovado pelo programa nacional (BARBOZA, 2006).

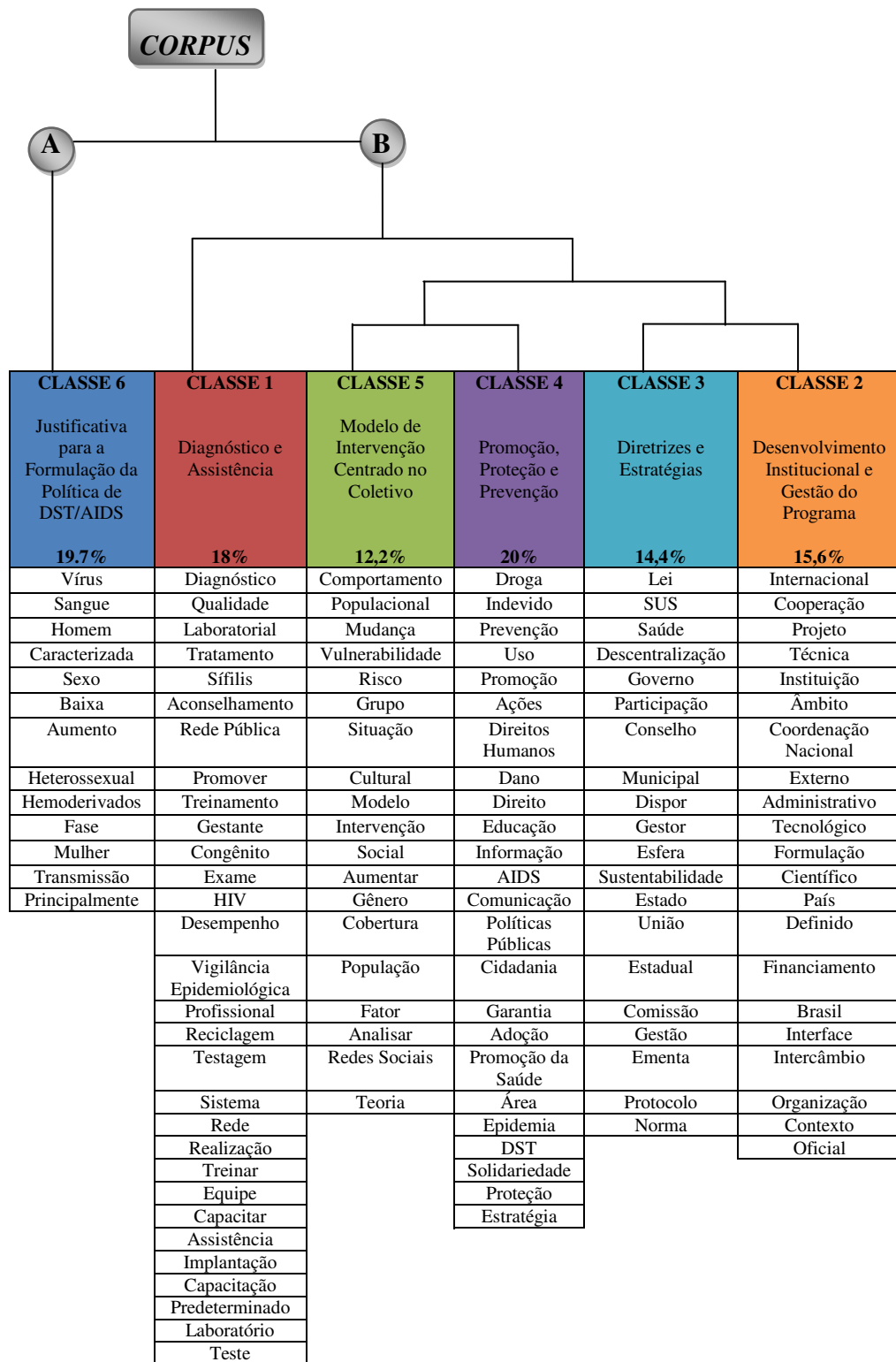
Destaca-se que a formulação da política de prevenção e tratamento do HIV/AIDS no Brasil, baseou-se, em diversos momentos, na determinação de grupos de atores sociais, a partir da mobilização social e instituição de uma série de ações, que contribuíram ao engajamento político dos governantes da época (SIMÕES, 2012). A partir da criação do programa nacional, implantou-se uma verdadeira rede de interlocução entre profissionais e instituições, que trouxe como consequência a nacionalização da resposta à epidemia e a adoção de diretrizes, que fundamentaram as primeiras ações de enfrentamento da epidemia em todo o país. Essa organicidade fortaleceu, a partir de 1994, com recursos provenientes de um acordo de empréstimo com o Banco Mundial, que permitiu o financiamento de projetos de prevenção e assistência governamentais, a incorporação de novas tecnologias e a ampliação da produção do conhecimento sobre a doença (GALVÃO, 2000).

Para Monteiro e Villela (2009), no caso do Programa Nacional de DST/AIDS, o movimento social e político teve que convergir as demandas de vários grupos para um fim comum, acarretando o envolvimento de diversos segmentos da sociedade, como intelectuais, acadêmicos, profissionais da área de saúde, ativistas sociais e grupos marginalizados para um objetivo nunca antes vislumbrado dentro da realidade brasileira. Apesar de lento e por causa do grande poder de penetração de muitos indivíduos nas mais altas esferas governamentais do país, esse movimento de pressão conseguiu se manter até atingir os seus objetivos principais, sendo que cada conquista da sociedade serviu para fortalecer os laços que foram se estreitando entre o estado e a sociedade na elaboração dessa política.

Assim, ao analisar o crescimento e o fortalecimento do programa, bem como os resultados que foram alcançados pelo Brasil na área da prevenção, tratamento e assistência aos portadores do HIV/AIDS, se tem a noção da profundidade que essa inter-relação pode alcançar e que, com algumas melhorias e adaptações, poderia talvez ser estendida para outras áreas da saúde, onde não há evidências de participação tão sólida dos grupos da sociedade civil (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Nesse contexto, com o intuito de aprofundar a análise sobre a Política Nacional de DST/AIDS foi realizada a análise lexicográfica, especificamente a CHD, apresentada na Figura 7. A partir do corpus geral, constituído por 9 textos, emergiram 839 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 694 STs (82,72%). Desse corpus surgiram 30.371 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 4.524 palavras distintas e 2.171 com uma única ocorrência.

FIGURA 7 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre Política Nacional de DST/AIDS



Fonte:Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2019).

Em um primeiro momento, conforme Figura 7, o corpus foi dividido em dois subcorpora A e B, sendo que o subcorpo A deu origem à Classe 6 “Justificativa para a Formulação da Política de DST/AIDS”. Já o subcorpo B, em um primeiro momento, deu origem à Classe 1 “Diagnóstico e Assistência”, e, em seguida, se dividiu novamente originando, de um lado, a Classe 5 “Modelo de Intervenção Centrado no Coletivo” e a Classe 4 “ Promoção, Proteção e Prevenção”, enquanto, do outro lado, a Classe 3 “Diretrizes e Estratégias” e a Classe 2 “Desenvolvimento Institucional e Gestão do Programa”.

Assim, o conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: Classe 1, com 125 ST (18%); Classe 2, com 108 ST (15,6%); Classe 3, com 100 ST (14,4%); Classe 4, com 85 ST (20%); Classe 5, com 139 ST (12,2%) e a Classe 6, com 137 ST (19,7%), gerando-se a Figura 7, onde se encontram as palavras ranqueadas pelo programa, de acordo com a sua maior associação com cada classe temática.

Dessa forma, tendo como base os segmentos de textos (recortes de texto dos discursos analisados) representativos de cada classe, bem como as palavras que sobressaíram em cada uma delas, foi possível discutir os resultados referentes a cada classe, a seguir apresentados.

Classe 6 - Justificativa para a Formulação da Política de DST/AIDS

A Classe 6 apresenta a justificativa para a formulação da política de DST/AIDS, trazendo o aumento do número de casos, bem como o percurso da epidemia, como ressaltado por Brasil (1999, p.10), no trecho abaixo:

“Nos últimos anos, a epidemia de AIDS vem colocando novos desafios para as políticas públicas. Para enfrentá-los, é importante situá-los nacionalmente, em sentido amplo, e, de forma específica, no setor saúde [...]. A implementação de ações necessárias para a prevenção e a assistência, bem como o estabelecimento de mecanismos de apoio que visem à redução da vulnerabilidade da população ao HIV/AIDS e garantam os direitos de todas as pessoas infectadas pelo vírus, requer vontade política. Historicamente, poderíamos dizer que o curso da epidemia no país pode ser dividido em 3 grandes fases: uma fase inicial - que restringia o olhar apenas ao infectado, impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde-, caracterizada por transmissão, principalmente em homens que fazem sexo com homens, e por um nível de escolaridade alto, perpassando um conceito de grupo de risco; uma segunda fase - que ampliava o olhar sobre a exposição ao vírus -, caracterizada pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual, perpassando um conceito de comportamento de risco; uma terceira fase - que caracteriza a suscetibilidade das pessoas ao vírus-, quando se acentua uma maior disseminação entre os heterossexuais, principalmente mulheres, um aumento percentual entre as pessoas de baixa escolaridade e a interiorização para municípios de médio e pequeno porte, exigindo aqui um conceito de vulnerabilidade (BRASIL, 1999, p. 10).

Na visão de Marques (2002), o HIV/AIDS surgiu numa época em que as autoridades sanitárias mundiais acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e saber médicos modernos; suscitou comportamentos e respostas coletivas, nos quais estão inseridas as estratégias políticas oficiais em seus diversos contextos.

No Brasil, como um problema de saúde que evoluiu, demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais, o HIV/AIDS constituiu-se como um espaço metodológico relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro poderia se organizar e estabelecer as políticas de saúde pública. Nesse sentido, Rocha (2003) complementa que a rápida disseminação do HIV, na década de 1980, foi bastante evidente e, à medida que surgiam novos casos, as primeiras iniciativas de políticas públicas foram sendo elaboradas, em resposta à epidemia da AIDS, a partir da mobilização social e dos governos estaduais, pressionando progressivamente um posicionamento do governo federal.

Classe 1 - Diagnóstico e Assistência

A Classe 1 se refere ao diagnóstico e assistência às pessoas com DST, HIV/AIDS. Na Política Nacional de DST/AIDS, esse componente tem como função principal definir e implementar diretrizes, estratégias e linhas de ação para garantir que os indivíduos infectados pelo HIV, portadores de AIDS e/ou outras DSTs, tenham acesso a procedimentos de diagnóstico e tratamento de qualidade, na rede pública de saúde (BRASIL, 1999).

A seguir alguns trechos desta política.

Oferecer o diagnóstico e o tratamento das DST nos vários níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) (Unidades Básicas de Saúde e serviços de referência) [...] Promover o acesso da população aos exames laboratoriais necessários para o diagnóstico e tratamento, com qualidade, das DST (gonorréia, sífilis, hepatites e infecção por clamídia) [...] Promover o acesso dos indivíduos infectados pelo HIV/AIDS a serviços de assistência da rede pública de saúde e garantir a qualidade do atendimento; [...] Garantir o treinamento/capacitação e reciclagem de conhecimentos de profissionais de saúde para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV/AIDS (BRASIL, 1999, p.35-36).

De acordo com Villarinho et al. (2013), no Brasil, ao longo das últimas décadas da epidemia do HIV/AIDS, o conjunto de intervenções voltadas à qualidade da assistência esteve sempre no escopo das políticas públicas de saúde, sendo que a elaboração dessas políticas, voltadas ao HIV/AIDS, culminou na consolidação de diversas leis, programas e coordenações de saúde, assim como teve um papel preponderante na organização dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) às pessoas com HIV/AIDS. Além disso, como destaca Monteiro e Villela (2009), o Brasil foi o primeiro entre os países em desenvolvimento a

garantir a assistência através da distribuição dos medicamentos às pessoas afetadas pela AIDS.

Classe 5 - Modelo de Intervenção Centrado no Coletivo

A Classe 5 denominada modelo de intervenção centrado no coletivo é baseada na identificação e definição da população para a qual as ações devem se destinar, como pode ser visto nos trechos a seguir.

Uma inovação se introduz na comunidade, utilizando-se os líderes e pessoas respeitadas para que eles divulguem as ações entre os demais. Em alguns projetos, a adesão às práticas seguras se promove por meio de líderes comunitários ou religiosos. Cada projeto elabora sua estratégia, analisando-se as relações sociais da comunidade onde pretende atuar. Em seguida, elabora-se uma estratégia de mobilização social (BRASIL, 1999, p. 17).

A teoria das redes sociais parte da premissa de que o comportamento de um pessoa, grupo, família ou comunidade é uma junção das necessidades e preferências pessoais em relação às tarefas que desempenham, ao ambiente social imediato no qual vivem e às normas sociais a que aderem. A percepção do risco para o HIV e para o uso indevido de drogas está diretamente relacionada aos vínculos e à comunicação estabelecidos num processo contínuo e permanente de interação (BRASIL, 1999, p.17).

Silva et al. (2015) destacam que os modelos de intervenção centrados no coletivo, consideram a relevância do estabelecimento de vínculo e interação social. Neste sentido, as ações devem fortalecer as redes sociais, a fim de atingir a promoção da saúde, prevenção da doença e fornecimento de suporte social, desenvolvendo alternativas para o enfrentamento da epidemia.

Classe 4 - Promoção, Proteção e Prevenção

A Classe 4 apresenta as ações de promoção, proteção e prevenção das DSTs, HIV/AIDS, como destacado por Brasil (1999, p.14-15), a seguir apresentadas:

A epidemia não atinge de maneira uniforme toda a população, e sua distribuição é distinta nos diferentes grupos e regiões do país, apresentando, inclusive, diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de transmissão; [...] A garantia dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de HIV/AIDS; [...] A descentralização de ações no âmbito da prevenção, da promoção e da educação em saúde; [...] O desenvolvimento das ações pressupõe o acesso à informação e aos meios adequados para a adoção de práticas seguras, como: materiais educativos próprios às populações a que se destinam, os preservativos e equipamentos para injeção; [...] O aconselhamento é um procedimento fundamental nas práticas de prevenção e assistência às DST/HIV/AIDS; [...] As ações na área de drogas e AIDS trabalham com os conceitos de redução de demanda e de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas.

Este componente da política compreende as áreas de prevenção, articulação com ONGs, drogas e AIDS, comunicação social, direitos humanos e saúde mental em HIV/AIDS, além de articular suas diretrizes, estratégias e ações, tendo em vista a redução da incidência da infecção pelo HIV/AIDS e por outras DSTs (BRASIL, 1999, p. 13).

Classe 3 - Diretrizes e Estratégias

A Classe 3 traz as diretrizes e estratégias da política nacional de DST/AIDS, ressaltadas por Brasil (1999, p.18), como pode ser evidenciado a seguir:

Promoção da sustentabilidade e da descentralização, favorecendo-se a inclusão de parceiros locais, de forma a se garantir a continuidade das ações; [...] Desenvolvimento de parcerias com o setor empresarial, estimulando ações integradas com os órgãos governamentais conveniados, nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal; [...] Promoção da sustentabilidade e da descentralização, favorecendo-se a inclusão de parceiros locais, de forma a se garantir a continuidade das ações; [...] Integração com o SUS, estando explicitados os atores envolvidos na parceria.

Este componente tem a função de definir as estratégias e linhas de ação para o enfrentamento da epidemia de DST/AIDS, articulando-se externamente com outras instâncias de governo e da sociedade civil, levando em conta os avanços científicos, a noção do processo saúde e doença, bem como os determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos (BRASIL, 1999, p. 18). Além disso, as diretrizes, que regem as ações de prevenção para as DSTs e HIV/AIDS, estão baseadas em conceitos e marcos teóricos na perspectiva de vulnerabilidade ou risco acrescido para a infecção pelo HIV/AIDS, tendo como princípio os direitos humanos (BRASIL, 2003).

Classe 2 - Desenvolvimento Institucional e Gestão do Programa

A Classe 2, denominada “Desenvolvimento Institucional e Gestão do Programa”, contribui para o alcance do objetivo geral 3, que se refere a “Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pela prevenção e controle das DST e AIDS”, o que, por sua vez, fornece condições para o cumprimento dos objetivos de impacto: objetivo 1 “Reduzir a incidência da infecção pelo HIV/AIDS e de outras DST; e objetivo 2 “Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, do tratamento e da assistência em DST/HIV/AIDS, possibilitando, dessa forma, o alcance dos resultados esperados no enfrentamento da epidemia (BRASIL, 1999, p. 51).

A seguir, alguns trechos referentes a essa classe.

O Componente de Desenvolvimento Institucional e Gestão implementa suas ações, tendo como referência maior às diretrizes do Sistema Único de Saúde, promovendo o desenvolvimento de estratégias e ações que garantam as condições objetivas para a descentralização do programa em âmbito estadual e municipal, a efetiva participação comunitária e privada e o exercício do controle social da sociedade civil, o acesso universal aos serviços e insumos para a prevenção das DST e AIDS e a atenção à saúde, particularmente junto às populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV e outras DST, tendo como pano de fundo os princípios de equidade e integralidade das ações. Mais ainda: as diretrizes e estratégias deste componente fundamentam-se na estreita interface e sinergia com aquelas desenvolvidas nos dois primeiros componentes (BRASIL, 1999, p. 51).

Negociação de projetos e atividades de cooperação, sua formalização junto às instâncias pertinentes, as providências técnico-administrativas para viabilização das ações, bem como a articulação com organismos internacionais e com governos estrangeiros no sentido de viabilizar ações de cooperação técnica, científica e tecnológica e financeira. Cabe à área de cooperação externa traçar as diretrizes políticas e a estratégia de atuação da CN-DST/AIDS, com relação aos demais países, bem como responder às demandas advindas das instâncias competentes do governo federal, com respeito à política externa em nível macro (BRASIL, 1999, p. 63).

Além disso, o desenvolvimento institucional e a gestão têm função estratégica, subsidiando o processo de tomada de decisão dos gestores de instituições governamentais e não-governamentais, na formulação, execução e aprimoramento das políticas de prevenção e de controle das DSTs e AIDS (BRASIL, 1999).

3.2 NUVEM DE PALAVRAS DESCRITAS NOS DISPOSITIVOS LEGAIS ANALISADOS

Tendo em vista uma melhor visualização e sintetização dos dados referentes à totalidade dos documentos legais analisados, utilizou-se a nuvem de palavras, obtida por meio do software Iramuteq, uma vez que essa análise é oriunda dos discursos presentes nos documentos analisados e possibilita a verificação das palavras mais evocadas. Ressalta-se que as palavras maiores são aquelas que possuem maior relevância nos *corpus* textuais analisados. Dentre as palavras mencionadas, considera-se que devem ser destacadas as seguintes: AIDS, saúde, ação, DST, HIV, idoso, prevenção, promover e promoção da saúde, como apresentado na Figura 8.

Ao observar a figura a seguir, identifica-se um grande número de palavras, o que está relacionado ao fato de a análise ter sido realizada a partir de documentos, de certa forma extensos e com um conteúdo de grande importância. Destaca-se também as palavras com maior relevância no centro da nuvem, que estão relacionadas diretamente aos temas principais de cada política analisada, sendo possível destacar a palavra Saúde, foco de todos os documentos analisados.

- A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por sua vez, foi instituída com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa, por meio de medidas individuais e coletivas, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Nesse sentido, a promoção da saúde apresenta-se como a interface das ações de educação, com as de saúde, traduzindo-se em ações de cunho preventivo (CEZAR et al., 2012). Dessa forma, a PNSPI, com o objetivo de garantir o envelhecimento ativo e saudável, destaca a necessidade da prática de sexo seguro.
- O Estatuto do Idoso representou uma grande conquista social e um marco na garantia dos direitos da pessoa idosa. Em seus artigos ficam consolidados os direitos referentes à saúde, à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, à profissionalização e ao trabalho, à previdência social, à assistência social, à habitação, ao transporte, à fiscalização de entidades de atendimento e à tipificação de crimes contra a pessoa idosa (VERAS; OLIVEIRA, 2018). No entanto, observa-se que o Estatuto do Idoso não trata sobre o assunto da sexualidade (SILVA et al., 2018).
- A Política Nacional de DST/AIDS traz a noção de vulnerabilidade, como sua principal referência analítica, sendo que as respostas à prevenção das DSTs e do HIV/AIDS devem contribuir para a redução de vulnerabilidade nos níveis individual, social e programático (FERRAZ; NEMES, 2010). Apesar dos programas governamentais e não-governamentais se dedicarem a promover políticas não discriminatórias, defendendo os direitos das pessoas com HIV e ampliando a consciência de que o HIV/AIDS atinge igualmente a todos, no que se refere à sexualidade, observa-se que a abordagem é feita para todos da mesma forma, sem considerar que as práticas sexuais, tem seus sentidos particulares em cada cena sexual e em cada contexto sociocultural. Considera-se que essa visão simplista reduz a compreensão acerca da dinâmica da epidemia e dos fatores que potencialmente levam as pessoas a se infectarem (PAIVA, 2002).

Assim, após a análise das políticas acima, foi possível identificar que apenas a PNSPI trata sobre o assunto da sexualidade na velhice, mesmo que de forma bastante superficial, enquanto a Política de Promoção da Saúde e a Política Nacional de HIV/AIDS focam na prevenção e nas DSTs, HIV/AIDS, de forma geral, direcionada para toda a população.

Nesse sentido, pode-se inferir que os dispositivos legais focam na questão da saúde, isto é, prioriza-se uma visão do processo saúde-doença, com riscos para a velhice e a necessidade de ações que promovam o envelhecimento ativo e saudável.

3.3 PERCEPÇÃO DO HIV/AIDS NA VELHICE A PARTIR DE DISPOSITIVO MIDIÁTICO: ANÁLISE DE VÍDEOS DO *YOUTUBE*

Com o intuito de aprofundar a análise sobre o HIV/AIDS na velhice, complementando a análise documental sobre os dispositivos legais, foi realizada uma pesquisa midiática, a partir da busca no sítio do *Youtube*, que totalizou um quantitativo de 20 vídeos, conforme Tabela 1.

TABELA 1 - Caracterização dos Vídeos do *Youtube* Integrantes do Estudo

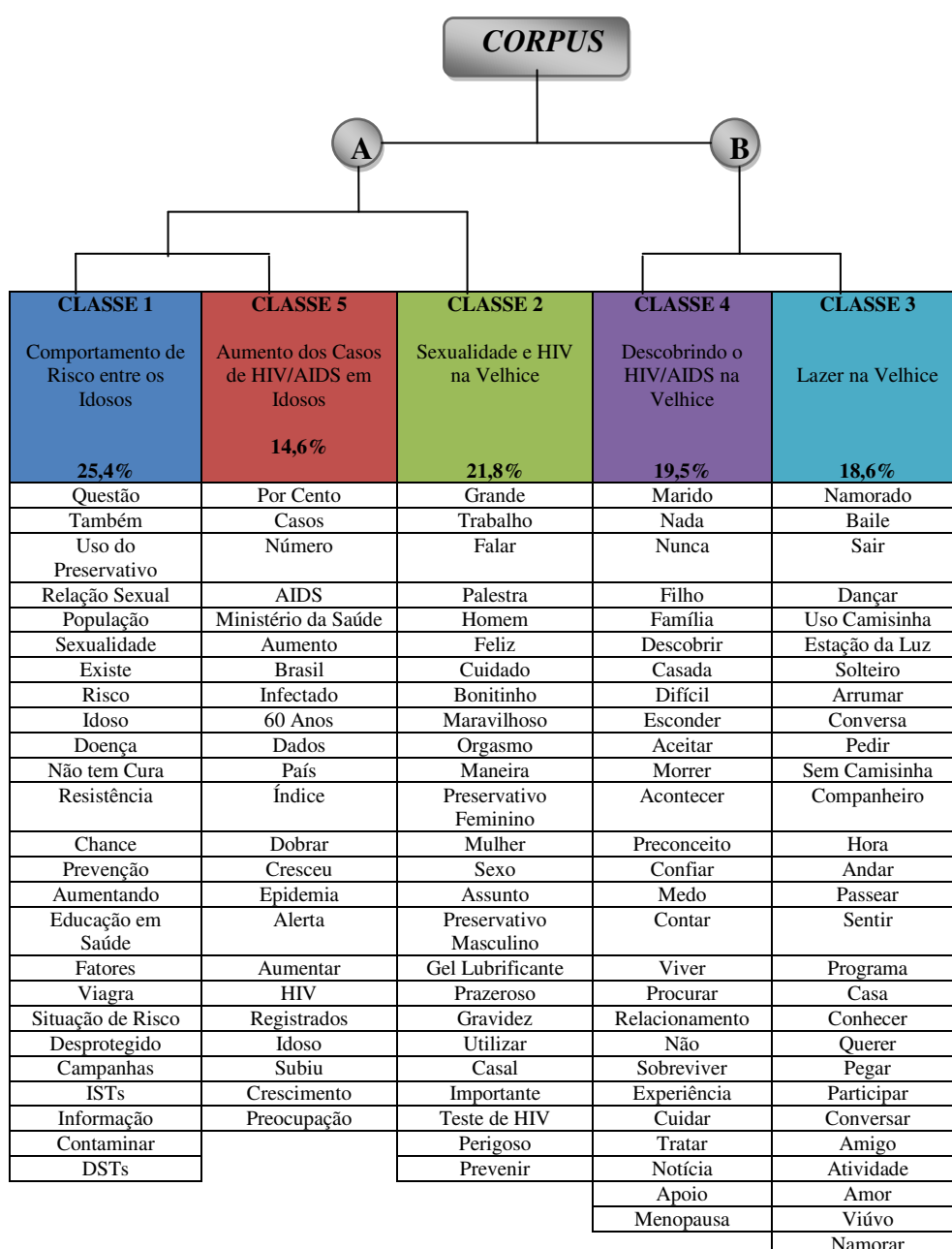
| TÍTULO | TEMPO DE DURAÇÃO | TEMPO DE POSTAGEM | NÚMERO DE VISUALIZAÇÕES |
|---|------------------|-------------------|-------------------------|
| Idosos Lutam Contra AIDS e Rejeição de Amigos e Familiares | 4min e 22s | 1 ano | 2,2 mil |
| Número de Idosos com HIV Dobrou na Última Década no Brasil | 4min e 41s | 1 ano | 2,4 mil |
| HIV na Terceira Idade | 8min 31s | 8 anos | 9,7 mil |
| HIV Aumenta entre Idosos no Estado de São Paulo | 1min 22s | 2 anos | 598 |
| Sexualidade e HIV como Questão da Pessoa Idosa | 36min 14s | 6 anos | 1,7 mil |
| Idosos HIV Brasil | 4min 57s | 6 meses | 1,3 mil |
| Aumento de Casos de AIDS entre Idosos Preocupa Ministério da Saúde | 2min 04s | 3 anos | 254 |
| Idoso é Principal Alvo de Campanha de Prevenção de AIDS | 2min 23s | 6 anos | 1,8 mil |
| Cresce Casos de AIDS em Idoso | 2min 31s | 3 anos | 357 |
| Sobreviventes do HIV/AIDS nos Anos 80 | 12min 50s | 1 ano | 197 mil |
| Testes de HIV para Idosos no Terminal Jabaquara | 3min 30s | 2 anos | 609 |
| Pesquisa Mostra que Vem Aumentando o Índice de Idosos Infectados pelo HIV | 1min 41s | 5 anos | 792 |
| Cresce Número de Casos de AIDS entre Idosos e Jovens no Brasil | 4min 48s | 6 anos | 404 |
| Cresce Número de Casos de HIV entre Idoso | 3min 37s | 7 meses | 115 |
| HIV/AIDS na Terceira Idade | 25min 32s | 4 anos | 1,8 mil |
| AIDS e Prazer na Terceira Idade | 14min 56s | 3 anos | 16 mil |
| Sexo sem Proteção Amplia ISTs em Idosos | 1min 29s | 2 anos | 370 |
| Assistência de Enfermagem aos Idosos com HIV/AIDS | 16min 53s | 1 ano | 307 |
| Notícias em Debate - AIDS em Idosos | 21min 02s | 3 semanas | 43 |
| Sexo na Terceira Idade | 35min 10s | 1 ano | 31 mil |

FONTE: Elaborado pela autora, a partir da busca no *Youtube* (2019).

A Tabela 1 buscou caracterizar os vídeos analisados, considerando o título, tempo de duração; data da postagem e número de visualizações. Para análise do conteúdo desses vídeos foi feito uso do software Iramuteq, onde a partir do corpus geral, constituído por 20 textos, foi

realizada a análise lexicográfica, especificamente, a Classificação Hierárquica Descendente (Figura 9), que desmembrou o corpus em 683 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 82 STs (73,87%). Desse corpus emergiram 23.888 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 3.408 palavras distintas e 1.846 com uma única ocorrência.

FIGURA 9 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente sobre o Conteúdo de Dispositivo Midiático



Fonte:Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2019).

Em um primeiro momento, o corpus foi dividido em dois subcorpora A e B, por meio da classificação hierárquica descendente. Em um segundo momento, o subcorpo B foi dividido em dois, obtendo-se a Classe 4 “Descobrimo o HIV/AIDS na Velhice” e a Classe 3 “Lazer na Velhice”. A classe A também se dividiu e deu origem a Classe 2 “Sexualidade e HIV na Velhice”, bem como as classes 1 “Comportamento de Risco entre os Idosos” e 5 “Aumento dos Casos de HIV/AIDS em Idosos”.

De acordo com a Figura 9, o conteúdo analisado foi categorizado em cinco classes: Classe 1, com 155 ST (25,4%); Classe 2, com 133 ST (21,8%); Classe 3, com 119 ST (18,6%); Classe 4, com 113 ST (19,5%); Classe 5, com 89 ST (14,6%). Nesta Figura as palavras encontram-se ranqueadas pelo programa, de acordo com a sua maior associação com cada classe temática.

Tendo como base os segmentos de textos (recortes de texto dos discursos analisados) representativos de cada classe, bem como as palavras que sobressaíram em cada uma delas, as classes foram denominadas e agrupadas em temas, cujos resultados foram discutidos individualmente, como apresentado a seguir.

Classe 1 - Comportamento de Risco entre os Idosos

A Classe 1 apresenta os fatores associados ao comportamento de risco entre os idosos, no que se refere a sexualidade, como pode-se ver nas falas a seguir:

[...] as pessoas estão vivendo cada vez mais e melhor, e não foi educada sexualmente na questão de preservativos, e a sexualidade do idoso também estendeu, os novos medicamentos como Viagra, que sempre se fala, em outros, quando você mistura essas 2 coisas, pessoas sem proteção e uma sexualidade estendida acaba afetando esse grupo etário. (Vídeo 7).

[...] têm a falsa ideia de que o vírus HIV só acomete a população mais jovem, mas com o aumento da expectativa de vida da população, essa população da terceira idade aumentou também a vida sexual, e muitas vezes não tem o hábito do uso do preservativo, já que associa o uso do preservativo exclusivamente para prevenir uma gravidez indesejada. (Vídeo 11).

Em função das falas, pode-se dizer que o principal fator de risco para DST e HIV/AIDS em idosos é a prática sexual desprotegida, uma vez que, com o aumento da idade, existe uma tendência em diminuir o uso de preservativos nas relações sexuais. Dentre os fatores que contribuem para a baixa adesão do uso do preservativo nesta população estão: menor preocupação com concepção; dificuldades com o manuseio do preservativo e piora do desempenho sexual; incapacidade de mulheres idosas em negociar o uso de preservativo; estabilidade do relacionamento e submissão ao companheiro, somando-se a isso as crescentes

exposições a situações de risco, relacionadas ao aumento das taxas de divórcio, viuvez, procura de parceiros sexuais na internet e aumento do turismo sexual (NETO et al., 2015).

Além disso, Souza et al. (2013) destacam que o conhecimento dos idosos sobre as DSTs é deficiente, principalmente frente à baixa utilização de preservativos e a realização do teste HIV, como forma de prevenção, estando com riscos aumentado para as doenças sexualmente transmissíveis. Vale destacar, como argumentam Neto et al. (2015), que os aspectos socioculturais também são tidos como de risco para os casos crescentes de DST e HIV/AIDS nessa faixa etária, visto que muitos idosos não se consideram em risco e não possuem consciência das complicações de uma infecção.

Classe 5 - Aumento dos Casos de HIV/AIDS em Idosos

A Classe 5 traz o aumento dos casos de HIV/AIDS nos idosos, tendo em vista que este é um dado alarmante, devido ao crescente número de casos, nos últimos anos, no Brasil, como reportado nas falas do vídeo 19, abaixo apresentadas:

Os índices de portadores de HIV entre as pessoas acima dos 60 anos, é a população que está mais aumentando, então é por isso que a gente tem que ter um olhar mais cuidadoso para essa população. Na verdade a população está envelhecendo, todos nós estamos envelhecendo, a população que mais cresce no mundo é da terceira idade, é acima de 60 anos, então é natural que todas as doenças têm um aumento da prevalência nessa população. Porém o HIV, teve um, digamos assim, um aumento bastante considerável, tem um motivo para isso está acontecendo. [...] Hoje parece que esse (a camisinha) é um assunto que se passa por cima, esse é o resultado de falta de conscientização que está acontecendo pra gente ter esse resultado, [...] Na verdade, assim, tem alguns dados que eu vou te falar que são até 2018 é que são do ministério da saúde, então em pacientes acima de 60 anos houve um aumento de 80% dos casos de HIV, [...]Então se houve um aumento de 80% nas pessoas acima de 80 anos, nas mulheres esse aumento foi de 7 vezes, então se a gente for ver estatisticamente, isso é um aumento de 600%. (Vídeo 19).

Vieira et al. (2012) ressaltam que o número de casos de HIV/AIDS na população idosa vem aumentando nos últimos anos. Juntamente com o aumento do número de idosos, cresce também os casos de infecção por DSTs e AIDS, nesta população, até porque, mesmo com o avanço da idade, as pessoas idosas não perdem a libido sexual (SOUZA et al., 2013).

Classe 2 - Sexualidade e HIV na Velhice

A Classe 2 está associada à sexualidade e ao HIV na população idosa, sendo possível identificar que, ao contrário do que muitos imaginam, os idosos têm sim uma vida sexual ativa e, muitas vezes, acabam por manterem relações sexuais sem preservativo, tornando-se,

assim, uma população propensa à infecção pelo HIV. Nesse sentido, é de grande importância trabalhar as práticas de prevenção com esses idosos, que, muitas vezes, não tem acesso a essas informações, como pode ser visto nas falas a seguir.

Porque o número ta muito grande mesmo, principalmente idosos, porque as pessoas pensam que não pratica mais relação sexual, que não pega nada. (Vídeo 18).

Meu nome é Terezinha né, eu faço parte da região norte, eu sou multiplicadora da saúde da prevenção contra o HIV, nós fizemos o curso né, a associação saúde da família e agora agente está em campo fazendo demonstração de como a gente passa esse trabalho pro idoso. Então assim, às vezes a gente fala assim, aí o idoso ele já sabe por preservativo, ele sabe como é que lida com a sexualidade dele, mas muitas vezes não, então assim, a gente tem o pênis né aí nós vamos ter um preservativo masculino, muito cuidado pra carregar esse preservativo, as vezes põe na bolsa, pode furar, é perigoso, e a gente não percebe, e tem que ter data de validade, porque se ele tiver fora da data, ele pode estar ressecado, e não vai resolver o seu problema, então a gente tem a maneira de abrir; a gente abre ele e coloca no pênis. Existem pessoas que fazem assim, a idéia, de qualquer maneira, não a gente precisa segurar a pontinha né pra que não tenha ar, porque de repente ele pode estourar, então é colocado, e aqui vai ter a reserva, é do esperma, tudo bem, vai ser maravilhoso, aí depois aí assim, uma coisa muito importante, a gente tem sexo de toda maneira; o papai mamãe, normal assim, o oral, então no oral você tem que usar outro preservativo, você não pode usar o mesmo, elimina, joga no lixo, o anal a mesma coisa, você toma muito cuidado, e joga fora também [...] então a gente vai sair de uma relação assim prazerosa né, e com todos os cuidados, porque a gente fala assim, a os idosos às vezes falam com a gente assim, ah mas eu sou operado, aí as senhorinhas também, não mas eu não tenho mais perigo de gravidez, aí a gente comenta gravidez já não temos graças a Deus, a gente sabe, mas é uma maneira da gente se prevenir para que a gente não tenha uma contaminação né, de um HIV, que depois é mais difícil. (Vídeo 5).

No atual contexto sociocultural, a sexualidade em idosos surge como algo inadequado, baseado no estereótipo da velhice assexuada, que rotula o homem como impotente e a mulher como desprovida de atrativos físicos. A partir dessa idéia, homens e mulheres sentem-se incapazes para exercer sua sexualidade e, a partir dela, resistem também ao uso de preservativo. Assim, é o novo panorama epidemiológico de doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, atingindo em grande escala essa faixa da população, um dos grandes denunciadores da sexualidade na velhice (RUFINO; ARRAIS, 2011).

Para Maschio et al. (2011), grande parte da sociedade tenta negar a sexualidade do idoso; as pessoas acham “feio”, negam-se a aceitar que o idoso possa querer namorar, esquecem que a sexualidade não é só genitalidade e que existe também uma afetividade, que é essencial ao ser humano.

Assim, vale salientar que a idade não dessexualiza o indivíduo, o que existe na verdade são apenas modificação quantitativas da resposta sexual; ou seja, a vida sexual transforma-se constantemente ao longo de toda a evolução individual, só desaparecendo com a morte. Nesse sentido, como destaca Souza (2008), o preconceito e a dificuldade para se

estabelecerem medidas preventivas, especialmente no que se refere ao uso de preservativos, ainda são mais graves que nos outros segmentos populacionais.

Classe 4 - Descobrendo o HIV/AIDS na Velhice

A Classe 4 traz a descoberta do idoso de que está com HIV/AIDS, como reportado nos vídeos, apresentados a seguir.

[...] daí ela (médica) constatou que era o HIV. Quando eu cheguei em casa, que ai eu conversando com o meu marido, que ai eu comecei a ver o que realmente tava acontecendo. Porque eu comentei com ele né, que era uma doença que eu nunca imaginei que fosse pegar dele, e ele, de mim ele não pegou. Mas como assim? Se eu nunca tive outro parceiro, a não ser tu. Ai ele já tinha pego a doença, ele tava com 60 anos, eu confiei nele, porque ele era meu primeiro marido né, mas eu procurei confiar nele né, que eu sempre me cuidava, no meu relacionamento com ele, eu procurei confiar nele, porque eu pensei que pessoa de idade não ia pegar HIV. (Vídeo 5).

Eu nunca exigi que ninguém usasse (preservativo). Pra mim, eu não prestava atenção nisso. O médico falou, você quer fazer exame, e eu quis. Eu queria saber se eu estava com isso, porque eu ia ter que cuidar de mim. Foi ai que eu descobri. (Vídeo 20).

O mais difícil pra mim que ta sendo agora é que começou a aparecer outras doenças. Me apareceu pneumonia, eu tive herpes, tive conjuntivite. Eu aceitei bem o tratamento porque eu quero viver. Já to mais com experiência agora, porque o meu marido ele não quer usar camisinha, porque ele pensa que camisinha agora, porque nos já estamos com essa doença, não precisa mais. (Vídeo 15).

No início da epidemia, o diagnóstico de HIV/AIDS era recebido como uma sentença de morte; isto é, o paciente estava condenado. Contudo, com o avanço tecnológico do tratamento antirretroviral, foi estabelecida outra visão de futuro aos indivíduos soropositivos. No entanto, quando vivenciada por idosos, a situação pode ainda ser assustadora e significar a antecipação da morte (ARAÚJO et al., 2018).

Pedroso e Lebrege (2016) destacam que o dia a dia, após a descoberta do diagnóstico, pode significar um grande desafio, pois viver com HIV/AIDS é enfrentar o peso do estigma de ser olhado por muitas pessoas como se fosse uma pessoa com doença terminal, uma sentença de morte, diante dos inúmeros embaraços quando às reais formas de contágio do vírus.

Além disso, o diagnóstico de HIV/AIDS em pessoas idosas gera grandes mudanças na relação que estabelecem consigo mesmos, a partir de um evento que provoca uma reorganização da identidade; nas relações que estabelecem com pessoas com as quais tem vínculo e com o autocuidado; nas práticas sexuais e em diferentes atividades cotidianas e participação em grupos sociais. Ressalta-se, como afirmam Silva et al (2015), que os impactos

psicossociais do diagnóstico de HIV/AIDS na pessoa idosa podem se associar ao processo de estigmatização, com efeitos sobre a identidade dos indivíduos, dos grupos e das relações sociais.

Classe 3 - Lazer na Velhice

Por fim, a Classe 3 destaca o lazer na velhice, com a participação dos idosos em grupos da terceira idade, no forró e a busca por um relacionamento amoroso. Por outro lado, ressalta-se, também, a busca dos idosos por garotas de programa, sendo essas, muitas vezes, mulheres idosas, como mostram os trechos abaixo.

Muito homem casado aqui (no forró) fala que é viúvo. Que tá sozinho. Quer arrumar companheira. Eu não to nessa. Tô fora. Todas as minhas amigas vêm pra namorar, vem pra arrumar namorado, pra dançar né. Eu não. (Vídeo 20).

Aqui perto da Estação da Luz, muitas mulheres se prostituem, muitas delas são idosas e muitos dos clientes dessas mulheres são idosos, homens idosos. (Vídeo 20).

Os mais idosos, eles pedem para fazer sem camisinha. (Vídeo 20).

Os homens maduro gostam mais das mulheres maduras, mais reservadas, mais vividas. Meus clientes tem 80, 70 anos. (Vídeo, 20).

Eu venho pra me pegar com as mulheres. Eu venho aqui, 1 vez, 2 vezes por semana. [...] Hoje já peguei 1. Depois posso pegar mais. Uso camisinha. Outra hora não. Eu já to com 76 anos, não pego (doença) mais não. Por enquanto, eu to sadio, graças a Deus. Eu peguei foi um HPV a um tempo. Eu acho que foi aqui. [...] Eu gasto uns 800 reais por mês aqui. [...] Eu fico em casa, não tem nada o que fazer. (Vídeo 20).

Para os idosos, o lazer como fenômeno social, é significativo, pois, coincide, em muitos casos, com a aposentadoria, quando poderiam usufruir do lazer. Dessa forma, o lazer tem um papel importante, proporcionando que os idosos tenham uma vida mais descontraída, com mais socialização, podendo interagir com outras pessoas e culturas, participando da vida sexual, assumindo compromissos de modo enriquecedor e criativo com consequente inserção no meio sociocultural (MORI; SILVA, 2010).

Além do mais, o namoro para os idosos se revela como um tempo de cuidado, zelo, dedicação e não apenas por atração física, demonstrando sua afetividade por meio do cuidado (LAURENTINO et al., 2006).

Já em relação ao sexo no namoro, este passa pelo critério da confiança, sendo que essa confiança acaba por levar os idosos à não exigência do preservativo na relação sexual (LAURENTINO et al., 2006), fazendo-se presente o comportamento de risco para as DSTs e HIV/AIDS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dispositivos legais permitiu evidenciar que cada um aborda, de forma particular, as questões de prevenção, promoção e proteção da saúde, uma vez que a PNPS formula ações que buscam reduzir os riscos de adoecer, focando na melhoria da qualidade de vida; a PNSPI e o Estatuto do Idoso priorizam a garantia dos direitos da pessoa idosa; visando recuperar, manter e promover a autonomia e a independência do idoso; enquanto a política nacional de DST/AIDS mantém o seu foco na prevenção do HIV/AIDS. Assim, é possível identificar que apenas a PNSPI trata sobre o assunto da sexualidade na velhice, apesar que de forma bastante superficial, enquanto a PNPS e a Política Nacional de HIV/AIDS priorizam a prevenção e, no caso das DSTs, HIV/AIDS, tratam a questão de forma geral, direcionada para toda a população.

Em contrapartida, os vídeos do *Youtube* retratam questões mais relacionadas ao cotidiano do idoso, com HIV ou não, ressaltando, muitas vezes, a partir da própria fala do idoso, os comportamentos de risco, bem como a realidade vivenciada no seu dia a dia, seja em relação às formas de lazer na velhice, seja em relação a vida sexualmente ativa e às práticas sexuais desprotegidas e, até mesmo, a descoberta do HIV/AIDS.

Nesse sentido, é notória a condição de vulnerabilidade, vivenciada pela população idosa, em caso de DSTs, HIV/AIDS. Apesar do avanço da legislação, nos últimos anos, buscando garantir seus direitos, ainda assim, as questões individuais, sociais e de políticas/programas afetam aos idosos, aumentando o risco para que eles sejam infectados pelo HIV.

Essa questão fica evidente no conteúdo do dispositivo midiático, que, em sua maior parte, destaca a vulnerabilidade do idoso frente ao HIV/AIDS, devido à falta de campanhas direcionadas para essa faixa etária, bem como, devido à escassez de informações sobre a prevenção e ao uso do preservativo.

Nesse contexto, é importante o papel dos movimentos sociais, juntamente com as esferas do governo, no intuito de estabelecer formas de articulação mais permanentes para o enfrentamento dos problemas de saúde pública, pois, somente através dessa pressão, problemas como o HIV/AIDS na velhice, poderiam ter chance de serem incorporados na agenda governamental.

Dessa forma, torna-se importante o desenvolvimento de programas de saúde pública com uma linguagem específica às pessoas idosas, para que se tenha esclarecimento das

principais dúvidas relacionadas à sexualidade e à prevenção de DSTs, através de estratégias educativas, possibilitando práticas sexuais saudáveis e, conseqüentemente, menor exposição ao risco.

Portanto, pode-se concluir que há necessidade de que as políticas/programas de saúde e de atenção aos idosos estreitem a discussão para a efetivação de políticas públicas de saúde, que atendam às especificidades dessa população, tendo em vista a realidade encontrada na pesquisa midiática, que destaca um idoso sexualmente ativo, diferentemente do que muitas pessoas ainda pensam, devido ao preconceito e a estigmatização, que levam a acreditar que idosos não tem comportamento de risco para as DSTs, HIV/AIDS.

5 REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Adriana. Envelhecer no contexto rural: a vida depois do aposento. **In: Política nacional do idoso: velhas e novas questões/Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini - Rio de Janeiro: Ipea; p. 615, 2016.**

ANDRADE, Luana Machado; SENA, Edite Lago da Silva; PINHEIRO, Gleide Magali Lemos; MEIRA, Edmeia Campo; LIRA, Lais Santana Santos Pereira. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.12, p. 3543-52, 2013.

ARAÚJO, Graciela Machado de; LEITE, Marinês Tambara; HILDEBRANDT, Leila Mariza; OLIVESKI, Cinthia Cristina; BEUTER, Magrid. Idosos cuidando de si após o diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev Bras Enferm** [Internet], v.71, n.2, p.846-53, 2018.

ASSIS, Marcella Guimarães; DIAS, Rosângela Corrêa; NECHA, Ruth Myssior. A universidade para a terceira idade na construção da cidadania da pessoa idosa. **In: Política nacional do idoso: velhas e novas questões/Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini - Rio de Janeiro: Ipea, p. 615, 2016.**

BARBOZA, Renato. **Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003.** 2006, 184f. Dissertação (Mestrado em Ciências), Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo. f. 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de DST/AIDS: Princípios, diretrizes e estratégias.** Brasília: MS. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres/Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids.** - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Poder Executivo. Portaria GM no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI.** Diário Oficial da União, Brasília, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Regulamenta a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e dá providências.** Diário Oficial da União, Brasília, p. 142, 20 out. 2006.

BRASIL. Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.** Brasília, 1º out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política Nacional de Promoção da Saúde - PNaPS: revisão da Portaria MS/ GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília: MS; 2014.

BRASIL. Portaria nº 340, de 04 de março de 2013. **Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).** Diário Oficial da União 2013; 05 mar.

BRITO, Ana Maria; CASTILHO, Euclides A.; SZWARCOWALD, Célia L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada, 2000. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n.2, p.207-217, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides; CASTRO, Adriana Miranda. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. **Cien Saude Colet**, v.9, n.3, p.745-749, 2004.

CASTRO, Adriana Miranda; SPERANDIO, Ana Maria G; GOSCH, Cristiane Scolari; ROCHA, Dais Gonçalves; CRUZ, Danielle Keylla Alencar; MALTA, Deborah Carvalho; ALBUQUERQUE, Geórgia Maria de; ZANCAN, Lenira; WESTPHAL, Márcia; NETO, Otaliba Libânio de Moraes; DURÁN, Paulo Renato Flores; SÁ, Ronice Franco; MENDES, Rosilda; MOYSÉS, Simone Tetu; MARCONDES, Willer; organizadores. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. Brasília: CEAD/FUB; 2010.**

CEZAR, Andreia Kullmann; AIRES, Marinês; PAZ, Adriana Aparecida. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm**, v.65, n.5, p. 745-50, 2012.

DIAS, Maria Socorro de Araújo; OLIVEIRA, Irlanda Pontes de Oliveira; SILVA, Lucilane Maria Sales da; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; FORTE, Franklin Delano Soares; SILVA, Lielma Carla Chagas. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.1, p.103-114, 2018.

DUARTE, Carine Aparecida Bernhard; MOREIRA, Lisandra Espíndula. Política nacional de saúde da pessoa idosa: integralidade e fragilidade em biopolíticas do envelhecimento. **Estud. interdiscipl. Envelhec**, v.21, n.1, p.149-170, 2016.

DUARTE; Yeda Aparecida de Oliveira; BERZINS, Marília Anselmo Viana da; GIACOMIN, Karla Cristina. Política nacional do idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. **In: Política nacional do idoso: velhas e novas questões/Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini - Rio de Janeiro: Ipea, p.615, 2016.**

FALEIROS, Vicente de Paula. A política nacional do idoso em questão: passos e impasses na efetivação da cidadania. **In: Política nacional do idoso: velhas e novas questões/Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini - Rio de Janeiro: Ipea, p. 615, 2016.**

FERNANDES, Maria Teresinha de; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm**, v.46, n.6, p. 1494-1502, 2012.

FERRAZ, Dulce; NEMES, Maria Ines B. Prevenção das DST e Aids na Atenção Primária à Saúde: Reflexões Sobre as Práticas a Partir do Estudo de Uma Unidade de Saúde da Família. **In: Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos.** São Paulo: NEPAIDS, 2010.

FURTADO, Mariama Augusto; SZAPIRO, Ana Maria. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. **Saúde Soc. São Paulo**, v.25, n.2, p.277-289, 2016.

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia.** Rio de Janeiro: Editora 34; 2000.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindinalva Laurindo da; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, v.26, n.1, p. 87-94, 2009.

JARDIM, Laíse Navarro. **O HIV na Terceira Idade: O lugar designado ao Idoso nas Políticas Públicas em HIV/Aids e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática.** 2012, 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2012.

JARDIM, Luciane Pinheiro. **A descentralização da política de atenção ao HIV/AIDS no SUS – Sistema Único de Saúde: estudo comparativo das ações entre Rio Grande do Sul e Pernambuco.** 2018, 253f, Tese (Doutorado em ciências sociais), Programa de pós graduação em ciências sociais, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2018.

JUSTO, José Sterza; ROZENDO, Adriano da Silva. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estud. pesqui. Psicol**, v.10, n.2, p.471-489, 2010.

KALACHE, Alexandre. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1107-1111, 2008.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzonmo; ROSA, Tereza Etsuko da Costa. Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, n.47, p. 4-8, 2009.

LAURENTINO, Norma R. Salini; BARBOZA, Daiana; CHAVES, Graziane; BESUTTI, Jovania; BERVIAN, Sandra Aline; PORTELLA, Marilene Rodrigues. 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**, v. 1, n. 1, p.51-63, 2006.

LIMA, Cláudia Regina Vieira. **Políticas públicas para idosos: A realidade das instituições de longapermanência no Distrito Federal**. 2011,120 f.Monografia (especialização) -- Curso em Legislativo e Políticas Públicas, Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), Brasília. 2011.

LOMBRADO, G. Pereira; COSTA, B. G, Aguiar. Envelhecendo com Aids ou a Aids no envelhecimento: perfil epidemiológico em um Hospital Universitario do Rio de Janeiro. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, n.26, p.21-31, 2012.

MASCHIO, Manoela Busato Mottin; BALBINO, Ana Paula; SAOUZA, Paula Fernanda Ribeiro de; KALINKE, Luciana Puchalski. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v.32, n.3, p. 583-589, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho; CASTRO, Adriana Miranda de. Avanços e resultados na implementação da política nacional de promoção da saúde. B. Téc. Senac: a R. **Educ. Prof.**, v. 35, n. 2, p. 62-71, 2009.

MALTA, Deborah Carvalho; REIS, Ademar Arthur Chioro dos; JAIME, Patrícia Constante; NETO, Otaliba Libanio de Moraes; SILVA, Marta Maria Alves da; AKERMAN, Marco. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. saúde colet**, v.23, n.6, p. 1799-1809, 2018.

MALTA, Deborah Carvalho; NETO, Otaliba Libanio Moraes; SILVA, Marta Alves da Silva; ROCHA, Dais; CASTRO, Adriana Miranda de; REUS, Ademar Arthur Chioro dos; AKERMAN, Marco. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.6, p.1683-1694, 2016.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILLELA, Wilza Vieira. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Rev. psicol. Polít**, v.9, n.17, p. 25-45, 2009.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v.9, suppl.0, p. 41-65, 2002.

MORRI; Guilherme; SILVA, Luciene Ferreira. Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. **Motriz, Rio Claro**, v.16, n.4, p.950-957, 2010.

NETO, Jader Dornelas; NAKAMURA, Amanda Sayuri; CROTEZ, Lucia Elaine Ranieri; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.12, p.3853-3864, 2015.

OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. O processo histórico do estatuto do idoso e a inserção pedagógica na universidade aberta. **Revista HISTEDBR Online**, n.28, p.278-286, 2007.

ROCHA; Solange. AIDS: uma questão de desenvolvimento?. **In: Passarelli CA. AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas.** Rio de Janeiro: ABIA; p.34-40, 2003.

ROCHA, Dias Gonçalves; ALEXANDRE, Veruska Prado; MARCELO, Vânia Cristina; REZENDE, Regiane; NOGUEIRA, Júlia Devidé; SÁ, Ronice Franco. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Cien Saude Colet**, v.19, n.11, p.4312-4322, 2014.

SALVIATI, Maria Elisabeth. **Manual do Aplicativo Iramuteq.** 2017. Disponível em: <<http://iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati>>. Acesso em: 26 de Novembro de 2019.

SCHONARTH, Carolina Bundchen. **Idoso e o acesso à justiça:** análise acerca da aplicação do princípio da celeridade em busca da concretização de direitos fundamentais. 2016, 55f, Monografia final do Curso de Graduação em Direito objetivando a aprovação no componente curricular Monografia. UNIJUÍ – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. DCJS – Departamento de Ciências Jurídicas e Sociais. Santa Rosa (RS), 2016.

SOUZA, Luís Paulo Souza e; PAULINO, Maria Cecília de Fátima Oliveira; BERNARDES, Claudinéia Alves; SILVA, Carla Silvana de Oliveira; SANTANA, Jansen Maxwell de Freitas Santana; MOTA, Écila Campo. Sexualidade na terceira idade: conhecimento e comportamento de idosos residentes em um município de Minas Gerais. **Enferm. Foco**, v.4, n.3, p.187-190, 2013.

TEIXEIRA; PR. Políticas públicas em aids. **In: Parker R, ed. Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil.** Rio de Janeiro: ABIA; p.143-168, 1997.

PAIVA, Vera. 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, 2002.

RIBEIRO, Paula Regina de Oliveira. A judicialização das políticas públicas: a experiência da central judicial do idoso. **In: Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano, Karla Cristina Giacomini (Org.) Política nacional do idoso: velhas e novas questões.** Rio de Janeiro: Ipea, p.615, 2016.

RITT, Caroline Fockink e COSTA, Marli Marlene Moraes da. **O Estatuto Do Idoso E O Combate À Violência: Principais Aspectos Da Parte Penal.** 2006. Disponível em: <<http://www.mpggo.mp.br/portal/system/resources/pdf>>. Acesso em: 26 de Novembro de 2019.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; KUSUMOTA, Luciana; MARQUES, Sueli; FABRÍCIO, Suzele Cristina Coelho; CRUZ, Idiane Rosset; LANGE, Celmira. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm, Florianópolis**, v.16, n.2, p. 536-45, 2007.

RUFINO, Marcia Regina Diniz; ARRAIS, Alessandra da Rocha. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.11, p.3331-3338, 2016.

SILVA, Kênia Lara da. **Documento técnico contendo sistematização das mesas, debates e trabalhos em grupo realizados durante o Seminário Nacional de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis e Promoção da Saúde. Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.** Local: Minas Gerais. 2014.

SILVA, Adriane das Neves; SANTOS, Ana Maria Gualberto dos; CORTEZ, Elaine Antunes; CORDEIRO, Benedito Carlos. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.4, p. 1109-1117, 2015.

SILVA, Arayana Gomes da; CAVALCANTI, Viviane Siqueira; SANTOS, Tâmyssa Simões; BRAGAGNOLLO, Gabriela Rodrigues; SANTOS, Karen da Silva; SANTOS, Ivanilde Miciele da; MOUSINHO, Kristiana Cerqueira; FORTUNA, Cinira Magali. Revisão integrativa da literatura: assistência de enfermagem a pessoa idosa com HIV. **Rev. Bras. Enferm**, v.71, supl.2, p. 939-47, 2018.

SILVA, Leandro César da; FELÍCIO, Ezequiel Elias Azevedo Alves; CASSÉTTE, Júnia Brunelli; SOARES, Lissa Araújo Soares; MORAIS, Rhariany Alves; PRADO, Thiago Santos; GUIMARÃES, Denise Alves. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**; v.18, n.4, p.821-833, 2015.

SILVA, Patrícia Ferrás Araújo da; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde debate**, v.39, n. especial, p.91-104, 2015.

SOUSA, Adelaine Maria de; LYRA, Arine; ARAÚJO, Carla Cristina França de; PONTES, Juliana Leão; FREIRE, Romero Correia; PONTES, Taciana Leão. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. **J Manag Prim Health Care**, v.3, n.1, p.62-55, 2012.

SOUSA, Jailson L. Sexualidade na terceira na terceira idade: uma discussão da aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v.20, n.1, p.59-64, 2008.

SIMÕES, Marcela. **Política brasileira de produção e distribuição de medicamentos antirretrovirais: Uma breve comparação de preços no Brasil e na América Latina.** 2012. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao bacharelado em Gestão de Políticas Públicas da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. 2012.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciênc. saúde coletiva**, v.23, n.6, p. 1929-1936, 2018.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2005.

VIEIRA, Gabriel D.; ALVES, Thaianne; SOUSA, Camila M. Análise dos Dados Epidemiológicos da Aids em Idosos no Estado de Rondônia, Amazônia Ocidental. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v.24, n.1, p.49-52, 2012.

VILLARINHO, Maria Vieira; PADILHA, Maria Itayra; BERARDINELLI, Lina Márcia Miguéis; BORENSTEIN, Miriam Susskind; MEIRELLES, Betina Horner Schlindwein; ANDRADE, Selma Regina de. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. bras. Enferm.**, v.66, n.2, p. 271-277, 2013.

VILLARINHO, Mariana Vieira; PADILHA, Maria Itayra. Percepção da Aids pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p. 1951-1960, 2014.

ARTIGO 2

POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS SOB O OLHAR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E ATENDIMENTO AOS IDOSOS

RESUMO

No presente artigo, objetiva-se compreender as percepções de profissionais de saúde e atendimento aos idosos, a fim de coletar informações que auxiliem o processo de construção e de alcance das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento e à prevenção do HIV/AIDS na velhice. Para tanto, foi desenvolvido um estudo em um município da Zona da Mata Mineira, sendo realizada entrevista aberta, orientada por roteiro semiestruturado, com sete profissionais de saúde envolvidos no atendimento ao idoso. Tal pesquisa foi efetuada entre junho e julho de 2018. Na análise dos dados, empregou-se a técnica de análise de conteúdo, com o auxílio do *software* Iramuteq. De acordo com os resultados obtidos, observou-se que as representações dos entrevistados sobre a AIDS na velhice estão ligadas ao estigma de que os idosos seriam assexuados, isto é, não possuem vida sexual ativa. Em relação às políticas públicas, evidenciou-se que os entrevistados, apesar de terem conhecimento sobre as campanhas de HIV/AIDS, não tiveram acesso a nenhuma diligência de controle e, ou, de prevenção direcionada exclusivamente aos idosos. Considera-se que essa falta de ações pode desencadear no fechamento de “janelas de oportunidades” (*policy windows*), estas que poderiam possibilitar a mudança de um “estado de coisas” para um “problema político”. Os profissionais de saúde acreditam que o principal motivo de o idoso adquirir o vírus HIV esteja relacionado à falta de informação. Assim, conclui-se que é necessário dar maior atenção para essa doença, que se agrava a cada vez mais, sendo fundamental dar foco à prevenção, inclusive, nesse tipo de ambiente de trabalho. Do mesmo modo, destaca-se a necessidade de instruir e de sensibilizar a população para a gravidade do problema, a partir da promoção de ações políticas, criando, assim, uma janela de oportunidades que possibilite a inclusão do tema - HIV/AIDS na velhice - no agendamento político.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Pessoal de Saúde; Percepção Social.

ABSTRACT

This article aims to understand the perceptions of health professionals who care for the elderly, in order to collect information that helps the process of building and reaching public policies aimed at facing and preventing HIV/AIDS in old age. To this end, a study was developed in a municipality in the Zona da Mata Mineira, with an open interview conducted, guided by a semi-structured script, with seven health professionals involved in the care of the elderly. Such research was carried out between June and July 2018. In the data analysis, the content analysis technique was used, with the aid of the Iramuteq software. According to the results obtained, it was observed that the respondents' representations about AIDS in old age are linked to the stigma that the elderly would be asexual, that is, they do not have an active sex life. Regarding public policies, it was evident that the interviewees, despite having knowledge about HIV/AIDS campaigns, did not have access to any control and/or prevention measures aimed exclusively at the elderly. It is considered that this lack of actions can trigger the closing of “windows of opportunities” (or policy windows), which could make it possible to change a “state of affairs” to a “political problem”. Health professionals believe that the main reason for the elderly to acquire the HIV virus is related to the lack of information. Thus, it is concluded that it is necessary to pay more attention to this disease, which is getting worse and worse, and it is essential to focus on prevention, including in this type of work environment. Likewise, the need to instruct and raise awareness of the population about the seriousness of the problem is highlighted, based on the promotion of political actions, thus creating a window of opportunities that allows the inclusion of the theme - HIV/AIDS in old age - in the political agenda.

Keywords: Public Policies; Health Personnel; Social Perception.

1 INTRODUÇÃO

Devido ao aumento da longevidade e das facilidades da vida moderna, que incluem a reposição hormonal e os medicamentos para impotência, o idoso vem redescobrendo experiências, como, por exemplo, o sexo, tornando-se, assim mais vulneráveis a contaminar-se pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), devido à falta de prevenção (LAROQUE et al., 2011).

Juntamente a isto, observa-se que pensar que o idoso se encontra em uma faixa etária isenta de riscos acaba por acarretar, pouca ou quase nenhuma estratégia voltada para favorecer a vida sexual responsável das mulheres e dos homens idosos (GRADIM et al., 2007). O estigma de que a relação sexual é uma atividade basicamente dos jovens, com boa saúde e fisicamente atraentes, tem demonstrado que a prática sexual vem acompanhada de tabus e preconceitos dos próprios idosos, da família e/ou dos profissionais de saúde, interferindo assim na vivência sexual saudável (BRITO et al., 2016).

Essa concepção de valores, no âmbito dos profissionais envolvidos com a saúde dos idosos, deve ser investigada, considerando, como destacam Sabatier e Weible (2007), que são os sistemas de crenças e valores dos atores executores, que geram as coalizões de defesa, influenciando no desenho e trajetória de uma política pública; inclusive, direcionando, quais atores podem participar do sistema político. Ou seja, pressupõe-se que a construção e alcance das políticas públicas podem sofrer influências das representações do público envolvido, principalmente na formação das coalizões de defesa, para que o tema do HIV/AIDS na velhice seja incorporado na agenda política.

Vale ressaltar, que o Brasil é um dos países com o melhor e maior suporte às pessoas com HIV/AIDS, no entanto, ainda é necessário apoiar e fomentar um aumento no investimento nacional e internacional em investigação e desenvolvimento relacionados com o HIV/AIDS, no âmbito social, político e científico (REZER, 2014), especialmente porque, quando se fala em prevenção e em informações sobre formas de contaminação, não se inclui, na maioria das vezes, a população idosa (PEDROSA; LEBREGO, 2016).

Dessa forma, é importante entender que trabalhar com o envelhecimento requer articulação e preparo dos profissionais de saúde, que devem viabilizar, por meio de intervenções, como campanhas e políticas públicas, que possibilitem ao idoso viver mais e ter melhor qualidade de vida. Deve-se, também, compreender que estes, são sujeitos sexualmente ativos, portanto, expostos às IST/AIDS, tornando-se essencial que o debate sobre o uso do preservativo seja um assunto natural e presente nos diálogos com estes idosos (LAROQUE et al., 2011).

Diante do exposto acima, o presente artigo teve como objetivo compreender as percepções dos profissionais de saúde e atendimento ao idoso sobre o significado da AIDS e sobre o processo de construção e alcance das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS na velhice.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Visando atender o objetivo proposto, foi utilizado tanto o método de pesquisa qualitativa, quanto quantitativa, considerando a sua complementaridade. Além disso, a pesquisa foi essencialmente de caráter exploratório-descritiva.

Para tanto, este estudo foi realizado em um município da Zona da Mata Mineira. Em termo do público envolvido, foram entrevistados 7 profissionais de saúde e atendimento aos idosos deste município, estando eles ligados diretamente com HIV/AIDS; idosos ou com ambos, e sendo eles: coordenador do Serviço de Assistência Especializada (SAE), psicóloga, assistente social, enfermeira, gerente do departamento saúde do idoso, coordenador do centro de convivência do idoso e vice presidente do conselho do idoso.

A análise das entrevistas foi baseada na técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011). Conforme Caregnato e Mutti (2006), a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicável ao seu contexto social. Assim, é um meio de expressão do sujeito, onde o pesquisador busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. Ressalta-se que essa análise de conteúdo foi realizada por meio do software Iramuteq.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

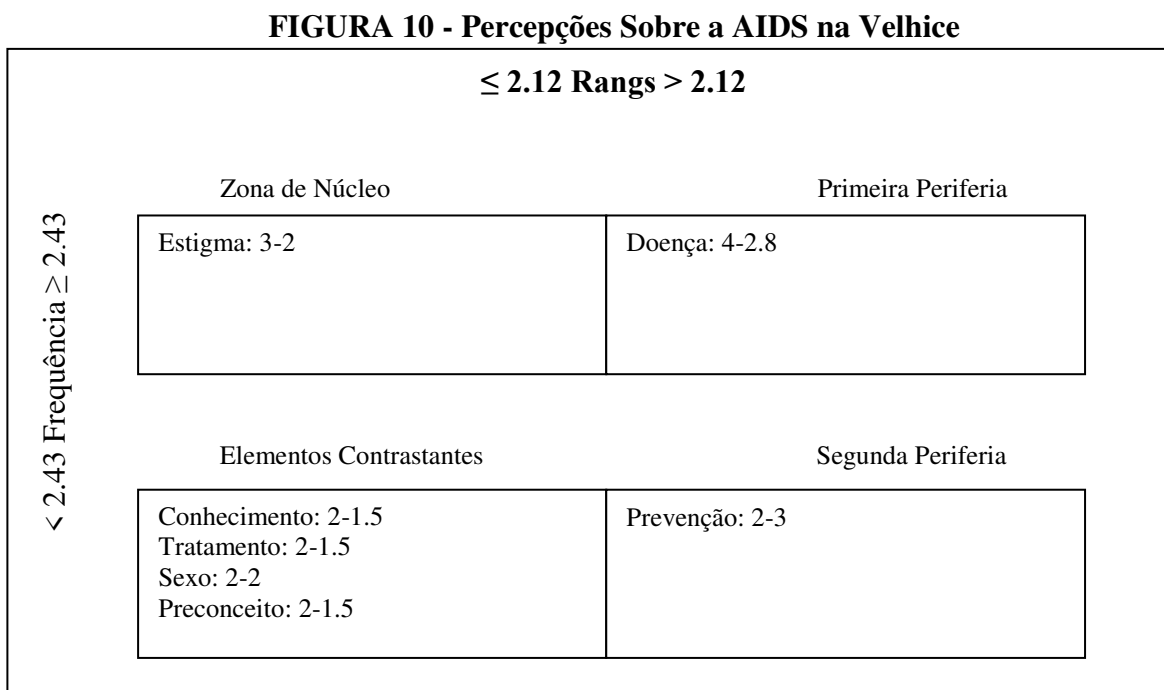
3.1 ANÁLISE PROTOTÍPICA SOBRE O SIGNIFICADO DA AIDS NA VELHICE

Com o intuito de se compreender as percepções dos profissionais de saúde e atendimento aos idosos sobre o significado da AIDS na velhice, foi feito uso do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), o qual permitiu aos entrevistados expressarem de forma livre sobre o tema, sendo indagado a eles o que lhes vinha à cabeça quando ouviam “AIDS na Velhice”.

Os dados coletados foram organizados em uma planilha do Microsoft Office Excel e, posteriormente, foram transportados para o Iramuteq, em que foi feita a análise prototípica das palavras evocadas pelos entrevistados.

Com a análise prototípica é possível identificar as representações sociais dos indivíduos sobre determinada questão, identificando, a partir do somatório das palavras

evocadas, aquelas que tiveram mais força no TALP. Esta análise realizada pelo Iramuteq dá origem a um diagrama de quatro quadrantes (Figura 10), que indicam as dimensões da estrutura das representações sociais, a partir dos critérios de frequência e ordem de evocação das palavras provenientes do Teste de Associação Livre de Palavras.



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2018).

Segundo Camargo e Justo (2016), no primeiro quadrante (superior esquerdo) estão às palavras que tem frequência maior que a média e que foram mais prontamente evocadas. Assim, a palavra “estigma” constitui o provável indicador do núcleo central da representação dos profissionais de saúde e atendimento ao idoso sobre a AIDS na velhice.

Para Goffman (1988), o estigma é uma construção social que nasce na relação entre os indivíduos e os estereótipos sociais, e que define de forma simbólica ou concreta os territórios de normalidade.

O resultado encontrado está coerente com aquele apresentado por Araújo et al. (2007), ao afirmarem que devido ao estigma é comum pensar o envelhecimento sem sexualidade, sendo que esta percepção acaba por ocasionar graves consequências, principalmente no que se refere à prevenção. Além disso, essa estigmatização, acaba por levar o idoso a enfrentar problemas, como depressão e isolamento (OKUNO et al., 2014), ocasionando uma piora em sua saúde, que em geral, já pode estar debilitada devido ao diagnóstico tardio.

No segundo quadrante (superior direito), está a primeira periferia, com a palavra que teve alta frequência, mas que não foi prontamente evocada, sendo ela: “doença”. Já no terceiro quadrante (inferior esquerdo), estão os elementos que foram prontamente evocados, porém, com frequência abaixo da média, cujas palavras foram: “conhecimento, tratamento, sexo e preconceito”. Salienta-se que as palavras expostas nesses dois quadrantes reforçam o núcleo central, pelo fato de terem sido mencionadas pelos entrevistados durante as narrativas em diversos momentos. Por fim, no quarto quadrante (inferior direito), está representado o elemento com menor frequência e maior ordem de evocação, sendo ele: “prevenção”.

Deve-se ressaltar que apesar da divisão desencadeada pela análise prototípica fazer uma distinção das palavras, de acordo com a sua frequência, bem como pelo momento em que elas foram evocadas, todas as palavras estão relacionadas, e se referem à sexualidade que é vivenciada pela pessoa idosa, muitas vezes de forma desprotegida, devido à falta de informação e prevenção. Além disso, essas palavras demonstram a precariedade no que se refere a linguagem utilizada nas campanhas, que não promovem uma identificação e pertença do idoso ao debate do HIV/AIDS.

Madi et al, (2017) destacam que estes temas estão cercados de preconceitos e tabus, uma vez que é comum as pessoas relacionarem o envelhecimento às perdas e incapacidades, impedindo assim, pensar o idoso sexualmente ativo, o que reforça, dessa forma, os estereótipos de idoso assexuado. Consequentemente, essas atitudes acabam por levar o idoso a não se prevenir, e assim, terem maiores possibilidade de adquirirem o HIV.

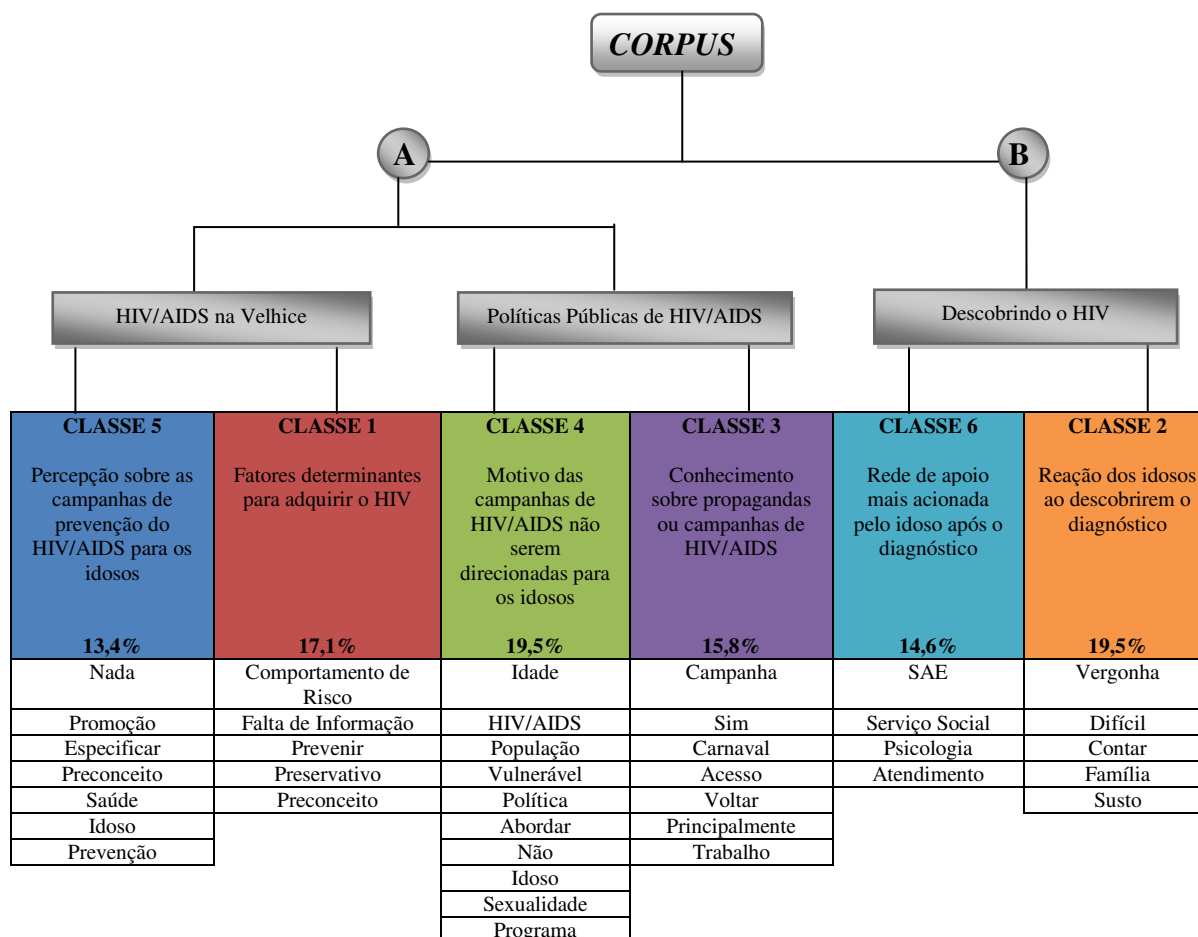
3.2 ANÁLISE TEMÁTICA SOBRE O HIV/AIDS NA VELHICE: CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

Para analisar a percepção dos entrevistados sobre o HIV/AIDS na velhice, foi utilizado o software Iramuteq, em que a partir do corpus geral, constituído por 69 textos, foi realizada a análise lexicográfica, especificamente, a Classificação Hierárquica Descendente, que desmembrou o *corpus* em 111 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 82 STs (73,87%). Desse *corpus* emergiram 3.311 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 832 palavras distintas e 483 com uma única ocorrência (FIGURA 11).

No primeiro momento, o corpus foi dividido em dois subcorpora A e B, por meio da classificação hierárquica descendente. Em um segundo momento, o subcorpo B foi dividido em dois, obtendo-se a classe denominada “Descobrimo o HIV”, constituída pelas classes 2 e 6. Em um terceiro momento, houve outras divisões do subcorpo A que originaram, de um

lado a classe “HIV/AIDS na Velhice”, composta pelas classes 1 e 5, e do outro lado, a classe “Políticas Públicas de HIV/AIDS” com as classes 3 e 4.

FIGURA 11 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2018).

Assim, conforme a Figura 11, o conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: Classe 1, com 14 ST (17,07%); Classe 2, com 16 ST (19,51%); Classe 3, com 13 ST (15,85%); Classe 4, com 16 ST (19,51%); Classe 5, com 11 ST (13,41%) e a Classe 6, com 12 ST (14,63%). Nesta Figura as palavras encontram-se ranqueadas pelo programa, de acordo com a sua maior associação com cada classe temática.

Diante disso, tendo como base os segmentos de textos (recortes de texto dos discursos analisados) representativos de cada classe, bem como as palavras que sobressaíram em cada uma delas, as classes foram denominadas e agrupadas em temas cujos resultados são discutidos individualmente.

3.2.1 HIV/AIDS NA VELHICE

As percepções sobre o “HIV/AIDS na Velhice”, identificadas nos discursos dos profissionais, agrupou as classes 5 (Percepção sobre as campanhas de prevenção do HIV/AIDS para os idosos) e a classe 1 (Fatores determinantes para adquirir o HIV/AIDS), que tiveram 13,4% e 17,1% de peso, na análise total, respectivamente.

Verificou-se, conforme Classe 1, que foram elencados os fatores causadores da doença, como escassez de informações e ausência do uso de preservativos, conjugados com a falta de campanhas de prevenção e controle do HIV/AIDS para os idosos, o que, conseqüentemente, pode acarretar a infecção pelo HIV nesta faixa etária, como pode ser visualizado nas falas abaixo:

“Na verdade dentro do contexto do HIV/AIDS ainda não tem nada muito específico para o idoso não. Mas eu sempre aposto na informação porque dentro da informação é possível trabalhar esse leque de promoção, prevenção, de instrução, de mostrar a realidade pra esse idoso, embora eu acredite ser um pouco mais difícil, um pouco mais complicado, por conta da vivência anterior desse idoso, mas a prevenção esta ligada pra mim com a informação” (ENTREVISTADO 4).

“Eu acho que é a falta de informação, o sexo com toda evolução que tem tido ainda é um assunto obscuro no sentido que ele tá fora da cena do nosso cotidiano principalmente da prática de se falar sobre sexo né? De colocar isso publicamente. Então, eu acho, que é socializar a informação sobre o sexo, a AIDS e outras situações real do nosso cotidiano. Eu acho que o idoso tem que buscar o serviço especializado, se informar né? Estabelecer uma relação de confiança com o profissional que o atende, buscar se orientar também” (ENTREVISTADO 3).

“O que influencia muito hoje em dia é o não usar preservativo mesmo. E quais são os fatores que levam cada um a não usar o preservativo? São vários né? Preconceito, falta de hábito né? A galera mais velha tem a dificuldade de ter esse hábito de usar o preservativo. Eu acho que é mais isso né? Porque as outras formas de infecção são muito mínimas né? Que é a transfusão, e pelo menos o tempo que eu tô aqui, eu não peguei ninguém que era droga injetável” (ENTREVISTADO 2).

As falas acima corroboram com o argumento de Moraes (2011), ao afirmar que a carência de informação a respeito do HIV, a resistência ao uso do preservativo e a falta de ações de prevenção voltadas a este segmento etário contribuem para aumentar a vulnerabilidade do idoso. Ou seja, considera-se que, para os profissionais de saúde e atendimento aos idosos, a falta de campanhas de prevenção direcionadas exclusivamente para os idosos está diretamente relacionada ao fato dos idosos adquirirem o HIV, uma vez que, para eles, a falta de informação acaba por influenciar na prevenção, associada ao uso do preservativo.

3.2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE HIV/AIDS

O segundo tema apontado no âmbito das percepções dos profissionais de saúde e atendimento aos idosos concentrou-se em “Políticas Públicas de HIV/AIDS” constituída pelas classes 4 (Motivo das campanhas de HIV/AIDS não serem direcionadas para os idosos) e 3 (Conhecimento sobre propagandas ou campanhas de HIV/AIDS), com 19,5% e 15,8%, respectivamente, do poder explicativo. Demonstra-se que os entrevistados têm conhecimento sobre as políticas públicas de HIV/AIDS, mas, no entanto, ressaltam a falta dessas campanhas direcionadas exclusivamente para os idosos, destacando, ainda, os possíveis motivos para essa escassez, como exemplificado a seguir:

“Sim, tive acesso. Se eu falar de propaganda que eu vejo não como profissional, vão ser pouquíssimas, na televisão, às vezes folhetos distribuídos principalmente no dia 1º de dezembro né? E na época de carnaval. Mas ai, como a gente trabalha com o programa né? A gente tem muita informação da coordenação estadual, da coordenação nacional, através dos representantes de laboratório e através das notas técnicas né? Enviadas pela coordenação estadual, mas são poucas, são mais informações específicas né?” (ENTREVISTADO 1).

“Eu acho que é falta de preparo da equipe gestora, falta de consciência mesmo da realidade né? Porque isso acontece com o idoso mais também acontece com o adolescente que eles não conseguem atingir com o linguajar correto” (ENTREVISTADO 2).

“Eu acho que é a invisibilidade, que é como se os idosos não existissem, como se a atividade sexual não fosse um atributo do ser humano, uma necessidade humana independente da faixa etária. Então, sexo não é pra velho, velho fazer sexo é um absurdo, é depravado, é esclerosado, é doente, maluco, então essa necessidade não somente é negada as pessoas idosas, como outras necessidades também. Então o que é colocado para nós é que velho é assexuado, velho não tem tesão, velho não faz sexo, velho não tem necessidade sexual, velho não se masturba, então isso é negado a pessoa idosa por isso que associa a questão sexual somente ao mais jovem, para o idoso é pecado sexo” (ENTREVISTADO 3).

Apesar dos entrevistados afirmarem ter conhecimento sobre as campanhas de HIV/AIDS, é importante ressaltar que todos os profissionais de saúde e atendimento ao idoso informaram não ter conhecimento sobre as políticas de HIV/AIDS direcionadas exclusivamente para os idosos, inclusive destacaram desconhecer campanhas nas quais o público alvo sejam estes.

Maldaner et al. (2016) identificaram situação semelhante à relatada pelos entrevistados desta pesquisa, uma vez que, para esses autores, as campanhas de prevenção contra o HIV são realizadas, mas, geralmente, o público abordado são os adolescentes e adultos jovens, ficando assim, de lado, os idosos, pois acredita-se que eles não estão sexualmente ativos.

Assim, pode-se dizer que o problema do HIV/AIDS na velhice é percebido, a partir do aumento do número de idosos com HIV/AIDS, mas, não assume importância no debate de formulação de políticas, isto é, não há uma construção de argumentos para que a temática saia

do estado de coisas a problema político e, conseqüentemente, possa ser inserido na agenda governamental. Nesse contexto, pode-se dizer que os três fluxos (fluxo do problema; de alternativas e soluções e fluxo político), propostos por Kingdon, apud Baptista e Rezende (2015), não foram ativados, de forma a criar uma janela de oportunidade (“Policy Windows”), que contribua para a formação de política pública direcionada aos idosos, com HIV/AIDS.

Nesse sentido, baseando-se em Rua (2012), pode-se afirmar que o tema “Políticas Públicas de HIV/AIDS na Velhice” não se tornou um problema político, porque ainda não é considerado pela sociedade uma situação de crise, calamidade ou catástrofe, como também não mobilizou ação política, por meio de ação coletiva de grupos dotados de poder; além de não construir uma situação de oportunidade, para sua entrada na agenda política.

3.2.3 DESCOBRINDO O HIV/AIDS

O terceiro tema que emergiu dos discursos dos profissionais, remete-se à questão “Descobrimdo o HIV/AIDS”, que se formou a partir das classes 6 (Rede de apoio mais acionada pelos idosos após o diagnóstico) e 2 (Reação dos idosos ao descobrirem o diagnóstico), com 14,6% e 19,5% do poder explicativo, respectivamente; revelando as principais reações do idoso quando descobre que está com o HIV, bem como quais são as redes de apoio mais acionadas por eles, como nos mostra as falas a seguir:

“Assim é difícil falar qual é a primeira reação porque é muito individual né? Eu acho que a reação do diagnóstico ela passa muito pela questão socioeconômica porque se você tem um nível socioeconômico mais baixo, tem um menor entendimento da doença né? Da gravidade da doença. [...] ai também passa pelas questões familiares, pela família, de esconder e o sentimento de vergonha também de não falar que tem o HIV porque você vai falar da sexualidade né? Então se eu to com o HIV é porque eu transo né? Então eu acho que essa questão passa também por essa vergonha da negação do diagnóstico. As redes de apoio eu acho que aqui no SAE eles procuram muito o serviço social, tem alguns que procuram psicologia e família depende do caso, porque tem uma minoria ai que esconde, ou talvez até meio a meio” (ENTREVISTADO 1).

“Eu acho que no caso do idoso tem uma dificuldade maior de aceitação, pelo menos alguns que eu já peguei aqui, como eles se sentem muito estigmatizados até pela visão que eles sempre tiveram do soropositivo eles acabam desencadeando um quadro muito depressivo né? Porque eles ficam muito na questão da culpa, da punição” (ENTREVISTADO 2).

“Acredito ser primeiramente o susto do diagnóstico, muitos idosos não fazem ideia do que seja ou de como se pega. Logo, se não houver manifestação de alguma doença ou agravo, dificilmente haverá diagnóstico” (ENTREVISTADO 7).

Os resultados são semelhantes àqueles apresentados por Serra et al. (2013) ao pontuarem que o recebimento do diagnóstico acarreta, em um primeiro momento, grande

impacto, despertando reações e sentimentos desestruturantes e, ao mesmo tempo, acionando mecanismos de defesa. Ou seja, sentimentos contraditórios, indiferença e descrédito são comumente observados. Além disso, a negação é usada nos primeiros estágios da doença, ou logo após a descoberta.

Junto com o susto, vem a vergonha, como registrado nas falas apresentadas, onde, por muitas vezes, o idoso prefere não contar para ninguém e, assim, decide enfrentar o tratamento sozinho, sem a ajuda dos familiares e amigos. Segundo Serra et al. (2013), o impacto da notícia do diagnóstico positivo, às vezes é carregado e permeado de sentimentos tão intensos e angustiantes que o desejo de morte se faz presente.

Nesse sentido, observa-se nos depoimentos dos entrevistados, também evidenciado por Silva (2016), que os idosos, devido à vergonha e para evitar situações de preconceito e estigma, procuram menos a rede de parentesco e acionam mais o SAE, como rede de apoio.

3.3 NUVEM DE PALAVRAS SOBRE O HIV/AIDS NA VELHICE

Tendo em vista uma melhor visualização e sintetização dos dados conseguidos a campo, utilizou-se a nuvem de palavras obtida por meio do software Iramuteq, uma vez que essa análise é oriunda dos discursos dos participantes e possibilita a verificação das palavras mais evocadas durante as entrevistas. Ressalta-se que as palavras maiores são aquelas que possuem maior relevância nos *corpus* textuais analisados. Dentre as palavras mencionadas, considera-se que devem ser destacadas as seguintes: não, mais, HIV, idoso, campanha, prevenção, saúde, informação, grupo, porque e população, como apresentado na Figura 12.

Em função da Nuvem de Palavras, pode-se afirmar que as principais palavras evocadas estão atreladas as percepções dos entrevistados sobre a falta de políticas públicas de HIV/AIDS direcionadas exclusivamente para os idosos, como pode ser confirmado com a palavra “não” com maior frequência de evocação. Observa-se também, através da palavra “mais” a necessidade de campanhas de prevenção voltadas para essa faixa etária, tendo em vista que a informação é um fator indispensável para a diminuição nos números de casos de HIV/AIDS entre os idosos.

preocupante, visto que o número de casos de idosos com HIV vêm aumentando cada vez mais, o que comprova a necessidade de campanhas de prevenção, bem como conscientização da realização do teste rápido pelos idosos, como forma de diagnóstico precoce. Percebe-se, portanto, o problema, mas este não sai do “estado de coisas”, pela inexistência e falta de convergências entre os fluxos da janela de oportunidades (“*policy windows*”), para que a temática “HIV/AIDS na Velhice” possa fazer parte da agenda política.

Outro ponto de destaque nessa discussão está associado ao fato de os profissionais de saúde, que trabalham com idosos e, principalmente, com o HIV, relatarem não conhecer políticas de HIV/AIDS direcionadas para a velhice, quem dirá os próprios idosos, considerando que geralmente esses tem um acesso mais limitado à informação.

Dessa forma, acredita-se que seja de grande importância que os profissionais de saúde sensibilizem a população sobre a emergência do problema e a real situação do HIV/AIDS em idosos, já que vem se agravando cada vez mais, procurando voltar seus olhares para a questão da prevenção com os idosos dentro de seus ambientes de trabalho; e, por fim, despendendo esforços para mobilizar ação política, de forma que seja constituída uma situação de oportunidade para que o tema “HIV/AIDS na velhice” seja incluído no agendamento político.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de; BRITO, Daniele Mary Silva de; GIMENIZ, Marli Teresinha; QUEIROZ, Terezinha Almeida; TAVARES, Clodis Maria. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 10, n.4, p.544-54, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRITO, Nívea Maria Izidro de; ANDRADE, Smalyanna Sgren da Costa; SILVA, Fernanda Maria Chianca da; FERNANDES, Marta Regina Chaves Camilo; BRITO, Karen Krystine Gonçalves; OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos. Idosos, infecções sexualmente transmissíveis e aids: conhecimentos e percepção de risco. **ABCS Health Sci**, v. 41, n. 3, p. 140-145, 2016.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software Iramuteq**. 2016. 32p. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf>. Acesso em: 23 de Novembro de 2019.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CERQUEIRA, Marília Borborema; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3331-3338, 2016.

GRADIM, Clícia Valim Côrtes; SOUSA, Ana Maria Magalhães; LOBO, Juliana Magalhães. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 2, p. 204-13, 2007.

GOFFMAN, Erving. **Estigma** – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC Editora; 1988.

GUERCIO, Patrícia Moura da Silva. **Serviço de Assistência Especializada (SAE)**. Portal PJF, Fevereiro de 2004. Disponível em: <http://www.pjf.mg.gov.br/secretarias/saude/aids_dst/servicos.php>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

IBGE. **Censo Demográfico: Juiz de Fora**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/juiz-de-fora/panorama>>. Acesso em: 20 de Novembro de 2019.

LAROQUE, Mariana Fonseca; AFFELDT, Ângela Beatriz; CARDOSO, Daniela Habekost; SOUZA, Gabriela Lobato de; SANTANA, Maria da Glória; LANGE, Celmira. Sexualidade do Idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 4, p. 774-80, 2011.

MADI, Cristina Riscalla; GOMES, Jessica L.; LOUZADA, Thaís G. Revisão Bibliográfica da publicação “Mais 60 – Estudos sobre envelhecimento”. **Mais 60 – Estudos sobre envelhecimento**. v. 28, n. 67, p. 56-83, 2017.

MALDANER, Danielle Santos; LINI, Ezequiel Vitório; DORING, Marlene. Os idosos e a prevenção contra o HIV/AIDS: revisão da literatura. **Rev. Ciênc. Méd. Biol**, v. 15, n. 2, p. 214-217, 2016.

MORAES, Alessandra Cristina Ferreira de. **Prevenção ao HIV/Aids para idosos: um desafio programático**. 2011, 55f. Monografia (Especialização)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids. São Paulo. 2011.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto; GOMES, Alexandre Cavallieri; MEAZZINI, Letícia; JÚNIOR, Gerson Scherrer; JÚNIOR, Domingos Belasco; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Pública**. v. 30, n. 7, p.1551-1559, 2014.

PEDROSA, Aline Pedrosa; LEBREGO, Arina Marques. Vulnerabilidade do idoso que vive com HIV/AIDS. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 319-342.

REZER, João Felipe Peres. **HIV/AIDS: estratégias de controle e assistência das políticas públicas de saúde no Brasil**. Monografia de especialização em gestão de organização pública em saúde. Santa Maria – RS. 2014. 15 p.

RUA, Maria das Graças. **Políticas Públicas**. 2ª edição. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, p. 128, 2012.

SABATIER, Paul A., e Weible, Christopher M. “The advocacy coalition: innovations and clarifications”. In: Sabatier, P. (ed.). **Theories of the policy process**. 2. ed. Boulder, CO: Westview Press, 2007.

SERRA, Allan; SARDINHA, Ana Hélia de Lima; PEREIRA, Amanda Namíbia Silva; LIMA, Silvia Cristina Viana Silva. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 294-304, 2013.

SILVA, Aline Oliveira. **As Representações da AIDS para a Terceira Idade, sob uma Perspectiva de Gênero: Significados e Repercussões nos Domínios da Vida do Idoso e Funcionamento Familiar**. 2016, 85 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica), Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2016.

ARTIGO 3

POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DO HIV/AIDS: PERCEPÇÃO DOS IDOSOS

RESUMO

Neste artigo, busca-se identificar o perfil de idosos, com e sem o HIV, bem como as significações dadas à AIDS na velhice e à importância de políticas/programas de prevenção e controle da doença. Metodologicamente, foi feito uso da pesquisa quali-quantitativa, considerando a sua complementaridade, em um município da Zona da Mata Mineira, sendo as unidades empíricas de análise o Serviço de Assistência Especializada (SAE) e o Centro de Convivência do Idoso (CCI). A amostra do tipo intencional e por acessibilidade foi composta por 34 idosos com HIV/AIDS e 50 idosos sem o HIV. Os dados obtidos por meio de entrevistas foram analisados através da análise de conteúdo, por meio do *software* Iramuteq. Como resultados, notou-se a diferenciação entre as representações dos idosos participantes do CCI e dos idosos atendidos pelo SAE, uma vez que, no caso dos idosos com HIV, as representações sobre a AIDS foram menos negativas. Quanto às políticas públicas, verificou-se um desconhecimento sobre campanhas e programas de controle e de prevenção do HIV, direcionados exclusivamente a idosos. Assim, é possível concluir que o estigma e o preconceito em relação à referida doença na velhice reforçam os notórios descasos político e social, devido à falta de atenção e de políticas públicas sobre essa temática.

Palavras-chave: Políticas Públicas; HIV/AIDS; Idosos.

ABSTRACT

In this article, we seek to identify the profile of the elderly, with and without HIV, as well as the meanings given to AIDS in old age and the importance of policies/programs for the prevention and control of the disease. Methodologically, qualitative and quantitative research was used, considering its complementarity, in a municipality in the Zona da Mata Mineira, with the empirical units of analysis being the Specialized Assistance Service (SAE, initials in portuguese) and the Elderly Living Center (CCI, initials in portuguese). The intentional and accessibility sample consisted of 34 elderly people with HIV/AIDS and 50 elderly people without HIV. The data obtained through interviews were analyzed through content analysis,

using the Iramuteq software. As a result, it was noted the differentiation between the representations of the elderly participants in the CCI and the elderly assisted by the SAE, since, in the case of the elderly with HIV, the representations about AIDS were less negative. As for public policies, there was a lack of knowledge about campaigns and programs for HIV control and prevention, aimed exclusively at the elderly. Thus, it is possible to conclude that the stigma and prejudice in relation to the referred disease in old age reinforce the notorious political and social neglect, due to the lack of attention and public policies on this theme.

Keywords: Public Policies; HIV/AIDS; Seniors.

1 INTRODUÇÃO

O HIV/AIDS representa um dos sérios problemas de saúde pública, caracterizando-se como uma epidemia global, com rápida disseminação e agravamento (GOMES et al., 2011). No Brasil, os casos de infecção pelo HIV em idosos acontecem predominantemente por transmissão sexual. Em virtude da estigmatização da velhice, tanto os familiares como os profissionais negam-se a pensar que nesta fase a pessoa está sexualmente ativa e essa falha trás graves consequências, sobretudo, quanto à prevenção, pois está só vai ocorrer se os familiares e profissionais de saúde estiverem atentos para discutir abertamente as formas de prevenção (ARAÚJO et al., 2007).

Bittencourt et al. (2015) destacam que as principais razões para a infecção pelo HIV nos idosos são a confiança no parceiro e a falta de conhecimento sobre a doença, bem como o sexo desprotegido. É enganoso pensar, que as pessoas idosas não tem vida sexual ativa e não usam drogas, visto as poucas campanhas de prevenção dirigidas a essa população. Portanto, de modo geral, estas pessoas estão menos informadas sobre o HIV e pouco conscientes de como se protegerem, tornando-se mais vulneráveis a infecção (ARAÚJO et al., 2007).

De acordo com Silva et al. (2011) alguns aspectos são apontados para o aumento da doença na velhice, sendo eles: o incremento da notificação de infecção pelo HIV após os 60 anos de idade e o envelhecimento de pessoas que vivem com o vírus.

Para Santos (2013), o envelhecer com HIV/AIDS é algo novo, descobre-se cada dia mais sobre como o indivíduo idoso reage ao vírus e aos medicamentos, tais reações não são apenas biológicas, sendo importante observar como esta população está lidando com o HIV/AIDS, também em termos psicológicos. Neste sentido, apesar de haver uma evolução no

que diz respeito ao diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS, ainda existe uma imagem de que o idoso está isento de adquirir e transmitir o vírus, por não ser compreendido dentro de um contexto de vulnerabilidade (CELEDÔNIO; ANDRADE, 2014).

Nesse sentido, como ressalta Neto et al. (2015), apesar do aumento no número de casos de HIV/AIDS entre os idosos, nota-se, ainda, a necessidade de conscientização dos profissionais de saúde, serviços de IST, serviços geriátricos e governos, acerca das mudanças comportamentais e perfil epidemiológico da população idosa, com geração de políticas públicas destinadas a essa faixa etária. As políticas públicas constituem, portanto, em respostas a determinados problemas sociais, formadas a partir das demandas e tensões geradas na sociedade. Problemas que precisam ter magnitude e relevância social e que tenham poder de barganha suficiente para serem postos na agenda de prioridades de um determinado órgão fomentador de políticas, que pode ser estatal ou não (SAMPAIO; ARAÚJO, 2006).

No contexto das políticas públicas é considerado, essencial conhecer os valores do público envolvido, pois como comentam Sabatier e Weible (2007), são os sistemas de crenças e valores dos atores, que geram as coalizões de defesa, influenciando no desenho e trajetória de uma política pública; inclusive, direcionando, quais atores podem participar do sistema político. Ou seja, pressupõe-se que a construção e alcance das políticas públicas pode sofrer influências das representações do público envolvido, principalmente na formação das coalizões de defesa, para que o tema do HIV/AIDS na velhice seja incorporado na agenda política.

Diante do exposto acima, este artigo teve como objetivo identificar o perfil dos idosos, com e sem o HIV, suas representações sobre o significado da AIDS na velhice, bem como as políticas /programas de prevenção e controle do HIV/AIDS.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Visando atender os objetivos propostos, foi utilizado tanto o método de pesquisa qualitativa, quanto quantitativa, considerando a sua complementaridade. Além disso, a pesquisa foi essencialmente de caráter exploratório-descritiva que, de acordo com Vieira (2002), visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo.

Para tanto, o presente estudo foi realizado em um município da Zona da Mata Mineira, onde a unidade empírica para a análise das percepções do idoso com HIV/AIDS foi o Serviço

de Assistência Especializada (SAE), sendo entrevistados 34 idosos. Por outro lado, no caso do grupo de idosos sem HIV/AIDS, foram examinadas as representações de 50 participantes do Centro de Convivência do Idoso (CCI). As entrevistas foram realizadas no período de junho a julho de 2018.

Metodologicamente foi feito uso da entrevista aberta, orientada por roteiros semiestruturados, que podem ser visualizados nos Apêndices II e III; sendo a amostra não probabilística, do tipo intencional e por acessibilidade.

É importante destacar que para examinar os significados da AIDS na velhice para os entrevistados, fez-se uso da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)⁵. Para tanto, foi indagado: o que lhe vêm à cabeça quando digo AIDS na velhice, apresentando palavras que remetem ao seu significado.

Para a análise dos dados do perfil dos idosos foi utilizada a estatística descritiva. Já no que se refere as percepções dos entrevistados sobre o HIV/AIDS, utilizou-se o software Iramuteq, através da Análise Prototípica e da Classificação Hierárquica Descendente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

3.1 PERFIL DO IDOSO PARTICIPANTE DO CCI

Os dados do perfil socioeconômico do idoso sem HIV/AIDS, participante do Centro de Convivência do Idoso (CCI), estão descritos na Tabela 2, sendo possível observar a predominância das mulheres (76%); na faixa etária de 70 a 79 anos (40%), da cor de pele branca (38%); viúvas (36%) e com o ensino fundamental incompleto (70%).

A análise dos resultados encontrados chama a atenção para a elevada frequência de pessoas do sexo feminino, podendo essa situação ser reflexo da composição demográfica dos idosos, uma vez que, a população masculina e feminina apresenta ritmos de crescimento distintos, alternados pelas diferentes características de mortalidade ligadas ao gênero, com maior sobrevida das mulheres. Além disso, supõe-se que as mulheres têm mais autocuidado com a saúde que os homens, que participam menos de ações coletivas por questões socioculturais (PAULA et al., 2016). Outro ponto destacado pelos autores é o predomínio do estado civil viúvo, podendo este resultado estar ligado ao fato de a maioria das pessoas que

⁵ O TALP que é uma técnica bastante difundida no âmbito da Psicologia Social, uma vez que possibilita acesso aos conteúdos periféricos e latentes.

compõem o grupo de estudo serem mulheres, visto que estas, após o falecimento dos maridos, tendem a se manterem sozinhas, diferentemente dos homens que optam por outro casamento.

O nível de escolaridade também se destacou entre os idosos, confirmando o ponto de vista de Heluany (2007), ao afirmar que grande parte dos idosos brasileiros apresenta baixa escolaridade.

Tabela 2 – Perfil dos Idosos sem HIV/AIDS, Participantes do CCI

| CARACTERÍSTICA | % |
|---------------------------------|--------|
| Sexo: | |
| • Feminino | • 76% |
| • Masculino | • 24% |
| Cor da Pele: | |
| • Branca | • 38% |
| • Parda | • 28% |
| • Negra | • 34% |
| Faixa Etária: | |
| • 60 a 69 anos | • 32% |
| • 70 a 79 anos | • 40% |
| • 80 a 89 anos | • 24% |
| • 90 anos ou mais | • 4% |
| Escolaridade: | |
| • Ensino Fundamental Incompleto | • 70% |
| • Ensino Fundamental Completo | • 20% |
| • Ensino Médio Completo | • 8% |
| • Ensino Superior Completo | • 2% |
| Estado Civil: | |
| • Solteiro | • 20% |
| • Casado | • 24% |
| • Separado/Divorciado | • 20% |
| • Viúvo | • 36% |
| Religião: | |
| • Católica | • 72% |
| • Evangélica | • 14% |
| • Outra | • 14% |
| Ocupação: | |
| • Aposentado/Pensionista | • 100% |
| Renda: | |
| • Entre 1 e 2 Salários Mínimos | • 100% |

Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Em relação à principal ocupação dos entrevistados, destaca-se que todos eles eram aposentados ou pensionistas, apresentando uma renda entre 1,0 e 2,0 salários mínimos. Esta constatação vai ao encontro do estudo de Paula et al. (2016), que evidenciaram que a aposentadoria predomina, como principal fonte de renda dos idosos, lhes assegurando o mínimo, para atendimento de suas necessidades básicas.

Por fim, em relação à religião, 72% dos idosos se declararam católicos, o que evidencia que, na velhice, a religião é reconhecida como fonte de apoio, além de satisfazer a necessidade espiritual ou pessoal, permitindo ao idoso se afirmar como indivíduo (SOUZA, 2011).

3.2 ANÁLISE PROTOTÍPICA SOBRE O SIGNIFICADO DA AIDS NA VELHICE PARA IDOSOS SEM HIV/AIDS, PARTICIPANTES DO CCI

Visando compreender as representações dos entrevistados sobre a AIDS na velhice, fez-se uso do TALP, que permitiu aos entrevistados expressarem de forma livre sobre o tema, sendo indagado a eles o que lhes vinha à cabeça quando ouviam “AIDS na Velhice”.

Para tanto, os dados coletados foram organizados em uma planilha do Microsoft Office Excel, que, posteriormente, foram transportados para o software Iramuteq, em que foi realizada a análise prototípica das palavras evocadas pelos entrevistados.

Este tipo de análise identifica as representações sociais dos indivíduos sobre determinada questão, a partir do somatório das palavras evocadas, que tiverem mais força no TALP, sendo que a análise prototípica dá origem a um diagrama de quatro quadrantes (Figura 13), que indicam as dimensões da estrutura das representações sociais, a partir dos critérios de frequência e ordem de evocação das palavras provenientes do Teste de Associação Livre de Palavras.

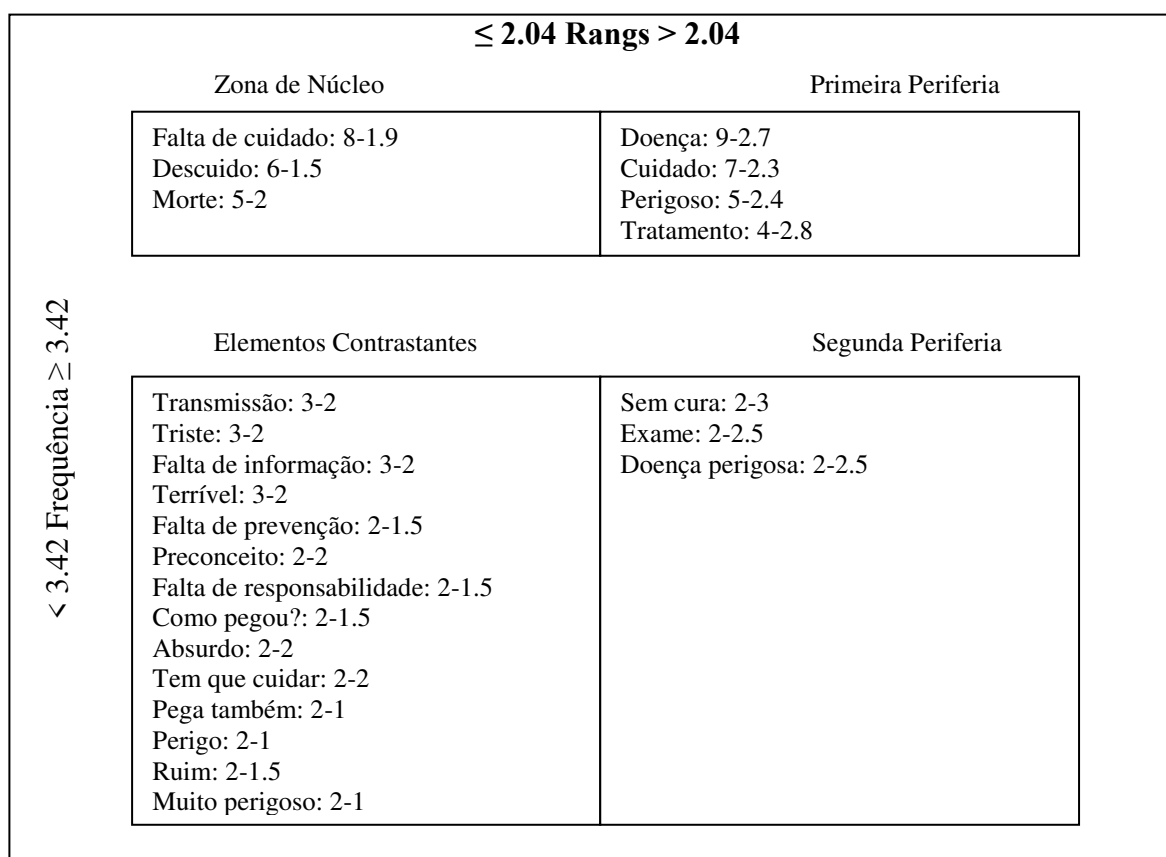
No primeiro quadrante (superior esquerdo) estão às palavras que tem frequência maior que a média e que foram mais prontamente evocadas (CAMARGO; JUSTO, 2016), sendo o provável indicador do núcleo central das representações dos idosos participantes do CCI sobre a AIDS na velhice, cujas palavras foram: “falta de cuidado; descuido e morte”.

As palavras acima se referem às principais representações dos entrevistados, sendo possível destacar a palavra “morte”, visto que, segundo Galinkin et al. (2012), a alta frequência desta palavra mostra que ainda persiste uma representação que tem vigorado desde o início da epidemia, nos anos de 1980, quando ainda não havia tratamento que controlasse as consequências da infecção pelo HIV, que levavam a morte.

Para Mazzotti (2008), as pessoas buscam compreender as coisas novas que surgem através da associação destas com algo que já é do conhecimento ou que já faça parte do dia a dia. Essa tentativa de compreensão das coisas se fortalece e se justifica pela necessidade que se tem de manifestar, fazer julgamentos, procurar explicações ou se posicionar sobre

determinado objeto, perante as pessoas no convívio social. Portanto, a partir dessas interações são criados “universos consensuais”, em que se produzem e se repassam novas representações, que constituem as teorias do senso comum; ou seja, “construções esquemáticas que visam dar conta da complexidade do objeto, facilitar a comunicação e orientar condutas”, além de fortalecer a identidade do grupo e proporcionar o “sentimento de pertencimento do indivíduo ao grupo”.

FIGURA 13 - Representações dos Idosos Participantes do CCI sobre a AIDS na Velhice



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2018).

No segundo quadrante (superior direito), está a primeira periferia, com as palavras que tiveram alta frequência, mas que não foram prontamente evocadas, sendo elas: “doença, cuidado, perigoso e tratamento”. No terceiro quadrante (inferior esquerdo), estão os elementos que foram prontamente evocados, porém, com frequência abaixo da média, cujas palavras foram: “transmissão, triste, falta de informação, terrível, falta de prevenção, preconceito, falta de responsabilidade, como pegou?, absurdo, tem que cuidar, pega também, perigo, ruim e muito perigoso”. Já no quarto e último quadrante (inferior direito), estão representados os

elementos com menor frequência e maior ordem de evocação, sendo eles: “sem cura, exame e doença perigosa”.

Destaca-se que, apesar da divisão desencadeada pela análise prototípica, é possível observar uma relação entre as palavras, estando elas ligadas à falta de prevenção; ao medo de pegar o HIV; ao susto e desaprovação em se pensar um idoso com HIV, além da sua associação com a morte. Essas representações dos entrevistados sobre a AIDS na velhice demonstram que ainda existe um preconceito, até mesmo pelos próprios idosos, ao pensar uma pessoa com 60 anos ou mais, tendo relações sexuais e adquirindo o HIV. A falta de conhecimento sobre a AIDS, associada à forma preconceituosa de se encarar este problema, tem levado às pessoas a expressarem, de formas variadas, seus sentimentos em relação ao HIV. Outro ponto é o fato da AIDS ser uma doença sexualmente transmissível e sem cura, o que acarreta crenças e valores relacionados à sexualidade, tendo a morte como castigo, o que demonstra a visão negativa da AIDS na velhice e o desenvolvimento de um sentimento de medo irracional quanto à contaminação pelo HIV (MENEZHIN, 1996).

Jardim (2012) comenta a esse respeito, afirmando que o que se observa é que devido ao preconceito e o tabu que rondam a sexualidade na velhice, conjugado com a carência de políticas públicas que abarquem essa temática, muitos idosos não se percebem vulneráveis à infecção pelo HIV e mantêm relações sexuais sem o uso do preservativo, já que para eles a camisinha é coisa de outro mundo e a AIDS é uma doença dos jovens e das pessoas promíscuas.

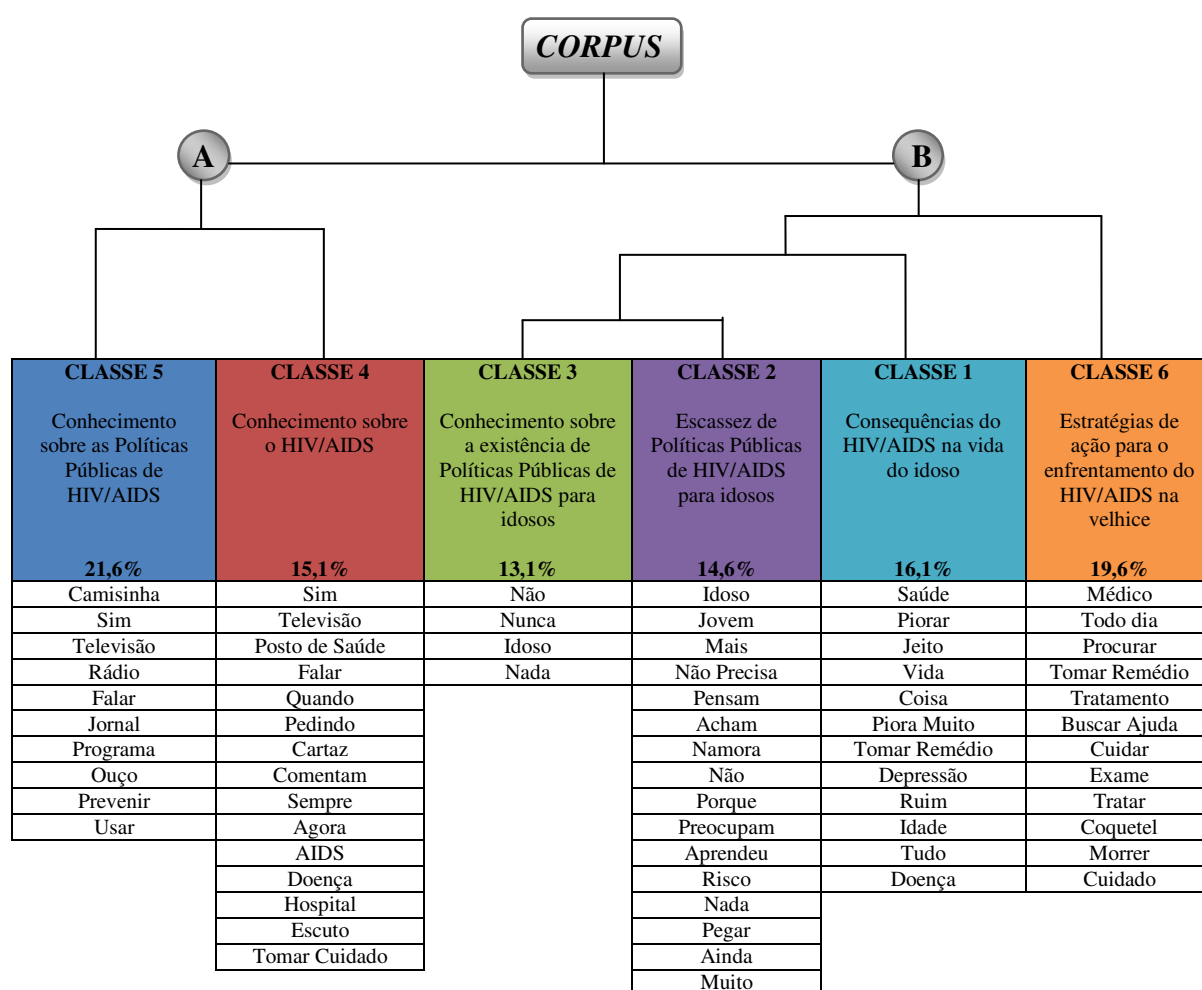
3.3 PERCEPÇÕES DOS IDOSOS, PARTICIPANTES DO CCI SOBRE O HIV/AIDS NA VELHICE: CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CHD)

Para complementar o resultado anterior, bem como com o intuito de se aprofundar na análise sobre as percepções dos entrevistados a respeito do HIV/AIDS na velhice, utilizou-se o software Iramuteq, no qual a partir do corpus geral constituído por 253 textos, foi realizada a análise lexicográfica, especificamente a CHD (Figura 14), que se desmembrou em 261 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 199 STs (76,25%). Desse corpus emergiram 5.010 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 701 palavras distintas e 369 com uma única ocorrência.

Em um primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois subcorpora A e B, sendo que o subcorpo A deu origem a classe 5 “Conhecimento sobre as Políticas Públicas de

HIV/AIDS” e a classe 4 “Conhecimento sobre o HIV/AIDS”. Já o subcorpo B, em um primeiro momento originou a classe 6 “Estratégias de ação para o enfrentamento do HIV/AIDS na velhice”, em seguida deu origem a classe 1 “Consequências do HIV/AIDS na vida do idoso” e por fim, emergiram as classes 3 “Conhecimento sobre a existência de Políticas Públicas de HIV/AIDS para idosos” e classe 2 “Escassez de Políticas Públicas de HIV/AIDS para idosos” (FIGURA 14).

FIGURA 14 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2018).

O conteúdo analisado foi categorizado em seis classes: Classe 1, com 32 ST (16,08%); Classe 2, com 29 ST (14,57%); Classe 3, com 26 ST (13,07%); Classe 4, com 30 ST (15,08%); Classe 5, com 43 ST (21,61%) e a Classe 6, com 39 ST (19,6%).

Na figura anterior encontram-se as palavras ranqueadas pelo programa de acordo com a sua maior associação com cada classe temática. Diante disso, tendo como base os segmentos de textos (recortes de texto dos discursos analisados) representativos de cada classe, bem como as palavras que sobressaíram em cada uma delas, a seguir são apresentados os resultados e as discussões referentes a cada classe.

Classe 4 – Conhecimento sobre o HIV/AIDS

A Classe 4 apresenta o conhecimento dos idosos participantes do CCI sobre o HIV/AIDS. Assim, foi possível identificar que os entrevistados já tinham conhecimento sobre o vírus, como pode ser visto nas falas abaixo:

“Já ouvi falar sim, eu acompanho muito a televisão, jornal, revista, mas a televisão é a que eu tenho mais contato porque eu adoro a televisão e lá ta sempre alertando sobre essa doença, pedindo para os jovens se cuidar” (Entrevistado 31).

“Já sim, no posto de saúde eu vejo as pessoas comentar, falando para tomar cuidado, procurar conhecer o parceiro, que a pessoa pegou aquilo por falta de conhecimento, e na televisão também fala né” (Entrevistado 11).

“Sim, 140u sempre vendo. Eu vejo na televisão, no posto de saúde também tem os cartazes que falam sobre o cuidado né, que tem que prevenir” (Entrevistado 12).

Para Melo et al. (2012), dentre os meios de informação para aquisição de conhecimento, verifica-se a mídia como a mais citada, provavelmente devido a sua abrangência. Este fato reforça a necessidade de os profissionais de saúde estabelecerem vínculos político-sociais, para que as atividades educativas em saúde tenham espaço cada vez maior em rádios, jornais, revistas e televisão.

Outro fator que pode estar relacionado ao conhecimento dos entrevistados sobre o HIV, é a participação no Centro de Convivência do Idoso, uma vez que neste local, além de serem realizadas diversas atividades, encontram-se profissionais de várias áreas, bem como está presente o convívio com outros idosos, o que demonstra que, neste caso, trata-se de idosos bastante ativos, que estão sempre tendo acesso e diálogo sobre diversos assuntos.

Classe 5 – Conhecimento sobre as Políticas Públicas de HIV/AIDS

A classe 5 demonstra o conhecimento dos entrevistados sobre as políticas públicas de HIV/AIDS. A partir das palavras elencadas, observa-se que os idosos relatam já terem tido

acesso, principalmente, através da televisão e do rádio às políticas públicas, tendo destacado a campanha sobre o uso da camisinha, como forma de prevenção, conforme as seguintes falas:

“Sim, o que eu conheço e vejo falar na televisão é da camisinha, que tem que usar se não quiser pegar” (Entrevistado 16).

“Sim, no rádio e na televisão, mas é mais no rádio mesmo que eu escuto falando um pouco que a pessoa tem que usar a camisinha” (Entrevistado 34).

“Sim, olha eu já ouvi sim na televisão falando sobre a camisinha, mas eu nem me importo não, porque faz tempo que não mexo com isso” (Entrevistado 30).

Apesar dos idosos afirmarem ter conhecimento a respeito das políticas públicas de HIV/AIDS, destaca-se que a única informação que eles tiveram acesso foi sobre a camisinha, e isso pode estar relacionado ao fato de ser um assunto bastante frequente na mídia, principalmente em datas específicas. No entanto, como relatam Maschio et al (2011), apesar do uso da camisinha ser reconhecido pela maioria, como meio de prevenção, esta não é frequentemente utilizada pelos idosos, quando se tem relações sexuais com pessoas de confiança, sendo necessário fazer com que a pessoa idosa perceba sua vulnerabilidade, sendo esse um desafio para a prevenção.

Sousa (2008) esclarece que, para os idosos que não têm a cultura do uso do preservativo, a possibilidade de adquirir o HIV parece invisível e, em especial, as mulheres idosas, que, por não poderem mais engravidar, têm a falsa impressão da inutilidade do preservativo. O que se observa é que há uma falta de identificação do idoso com a campanha de prevenção do HIV, que tem sempre como foco a população mais jovem, fazendo com que o idoso não se preocupe em evitar o contágio.

Classe 3 - Conhecimento sobre a Existência de Políticas Públicas de HIV/AIDS para idosos

A Classe 3 trata da falta de conhecimento dos idosos entrevistados sobre as políticas públicas de HIV/AIDS, direcionadas exclusivamente para esta população. Destaca-se as palavras “não”, “nunca” e “nada”, que demonstram o total desconhecimento acerca de programas e campanhas, que têm como público alvo a população idosa, como pode ser visto nas falas a seguir:

“Específico para o idoso não vi não” (Entrevistado 3).

“Nunca vi, acho que não tem” (Entrevistado 6).

“Olha se eu te falar que já vi vou estar mentindo” (Entrevistado 31).

É necessário destacar que a falta de uma especificação dentro das políticas de prevenção do HIV/AIDS para os idosos, acaba por aumentar as chances de contaminação na velhice, estando isso relacionado ao fato dos idosos, muitas vezes, não se verem nas campanhas existentes, uma vez que as mesmas são direcionadas para o público em geral. Para Neto et al. (2015), dentre os principais desafios da prevenção das IST e do HIV em idosos, está justamente o fato de conseguir elaborar estratégias de prevenção, que sejam sensíveis à idade e ao estilo de vida dessa população, podendo essas estratégias partirem tanto de campanhas com folhetos informativos, propagandas e, até mesmo, discussões em grupos, contanto que estejam direcionadas para as atitudes, práticas sociais, culturais e linguagem adequada aos idosos.

Classe 2 - Escassez de Políticas Públicas de HIV/AIDS para Idosos

A classe 2 apresenta as percepções dos idosos sobre o fato das políticas públicas de HIV/AIDS direcionadas para os idosos serem escassas, como pode-se ver a seguir:

“Porque o idoso não faz sexo né? É isso que eles devem de pensar, só que tem idoso que ainda gosta da farra, não pode ver uma menina nova que quer farrear, e aí você já viu” (Entrevistado 46).

“Eles acham que o idoso já sabe tudo, já tem experiência e não precisa de mais nada aí falam só para os jovens, porque acham que eles ainda não sabem né? Só que isso é errado né: Porque o idoso também precisa saber, muitos idosos não sabem” (Entrevistado 8).

“Eles falam de modo geral né? Na verdade, eu percebo que eles não tão muito preocupados com os idosos, as vezes podem até pensar que o idoso já não tem interesse em namorar mais” (Entrevistado 30).

“Eu vejo que é mais voltado para o adolescente, jovem porque o idoso eles pensam que já não pega nada, agora que precisa de alertar, precisa né, porque a gente vê que a expectativa de vida 142u só aumentando então é preciso alertar” (Entrevistado 25).

Para os entrevistados, o principal motivo relacionado à escassez de políticas públicas de HIV/AIDS para os idosos está ligado ao fato de os responsáveis pela formulação dessas políticas verem os idosos como assexuados. Gott (2006) esclarece que a função sexual deve ser vista, como um componente vital para se alcançar um envelhecimento saudável; no entanto, as questões sobre saúde sexual em idades mais avançadas sempre tiveram baixa prioridade, tanto nas políticas públicas, quanto nas atividades e nas pesquisas, contribuindo, portanto, para o surgimento de mitos e preconceitos em torno da sexualidade na velhice.

Para Neto et al. (2015) existe um consenso de que a população idosa está excluída das políticas públicas de prevenção. De forma geral, acredita-se que o envelhecimento faz com

que o indivíduo se torne sexualmente inativo, incapaz de produzir atração em outras pessoas. Adicionado a isso, está o pouco incentivo financeiro em programas, uma vez que os esforços de prevenção se concentram nas populações mais jovens ou naquelas percebidas como mais propícias à aquisição do HIV.

Jardim (2012) afirma que o acesso às informações e a transformação cultural podem permitir modificações comportamentais relacionadas à sexualidade do idoso, não só por parte dos profissionais de saúde, mas também da população em geral, para que haja uma aceitação da sexualidade na velhice, bem como a percepção por parte dessa população sobre seus riscos de infecção.

Assim, como destaca Neto et al. (2017), é relevante o desenvolvimento de programas de saúde pública específicos para esta população, a partir de estratégias educativas, realizadas por indivíduos capacitados, buscando promover uma mudança no comportamento dos idosos, principalmente quanto às formas de transmissão e prevenção do HIV.

Classe 1 - Consequências do HIV/AIDS na Vida do Idoso

As principais consequências do HIV/AIDS na vida do idoso, segundo os entrevistados, retratadas na Classe 1, está relacionada a uma piora na saúde, levando a um quadro de tristeza e até mesmo depressão, como demonstram as falas abaixo:

“Piora a saúde né? Porque já ta de idade, aí revolta né? Pega uma depressão e aí não tem jeito” (Entrevistado 14).

“Eu acho que a maior consequência é na saúde mesmo, e aí depois vem o arrependimento de ter envolvido com coisa errada, nisso vem a tristeza” (Entrevistado 18).

“Eu tenho certeza que tem consequência. A saúde piora uns 90%, a saúde dele vai decair, mesmo ele tomando os remédios, daqui pra frente, ele não vai ter saúde mais, a vida dele já era” (Entrevistado 23).

Como pode ser visto, ainda permeiam percepções relacionando o HIV/AIDS à morte, visto que, para eles, ser idoso e estar com o HIV é como ter chegado ao “fim da linha”, uma vez que não há mais solução e as consequências são desastrosas. Sousa et al (2006) complementam que os idosos consideram ainda que a AIDS em jovens é muito pior, tanto pela própria personalidade revoltada, como pelo não aproveitamento da vida. Além disso, os idosos têm mais responsabilidades, aderindo melhor ao tratamento e as prescrições médicas e, ainda, que a púnica solução é conformar-se, pois não podem mudar a condição de soropositividade.

Para Okuno et al. (2014), o impacto da infecção pelo HIV pode gerar mudanças em diversos aspectos da vida dos indivíduos, uma vez que enfrentar esse problema, associado às dificuldades que a condição sorológica impõem em relação à qualidade de vida, tem sido um dos desafios para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS. No caso do idoso, estas situações de dificuldades também são enfrentadas, uma vez que este vive com uma doença estigmatizada, sem cura e que exige suportes social, familiar e profissional para ser vivenciada.

Classe 6 - Estratégias de Ação para o Enfrentamento do HIV/AIDS na Velhice

A Classe 6 traz as estratégias que, segundo os entrevistados, são adotadas pelos idosos após descobrir o HIV, estando relacionadas principalmente à busca pelo tratamento e por acompanhamento médico, como pode ser visto nas falas que seguem:

“Depois que pegou só resta chorar né? Reclamar, mas tem que buscar o tratamento, procurar o médico, tomar o remédio e tentar viver mais um tempo né?” (Entrevistado 31).

“Vai ter que parar de trabalhar, vai ter que toma remédio, só coisa ruim que acontece” (Entrevistado 46).

“Primeiramente fazer o exame né? E depois o tratamento se tiver tempo” (Entrevistado 19).

As estratégias de enfrentamento do HIV utilizadas pelos idosos, segundo Silva et al. (2018), sofrem influência de diversos fatores, tais como, os aspectos sociodemográficos, pessoais, socioculturais e ambientais. Além disso, dependem de recursos que podem ser pessoais, envolvendo o estado de saúde, a moral, a religiosidade, a inteligência e as peculiaridades individuais; bem como de natureza sociológica, envolvendo características familiares, redes sociais, situação econômica e relacionamento conjugal.

Dessa forma, pode-se afirmar, que, ao contrário do que foi relatado pelos entrevistados, nem todos os idosos com HIV terão as mesmas estratégias de enfrentamento, já que estas estratégias dependem dos contextos em que este idoso está inserido.

Vale ressaltar que, como afirmam Serra et al. (2013), o HIV/AIDS traz a dor da própria enfermidade e a dor dos olhos dos outros, sendo que o medo da rejeição, principalmente, no ambiente de trabalho e familiar, conjugado com o sofrimento causado pelo preconceito e pela possibilidade de discriminação, afetam de forma contundente os sujeitos, influenciando na forma como irá enfrentar o HIV.

3.4 PERFIL DO IDOSO ATENDIDO PELO SAE

Os dados do perfil socioeconômico do idoso com HIV/AIDS, atendido pelo SAE, estão descritos na Tabela 3, sendo possível observar a predominância dos idosos do sexo masculino (53%), pardos (47,05%), com faixa etária entre 60 a 69 anos (82,35%), solteiros (41,19%), católicos (55,89%) e com o ensino fundamental incompleto (50%).

Com relação ao sexo, apesar de ter apresentado um predomínio de homens com HIV/AIDS, Serra et al. (2013) destacam que, no Brasil, os casos de HIV/AIDS vêm apresentando uma diminuição da razão de sexo, uma vez que a razão homem/mulher passou de 15:1 em 1986, para 1,6:1 em 2009. Desta forma, evidencia-se, nesse estudo, uma porcentagem muito próxima no que se refere ao sexo dos entrevistados.

Quanto ao grau de escolaridade, Souza et al. (2019) destacam que este é um ótimo indicador do nível socioeconômico dos indivíduos e do seu impacto sobre a saúde, sendo assim, quanto menor for o nível de escolaridade, como evidenciado neste estudo, menor será o acesso do idosos às informações e, conseqüentemente mais vulnerável ele estará ao HIV/AIDS.

No que se refere à religião, Nascimento et al. (2017) destacam que o indivíduo com crença religiosa sente mais estímulo e força, seja para suportar as dificuldades do problema, seja para vencê-las, pois, acreditar na existência de um ser superior, capaz de resolver qualquer problema, torna as pessoas menos ansiosas e deprimidas, o que é de grande importância no caso dos idosos com HIV/AIDS.

Já em relação a ocupação dos entrevistados, 70,60% são aposentados/pensionistas, apresentando uma renda entre 1,0 e 2,0 salários mínimos, o que pode estar diretamente relacionado ao nível de escolaridade, uma vez que o nível educacional juntamente com a renda do indivíduo representa o acesso à informação e o acesso aos bens materiais, inclusive, ao serviço de saúde (SOUZA et al., 2016).

TABELA 3 - Perfil do Idoso com HIV/AIDS, Atendido pelo SAE

| CARACTERÍSTICAS | % |
|---|----------|
| Sexo: | |
| • Feminino | • 47% |
| • Masculino | • 53% |
| Cor: | |
| • Branco | • 35,29% |
| • Pardo | • 47,05% |
| • Negro | • 17,66% |
| Faixa Etária: | |
| • 60 a 69 anos | • 82,35% |
| • 70 a 79 anos | • 14,70% |
| • 80 a 89 anos | • 2,95% |
| Escolaridade: | |
| • Analfabeto | • 5,89% |
| • Ensino Fundamental Incompleto | • 50% |
| • Ensino Fundamental Completo | • 11,77% |
| • Ensino Médio Incompleto | • 2,94% |
| • Ensino Médio Completo | • 17,64% |
| • Ensino Superior Incompleto | • 2,94% |
| • Ensino Superior Completo | • 8,82% |
| Estado Civil: | |
| • Solteiro | • 41,19% |
| • Casado/Amasiado | • 29,41% |
| • Separado/Divorciado | • 14,70% |
| • Viúvo | • 14,70% |
| Religião: | |
| • Católica | • 55,89% |
| • Evangélica | • 26,47% |
| • Outra | • 17,64% |
| Ocupação: | |
| • Aposentado/Pensionista | • 70,60% |
| • Dona de Casa | • 2,94% |
| • Desempregado | • 2,94% |
| • Outro | • 23,52% |
| Renda: | |
| • Menor que 1 Salário Mínimo | • 11,76% |
| • Entre 1 e 2 Salários Mínimos | • 79,41% |
| • Entre 2 e 3 Salários Mínimos | • 2,94% |
| • Mais que 3 Salários Mínimos | • 5,89% |
| Faixa Etária em que Descobriu o HIV/AIDS: | |
| • 40 a 49 anos | • 26,48% |
| • 50 a 59 anos | • 41,18% |
| • 60 a 69 anos | • 23,52% |
| • 70 a 79 anos | • 8,82% |
| Tempo de Diagnóstico: | |
| • 1 a 4 anos | • 23,52% |
| • 5 a 10 anos | • 41,18% |
| • 11 a 20 anos | • 26,48% |
| • 21 a 25 anos | • 8,82% |

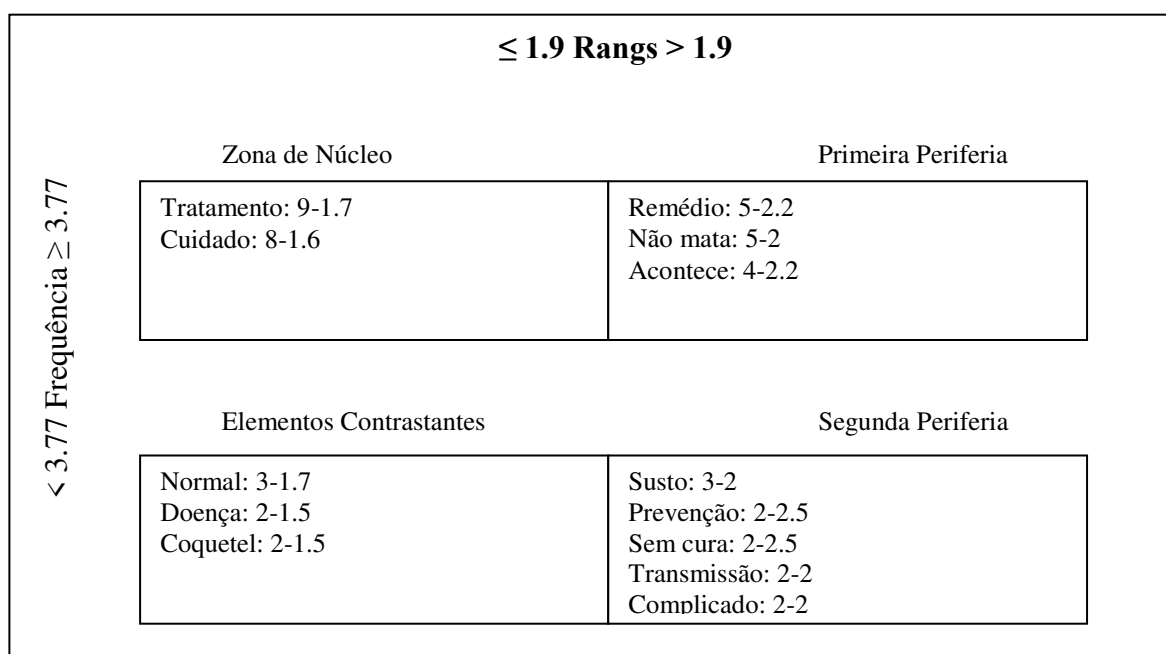
Fonte: Dados da Pesquisa (2018).

Por fim, quando descobriram o diagnóstico, os idosos estavam, predominantemente, na faixa etária de 50 a 59 anos (41,18%), sendo possível observar que mais de 40,0% dos idosos entrevistados apresentavam um tempo de diagnóstico de 5 a 10 anos. Nesse sentido, vale destacar que pessoas com maior tempo de diagnóstico, embora ainda vejam o HIV/AIDS como problema, passam a encarar o HIV, como uma situação de aprendizagem, onde a cura é esperada e a adaptação considerada possível (OKUNO et al. 2014).

3.5 ANÁLISE PROTOTÍPICA SOBRE O SIGNIFICADO DA AIDS NA VELHICE PARA IDOSOS COM HIV/AIDS ATENDIDOS PELO SAE

A análise prototípica sobre o significado da AIDS na velhice também teve o intuito de identificar as representações dos idosos com HIV/AIDS atendidos pelo SAE. Da mesma forma, foi indagado aos entrevistados o que lhes vinha à cabeça quando ouviam “AIDS na Velhice”.

FIGURA 15 - Representações dos Idosos com HIV/AIDS Atendidos pelo SAE sobre a AIDS na Velhice



Fonte: Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2018).

A Figura 15 mostra o diagrama de quatro quadrantes, obtidos após a análise pelo software Iramuteq. O primeiro quadrante (superior esquerdo) trás as palavras: “tratamento e

cuidado”, sendo estas, as palavras que tiveram frequência maior que a média e que foram prontamente evocadas (CAMARGO; JUSTOS, 2016).

A palavra “tratamento” para a pessoa soropositiva denota a expectativa em relação ao prolongamento da vida, decorrente da ingestão do medicamento, evidenciando, assim, a importância do tratamento medicamentoso, não apenas quanto ao aspecto fisiológico, mas também em relação ao psicológico, pois, gera esperança, trazendo mais vontade de querer viver e lutar (SALDANHA et al., 2009). Por outro lado, como comentam os referidos autores, a palavra “cuidado” está ligada à prevenção, bem como aos cuidados necessários para viver bem e, conseqüentemente, diminuir a vulnerabilidade ao adoecimento, levando a entender que os entrevistados estão conscientes do tratamento, considerando que seja para o resto da vida, semelhante a uma doença crônica, como o diabetes (GOMES et al., 2011).

No segundo quadrante (superior direito), está a primeira periferia, com as palavras que tiveram alta frequência, mas que não foram prontamente evocadas, sendo elas: “remédio, não mata e acontece”. E no terceiro quadrante (inferior esquerdo) estão as palavras: “normal, doença e coquetel”, que foram prontamente evocadas, porém, com frequência abaixo da média. Já no quarto quadrante (inferior direito) estão as palavras: “susto, prevenção, sem cura, transmissão e complicado”, que representam os elementos com menor frequência e maior ordem de evocação.

É possível observar uma relação entre as palavras mencionadas pelos idosos que realizam tratamento no SAE. Para os idosos com HIV, a AIDS está associada a aspectos mais positivos, como a possibilidade de tratamento e seguimento das prescrições médicas, relacionados ao conhecimento da existência dos medicamentos anti-retrovirais, que transformaram a AIDS, de uma infecção agudamente letal, para uma doença crônica e controlável, sendo responsável por uma vida mais digna para os indivíduos HIV positivos, reduzindo assim, a mortalidade (SALDANHA et al., 2009).

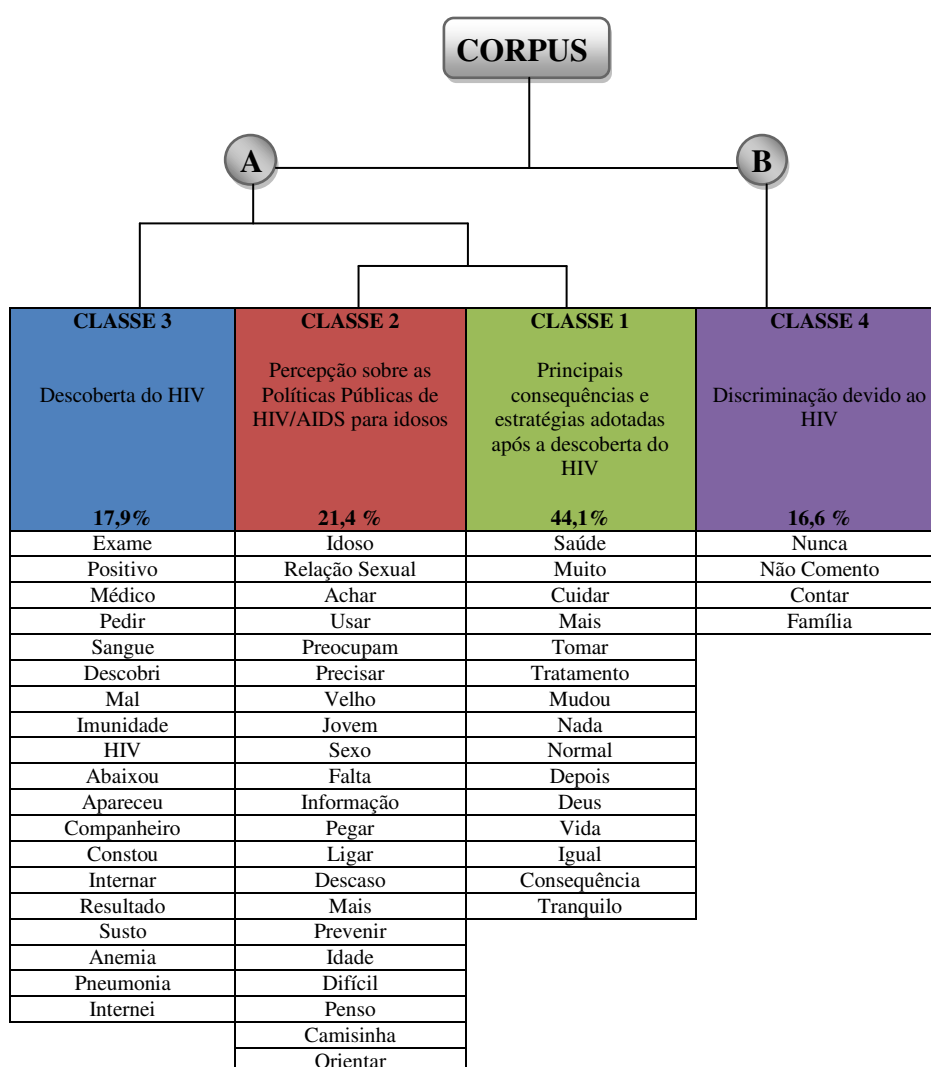
3.6 PERCEPÇÕES DOS IDOSOS COM HIV/AIDS ATENDIDOS PELO SAE SOBRE O HIV/AIDS NA VELHICE: CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

Com o intuito de se aprofundar na análise dos dados obtidos, utilizou-se o software Iramuteq para identificar as percepções dos idosos atendidos pelo SAE sobre o HIV/AIDS na velhice. Assim, a partir do corpus geral, constituído por 345 textos, foi realizada a análise lexicográfica, que se desmembrou em 423 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de

313 STs (74,00%). Desse corpus emergiram 8.650 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.312 palavras distintas e 684 com uma única ocorrência.

Conforme a Figura 16, o corpus foi dividido em um primeiro momento em dois subcorpora A e B, por meio da classificação hierárquica descendente. Em um segundo momento, o subcorpo B deu origem a classe 4 “Discriminação devido ao HIV”, enquanto o subcorpo A originou a classe 3 “Descoberta do HIV” e, logo em seguida, obteve-se a classe 2 “Percepção sobre as Políticas Públicas de HIV/AIDS para idosos” e, em seguida, obteve-se a classe 1 “Principais consequências e estratégias adotadas após a descoberta do HIV”, além da classe 1 “Percepção sobre as Políticas Públicas de HIV/AIDS para idosos”, além da classe 1 “Principais consequências e estratégias adotadas após a descoberta do HIV”, além da classe 1 “Percepção sobre as Políticas Públicas de HIV/AIDS para idosos”, além da classe 1 “Principais consequências e estratégias adotadas após a descoberta do HIV”.

FIGURA 16 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte:Elaborado pela autora, com base nos dados emitidos pelo software Iramuteq (2018).

O conteúdo analisado foi categorizado em quatro classes: Classe 1, com 138 ST (44,09%); Classe 2, com 67 ST (21,41%); Classe 3, com 56 ST (17,89%) e a Classe 4, com 52 ST (16,61%), como pode ser visto na figura anterior.

Considerando as palavras ranqueadas pelo programa, de acordo com a sua maior associação com cada classe temática (Figura 16) e tendo como base os segmentos de textos representativos das mesmas, foram nomeadas as classes, a seguir apresentadas, com seus resultados e discussão:

Classe 3 - Descoberta do HIV

A Classe 3 ressalta como os entrevistados descobriram o HIV, sendo possível observar que existiram aqueles que apresentaram algum sintoma e procuraram ajuda médica, onde acabou por descobrir, como também foi observado os que descobriram após fazer o teste rápido, não estando com nenhum sintoma no momento, como mostra as falas a seguir:

“Comecei a dar uma pinicação no olho e o meu pé começou a dar aqueles cascos, eu tirava o casco de manhã e de tarde ele já voltava, entendeu? Aí eu comecei a fazer umas consultas no HU, aí os médicos pediram outro exame, aí depois que a médica fez o exame do HIV que descobriu, foi um susto sem tamanho. Isso foi em 2012, eu tinha uns 54 anos” (Entrevistado 9).

“O meu companheiro descobriu, e a tia dele me ligou avisando e pediu para eu fazer o exame. Nisso minha filha me levou para fazer o exame e deu positivo. Foi horrível. Faz 11 anos que descobri, naquela época eu tava com mais de 70 anos. Depois disso eu larguei ele, porque ele bebia muito, e eu queria me cuidar, aí mandei ele embora” (Entrevistado 18).

“Há uns 10 anos atrás eu fiz o exame e descobri, porque já tinha costume de fazer mesmo. Naquela época eu tava com 65 anos” (Entrevistado 13).

Descobrir o diagnóstico soropositivo acarreta, no primeiro momento, uma destruição significativa em todos os aspectos da vida do indivíduo, modificando a estrutura de sua personalidade, seus contatos com o mundo e seus valores, sendo comum, nessa fase, os sentimentos de desespero, incredulidade e susto (SALDANHA et al. 2009).

Passado o impacto da notícia, segundo Wagner e Bosi (2013), espera-se haver uma organização do “eu” dentro da nova realidade; ou seja, o sujeito passa a funcionar de forma mais integrada, unificada, confiando nas novas direções que surgem para sua vida.

No caso dos idosos, Saldanha et al. (2009) afirmam que o fato da sexualidade entre eles ser tratada como tabu, pelos próprios idosos e pela sociedade em geral, faz com que a AIDS não se configure como uma ameaça, ocasionando o diagnóstico tardio, atrasando o tratamento e diminuindo a sobrevivência dessas pessoas. Junto a isso, ainda se observa o fato de

alguns sintomas do HIV/AIDS ou de infecções oportunistas serem facilmente confundidas com doenças que comumente acometem os idosos dificultando o diagnóstico.

Classe 2 - Percepção sobre as Políticas Públicas de HIV/AIDS para Idosos

A Classe 2 se refere às percepções dos idosos atendidos pelo SAE sobre as políticas públicas de HIV/AIDS, direcionadas exclusivamente para os idosos, sendo observado que os entrevistados não tiveram acesso a nenhum programa ou campanha de controle e prevenção do HIV, que tivessem como público alvo, os idosos. Isto está relacionado ao fato de que esta especificação não está prevista na política de HIV/AIDS, o que nos leva a compreensão de que é necessário direcionar ações específicas, tanto de discurso, quanto prática, para construir uma identificação e pertença do idoso com este debate.

Além disso, para esses idosos, a principal causa da falta de acesso a essas políticas estaria relacionada ao fato de os formuladores das políticas públicas pensarem que o idoso já não possui mais uma vida sexual ativa. Ou seja, as concepções, valores e crenças dos formuladores das políticas, influenciam na existência das políticas, apesar do problema se tornar cada vez mais intenso.

Como destaca Weible e Sabatier (2009) o que mantém a coalizão de defesa unida é o compartilhamento de crenças dos seus membros sobre assuntos políticos fundamentais; isto é, são os sistemas de crenças e valores que determinam a direção que uma coalizão procurará dar a um programa ou política pública.

As falas a seguir demonstram a percepção dos entrevistados sobre as políticas públicas de HIV/AIDS na velhice:

“Eles acham que o idoso não tem vida, mais tem, todos nós temos vida, a partir da hora que nasce né? Eles acha que o idoso não faz sexo, não tem expectativa, acha que não fazem nada não e fazem sim, 151u melhor até que o mais novo né?” (Entrevistado 7).

“Só tem pro jovem né? Eu só vejo pros jovens, pra nos mesmo ninguém fala né? Eles pensam que o idoso já tem a cabeça mais feita, já viveu muito, já sabe de tudo, vai pensar muito antes de fazer as coisas, mais devia ter, porque muitos idosos nem sabe” (Entrevistado 21).

“É um descaso completo com a terceira idade, principalmente com o idoso que já tem o HIV né? Isso acontece porque eles não têm noção de como é pra quem tem, como é difícil” (Entrevistado 24).

Segundo Santos e Assis (2011), a ampliação da AIDS entre os idosos pode estar associada a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade. Campanhas para a população idosa são fundamentais; mas, somente o conhecimento não é suficiente para mudar

o comportamento, de forma que o indivíduo seja capaz de adotar práticas seguras, a fim de evitar a infecção. É necessário, sobretudo, focar aspectos socioculturais para redução dos riscos e vulnerabilidades.

Caldas e Gessolo (2007) ressaltam que a prevenção ao HIV/AIDS entre os maiores de 60 anos é algo muito complexo e representa um desafio para as atuais políticas de saúde pública, que concentram sua atenção na população jovem. Assim, os programas de prevenção do HIV devem considerar também aspectos psicológicos, socioeconômicos e culturais, que interferem na vulnerabilidade deste grupo etário, antes e depois da infecção, como a situação de estresse vivenciada pelos idosos. Considera-se necessário que as ações sejam desenvolvidas em locais frequentados pelos idosos, por meio de uma linguagem específica para este grupo, de forma que as orientações possam obter maior alcance e serem mais efetivas.

Outro fator é o estigma e o preconceito que estão presentes na perspectiva dos estereótipos socialmente construídos em relação à doença e à sexualidade dos idosos; na perspectiva do preconceito dos próprios idosos consigo mesmos e com sua nova condição de saúde, bem como na perspectiva dos estigmas e preconceitos dos profissionais de saúde em relação à realidade do HIV/AIDS e da sexualidade da pessoa idosa. Neste sentido, é possível afirmar que o entrelaçamento entre envelhecimento e HIV/AIDS apresenta-se como uma categoria que demonstra seu potencial estigmatizante em duas vertentes que se associam: pelos atributos que produzem efeito de descrédito no sujeito e que são ligados à doença, e pelas incongruências que o diagnóstico de HIV/AIDS apresenta em relação ao estereótipo que se tem da pessoa idosa, especialmente como aquela vivendo em um momento assexuado da vida (CASSÉTTE et al., 2016).

Para Moraes (2011), o desafio que se coloca às políticas públicas relacionadas ao aumento da população idosa com HIV/AIDS está voltado à necessidade de articular as intervenções sociais com a dimensão ética que esse problema exige, já que essas ações estão direcionadas a alterar a maneira dos idosos exercitarem seus direitos. São necessárias também novas perspectivas a partir de políticas públicas que sejam eficazes, ao dirigirem aos idosos, principalmente os que envelhecem com o HIV/AIDS, como exposto por Pedrosa e Lebrege (2016).

Classe 1 - Principais Consequências e Estratégias Adotadas após a Descoberta do HIV

A Classe 1, identificada pelo software Iramuteq, apresenta as principais consequências e as estratégias que, em geral são adotadas após os entrevistados descobrirem o HIV. Destacase que foi comum entre esses idosos tentar viver normalmente, mesmo com as reações provocadas pelos medicamentos, a tristeza e a culpa que carregavam por terem adquirido a doença, como pode ser evidenciado nas falas abaixo:

“Tentei continuar a vida normal, eu só relaxei porque eu estava desgostosa, dei depressão, mais foi no início né? Aí larguei o tratamento pra lá, mais depois deu tudo certo, eu melhorei e comecei a me cuidar, e 153u até hoje” (Entrevistado 16).

“Eu tive muitas consequências, tive depressão, uma depressão muito forte, e ainda juntou que eu separei, porque o meu marido que pediu para separar e eu não queria dar a separação, então juntou tudo, e a saúde piorou muito na época que descobri” (Entrevistado 22).

“Tenho evitado trabalho cansativo, por medo da morte que é muito grande. Comecei a acreditar nos médicos, fazer o tratamento e cuidando da minha saúde mais né?” (Entrevistado 20).

“A única coisa que mudou na rotina foi porque hoje eu tenho abstinência de sexo, porque mesmo com camisinha é aquele negócio, você vive aquele medo, então, de vez em quando a gente faz né porque a gente é filho de Deus né? Mas assim no geral minha vida continuou normal. Vida que segue” (Entrevistado 11).

Para Jesus et al. (2017), o impacto de viver com uma doença, que ainda carrega muito estigma e preconceito, é o maior obstáculo entre esses indivíduos e sua qualidade de vida, impactando em seu micro e macroambiente e interferindo diretamente na sua capacidade de enfrentamento da doença.

Ser soropositivo acarreta aos idosos prejuízos psicológicos, orgânicos e sociais, estando à sensação de tristeza, desânimo, fracasso, aprisionamento e medo presentes em seu dia a dia (COSTA, 2013).

Jesus et al. (2017) destacam que atualmente, conviver com o HIV, exige mais do que somente tratar a doença, uma vez que é necessário lidar diariamente com problemas transdisciplinares, que envolvem sintomas depressivos, estigma, discriminação e os efeitos adversos relacionados ao regime terapêutico.

Segundo Gomes et al. (2011), percebe-se também a adaptação e a aceitação da soropositividade e do tratamento com os antirretrovirais, para poder viver bem e, conseqüentemente, diminuir a vulnerabilidade ao adoecimento. Observa-se que esse processo de naturalização vem atrelado ao sucesso do tratamento, dependendo, porém, da disciplina e de alguns cuidados que acabam por estimular às pessoas com HIV a incorporarem hábitos saudáveis na rotina diária, como dormir cedo, alimentar bem, fazer exercícios físicos, não beber, não fumar e manter a alimentação balanceada.

Outro ponto destacado pelos entrevistados e apontado por Costa (2013) consiste nas repercussões da sexualidade na velhice, sendo observado o cessar das atividades sexuais em decorrência da decepção sofrida ou do medo de contaminar outras pessoas e ter que revelar sua condição sorológica.

Classe 4 - Discriminação devido ao HIV

Por fim, a Classe 4 destaca que os entrevistados nunca se sentiram discriminados, uma vez que os idosos evitam contar para outras pessoas sobre o HIV, compartilhando apenas com alguns familiares ou até mesmo mantendo sigilo sobre o vírus, como pode ser visualizado nos depoimentos apresentados a seguir:

“Nunca fui discriminado, evito contar justamente para não sofrer preconceito”
(Entrevistado 20).

“Até hoje não fui discriminado porque a maior parte da minha família não sabe, eu contei só para a minha filha” (Entrevistado 28).

“Não, nunca fui não, porque não comento com ninguém, ninguém sabe”
(Entrevistado 4).

“Não fui discriminada porque eu só contei para a minha família” (Entrevistado 24).

A atitude preconceituosa da sociedade importa às pessoas soropositivas, prejudicando-as substancialmente, causando-lhes sérios transtornos, como o isolamento social, a perda da vontade de viver e, conseqüentemente, o estímulo para a busca por tratamento. Os atos preconceituosos originam, ainda, processos, relacionados à diminuição da auto-estima e à dificuldade de desenvolver relacionamentos afetivos (GOMES et al. 2011).

Para Silva et al. (2015), o medo de ser discriminado vem acompanhado de sofrimento, medo da rejeição das pessoas que fazem parte de suas relações sociais e, também, pelo sentimento de inferioridade que o próprio sujeito tem de si mesmo.

Dessa forma, para tentarem evitar situações de preconceito e discriminação é comum que os indivíduos soropositivos ocultem o diagnóstico das demais pessoas e, assim, acabem por vivenciar situações de isolamento, tristeza e depressão, como reportado pelos idosos.

4 CONCLUSÕES

As representações dos entrevistados sobre a AIDS na velhice demonstraram uma diferença entre as percepções dos idosos participantes do CCI e dos idosos atendidos pelo SAE; ou seja, sem e com HIV/AIDS. Isso está relacionado ao fato de que, no caso dos idosos

atendidos pelo SAE, estes já convivem com o HIV e, assim, conseguem ter uma visão menos negativa sobre a doença. Para os idosos participantes do CCI, apesar de terem conhecimento sobre a AIDS, pensar um idoso com HIV, causa estranhamento, uma vez que estes nunca tiveram acesso a nenhum caso, além de acreditarem que depois dos 60 anos a pessoa já possui certo conhecimento de vida, devendo priorizar a prevenção e o cuidado.

No que se refere às políticas públicas de HIV/AIDS, direcionadas exclusivamente para os idosos, verificou-se que os entrevistados desconhecem campanhas e programas de controle e prevenção do HIV, que sejam direcionadas para essa faixa etária, sendo que, para eles, isso está relacionado ao fato de os formuladores das políticas não estarem preocupados com os idosos, por terem uma imagem dos mesmos como assexuados, demonstrando o poder da coalizão de defesa para o agendamento da temática e formulação de políticas para o HIV/AIDS na velhice.

Dessa forma, pode-se concluir que o estigma e o preconceito que as pessoas tem em relação ao HIV/AIDS acabam por influenciar que as políticas públicas de controle e prevenção do HIV sejam pensadas e formuladas não tendo como foco o idoso. Como pôde ser visto, os próprios entrevistados não conseguem imaginar um idoso com HIV e, no caso dos idosos que já envelheceram com o vírus ou acabaram por adquirir na velhice, estes, por medo da discriminação, preferem muitas vezes manter sigilo sobre o vírus e, dessa forma, não lutam pelos seus direitos frente às políticas públicas, tendo em vista que é necessário que haja conscientização e mobilização do público envolvido, com o intuito de que novos temas entrem no agendamento das políticas públicas.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de; BRITO, Daniele Mary Silva de; GIMENIZ, Marli Teresinha; QUEIROZ, Terezinha Almeida; TAVARES, Clodis Maria. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.** v. 10, n. 4, p. 544-554, 2007.

CALDAS, José; GESSOLO, Kleber. **AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública.** 2007. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56540/2/89657.pdf>>. Acesso em: 19 de Setembro de 2019.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. (2016). **Tutorial para uso do software Iramuteq.** 32p. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf>. Acesso em: 23 de Novembro de 2019.

CASSÉTE, Júnia Brunelli; SILVA, Leandro César da; FELÍCIO, Ezequiel Elias Azevedo Alves; SOARES, Lissa Araújo; MORAIS, Rhariany Alves de; PRADO, Thiago Santos; GUIMARÃES, Denise Alves. HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 19, n. 5, p. 733-744, 2016.

CELEDÔNIO, Luna Pinheiro; ANDRADE, Laurinete Sales de. AIDS na terceira idade: sentimentos, percepções e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Serviço Social & Saúde.* v. 13, n. 1, p. 47-60, 2014.

COSTA, Juliana Monteiro. **HIV/AIDS na velhice: a fala dos idosos soropositivos na cidade de Recife.** 2013, 123 f. Tese de doutorado em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife. 2013.

GALINKIN, Ana Lúcia; SEIDL, Eliane Maria Fleury; BARBOSA, Bruno Teixeira; MAGALHÃES, Rogério Furtado. Representações sociais acerca da AIDS e percepção de risco da infecção entre estudantes universitários. *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva,* v. 6, n. 3, p. 52-66, 2012.

GOMES, Antônio Marcos; SILVA, Érika Machado Pinto; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Revista latino-americana de enfermagem.* v. 19, n. 3, p. 1-8, 2011.

GOTT, M. Sexual health and the new ageing. *Age and Ageing,* v. 3, n. 2, p. 106-107, 2006.

HELUANY, C. C. V. **Perfil do envelhecimento de octogenários e nonagenários residentes em Siderópolis – SC.** 2007. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-graduação em ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma (SC), 2007.

JARDIM, Laíse Navarro. **O HIV na Terceira Idade: O lugar designado ao Idoso nas Políticas Públicas em HIV/Aids e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática.** 2012, 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, 2012.

JESUS, Giselle Juliana de; OLIVEIRA, Layze Braz de; CALIARI, Juliano de Souza; QUEIROZ, Artur Acelino Francisco Luz; REIS, Elucir Girl Renata Karina. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.* v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017.

MASCHIO, Manoela Busato Mottin; BALBINO, Ana Paula; SOUZA, Paula Fernanda Ribeiro de; KALINKE, Luciana Puchalski. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem,* v. 32, n. 3, p. 583-589, 2011.

MAZZOTTI, Alda Judith Alves. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. *Revista Múltiplas Leituras.* v.1, n.1, p.18-43, jan/jun. 2008.

MELO, Hugo Moura de Albuquerque; LEAL, Márcia Carréra Campos; MARQUES, Ana Paula de Oliveira Marques; MARINO, Jacira Guiro. O conhecimento sobre Aids de homens

idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n. 1, p. 43-53, 2012.

MENEGHIN, Paolo. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da AIDS: o espectro do desespero contemporâneo. **Revista Escola de Enfermagem**. v. 30, n. 3, p. 399-415, 1996.

MORAES, Alessandra Cristina Ferreira. **Prevenção ao HIV/Aids para idosos: um desafio programático**. 2011, 55 f. Monografia (Especialização)- Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids. São Paulo. 2011.

NASCIMENTO, Ellane Karla Sipaubá; ALBUQUERQUE, Layana Pachêco de Araújo; MARINELLI, Natália Pereira; CAMPELO, Marcely Naiane Almeida Aguiar; SANTOS, Francisca Jéssica Lima dos. História de vida de idosos com HIV/AIDS. **Rev enferm**. v. 11, n. 4, p. 1716-24, 2017.

NETO, Afonso Ferreira Lima; SOUSA, Ayslan Santos; FARIAS, Elisciane dos Santos; SANTOS, Jéssica de Oliveira; NERY, Felipe Souza. **A vulnerabilidade de HIV/Aids na terceira idade**. International Nursing Congress. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/5784-21964-1-PB.pdf>. Acesso em: 30 de Novembro de 2019.

NETO, Jader Dornelas; NAKAMURA, Amanda Sayuri; CORTEZ, Lucia Elaine Ranieri; YAMAGUCHI, Mirian Ueda. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciência e saúde coletiva**. v. 20, n. 12, p. 3853 – 3864, 2015.

OKUNO, Meiry Fernanda Pinto; GOMES, Alexandre Cavallieri Gomes; MEAZZINI, Letícia; JÚNIOR, Gerson Scherrer; JUNIOR, Domingos Belasco; BELASCO, Angélica Gonçalves Silva. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. **Caderno de saúde pública**. v. 30, n.7, p. 1551-1559, 2014.

PAULA, Chanthelly Lurian Medeiros de; SANTOS, Everson Vagner de Lucena; MAIA, Paula Christianne Gomes Gouveia Souto; FILHO, Petrônio Souto Gouveia; SOUSA, Milena Nunes Alves de. Qualidade de vida de idosos participantes de um grupo de convivência no município de São Mamede – PB. **REBES**. v. 6, n.2, p. 01-07, 2016.

PEDROSA, Aline; LEBREGO, Arina Marques. Vulnerabilidade do idoso que vive com HIV/AIDS. **Revista Kairós Gerontologia**. v. 19, n. 4, p. 319-342, 2016.

SABATIER, Paul A., e Weible, Christopher M. **“The advocacy coalition: innovations and clarifications”**. In: Sabatier, P. (ed.). Theories of the policy process. 2. Ed. Boulder, CO: Westview Press, 2007.

SALDANHA, Ana Alayde Werba; ARAÚJO, Ludgleyson Fernandes de; SOUSA, Valdiléia Carvalho. Envelhecer com Aids: representações, crenças e atitudes de idosos soropositivos para o HIV. **Interam. J. psychol**. v. 43, n. 2, p. 323-332, 2009.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SANTOS, Rana Malva Medeiros dos. O processo de envelhecer com HIV/AIDS: uma abordagem gestáltica. **Revista IGT na Rede**. v. 10, n. 18, 2013.

SAMPAIO, Juliana; ARAÚJO JÚNIOR, José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. v. 6, n. 3, p. 335-346, 2006.

SERRA, Allan; SARDINHA, Ana Hélia de Lima; PEREIRA, Amanda Namíbia Silva; LIMA, Silvia Cristina Viana Silva. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde em Debate**. v. 37, n. 97, p. 294-304, 2013.

SERRA, Allan; SARDINHA, Ana Hélia de Lima; LIMA, Silvia Cristina Viana Silva; PEREIRA, Amanda Namíbia Silva. Perfil comportamental de idosos com HIV/AIDS atendidos em um centro de referência. **Rev enferm**. v. 7, n. 2, p. 407-13, 2013.

SILVA, Helony Rodrigues da; MARREIROS, Maria do Ó Cunha; FIGUEIREDO, Thiago Silveira; FIGUEIREDO, Maria do Livramento Fortes. Características clínico epidemiológicas de pacientes idosos com AIDS em hospital de referência, Teresina PI, 1996 a 2009. **Epidemiologia Serviço de Saúde**. v. 20, n. 4, p. 499-507, 2011.

SILVA, Rafael Tavares Silveira; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da; RODRIGUES, Iellen Dantas Campos Verdes; NETO, Vinícius Lino de Souza; SILVA, Bárbara Coeli Oliveira da; SOUZA, Francisca Marta de Lima Costa. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com aids frente à situação da doença. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 26, n. 2985, p. 1-8, 2018.

SOUSA, Jailson L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**. v. 20, n. 1, p. 59-64, 2008.

SOUSA, Valdiléia Carvalho de; SALDANHA, Ana Alayde Werba; ARAÚJO, Ludgleyson Fernandes de. Viver com AIDS na terceira idade. 2006. Disponível em: <http://apps.siquant.pt/aidscongress/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=236>. Acesso em: 25 de Novembro de 2019.

SOUZA, Thais Batoni Gonçalves de. **Religiosidade e envelhecimento: panorama dos idosos do município de São Paulo – Estudo SABE**. 2011, 102 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da USP. 2011.

SOUZA, Maria das Dores Duarte de; MOTA, Lôide Italini Macêdo; SANTOS, Wenysson Noleto dos; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da; MONTE, Nadiana Lima. Conhecimento dos idosos da estratégia saúde da família em relação ao HIV/AIDS. **Rev enferm**. v. 10, n. 11, p. 4036-45, 2016.

SOUZA, Itamara Barbosa; TENÓRIO, Hulda Alves de Araújo; JUNIOR, Everaldo de Lima Gomes; MARQUES, Emily Souza; CRUZ, Ramon de Assis Fonseca da; SILVA, Rodrigo Galvão Moreira da. Perfil sociodemográfico de idosos com vírus da imunodeficiência humana em um estado do nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 22, n. 4, p. 1-9, 2019.

VIEIRA, V. A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Rev. FAE**.v.5, n.1, p.61-70, 2002.

WAGNER, Tânia Maria Cemin; BOSI, Denise Rasia. Mulheres com HIV/AIDS: reações ao diagnóstico. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 2, p. 164-173, 2013.

WEIBLE, C. M., SABATIER, P. A. Coalitions, science, and belief change: Comparing adversarial and collaborative policy subsystems. **The Policy Studies Journal**, v.37, n. 2, p. 195-212, 2009.

ARTIGO 4

HIV/AIDS SOB O OLHAR DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS: FATORES DETERMINANTES, CONSEQUÊNCIAS, ESTRATÉGIAS DE CONVIVÊNCIA E REDES SOCIAIS ACIONADAS

RESUMO

Neste artigo, examinam-se os fatores determinantes para a aquisição do HIV/AIDS, as consequências vivenciadas após o diagnóstico, bem como as principais redes sociais acionadas, entre outras estratégias para o convívio com a doença. Para tanto, foram entrevistados 34 idosos com HIV/AIDS, que realizavam tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de um município da Zona da Mata Mineira. A avaliação dos dados foi baseada na análise de conteúdo proposta por Bardin. Como resultados, verificou-se que, entre os fatores decisivos para a aquisição do HIV/AIDS, houve o predomínio de casos oriundos de relação sexual desprotegida. Contudo, foram notadas poucas mudanças na vida dos entrevistados após tal diagnóstico, a não ser pelo agravamento em seu estado de saúde. Em relação às redes sociais acionadas para apoio, tiveram destaque à família, os amigos, os profissionais de saúde, o Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos (GEDAE) e o SAE, aos quais os idosos buscam, preferencialmente, formas de cuidado e de manutenção da autonomia. Quanto às estratégias para o convívio com a doença, destacam-se a busca pela melhoria da qualidade de vida e os cuidados com a saúde. Conclui-se que a falta de proteção durante o ato sexual tem causado o aumento no número de idosos acometidos pela doença. Além disso, devido à vergonha que sentem pelo diagnóstico, muitos participantes desta pesquisa optam por manter o sigilo sobre sua condição, o que acarreta uma restrição na densidade das redes sociais ativadas. Assim, alargam-se as consequências negativas para o enfrentamento da doença na faixa etária avaliada, causando, conseqüentemente, reflexos danosos na vida e na saúde desses idosos.

Palavras-chave: Idoso; HIV/AIDS; Diagnóstico; Redes Sociais.

ABSTRACT

In this article, the determining factors for the acquisition of HIV/AIDS are examined, the consequences experienced after the diagnosis, as well as the main social networks activated,

among other strategies for living with the disease. To this end, 34 elderly people with HIV/AIDS were interviewed, who were undergoing treatment at the Specialized Assistance Service (SAE, initials in portuguese) of a municipality in Zona da Mata Mineira. The data evaluation was based on the content analysis proposed by Bardin. As a result, it was found that, among the decisive factors for the acquisition of HIV/AIDS, there was a predominance of cases from unprotected sexual intercourse. However, few changes were noticed in the interviewees' lives after such diagnosis, except for the worsening of their health status. Regarding the social networks triggered for support, the family, friends, health professionals, the Spiritist Assistance Group for the Sick (GEDAE, initials in portuguese) and the SAE stood out, which the elderly prefer, preferably, ways of care and maintenance of autonomy. As for the strategies for living with the disease, the search for improving the quality of life and health care stands out. It is concluded that the lack of protection during the sexual act has caused an increase in the number of elderly people affected by the disease. In addition, due to the shame they feel about the diagnosis, many participants in this research choose to keep their condition confidential, which results in a restriction in the density of activated social networks. Thus, the negative consequences for coping with the disease in the age group evaluated are widened, causing, consequently, damaging effects on the life and health of these elderly people.

Keywords: Elderly; HIV/AIDS; Diagnosis; Social networks.

1 INTRODUÇÃO

Passados mais de 30 anos do início da epidemia e, apesar dos avanços no tratamento e ações preventivas, o HIV/AIDS ainda persiste no cenário mundial como um sério e desafiante problema de saúde pública, que tem como principal forma de transmissão a relação sexual desprotegida (SOARES et al. 2017).

Para os referidos autores, com o passar dos anos, o perfil da epidemia tem se diversificado, acarretando novos desafios, no que diz respeito às ações preventivas relacionadas ao HIV/AIDS, sendo que essa mudança de perfil trouxe também modificações no significado de grupos de risco, os quais passaram a ser considerados como populações vulneráveis ao HIV/AIDS.

Nascimento et al. (2017) ressaltam que a AIDS é uma doença que envolve não somente aspectos fisiológicos, mas também relações com as pessoas, afetos e valores, podendo ocasionar inúmeras consequências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas, atingindo o ser humano em sua integralidade e repercutindo em vários aspectos da vida, como na produtividade, na capacitação social e na qualidade de vida. Além disso, desde o início da epidemia, devido ao seu histórico, continua sendo uma doença vinculada ao preconceito e à discriminação, independente da faixa etária.

Para Cardoso et al. (2008), a descoberta do HIV positivo desencadeia uma diversidade de sentimentos e comportamentos difíceis. Além disso, a presença do HIV/AIDS produz várias alterações na vida do indivíduo na esfera pessoal, representadas por incertezas quanto ao futuro, aproximação da morte, discriminação e mudanças na aparência e, também, na esfera afetiva, uma vez que acarreta dificuldades de estabelecer novos vínculos afetivos e interfere naqueles já existentes; alterando ainda o padrão de vida sexual e familiar, com mudanças nos projetos de vida.

Segundo Silva et al (2015), de forma geral, o diagnóstico de HIV/AIDS traz sofrimento, especialmente pela associação da doença ao preconceito, seja pelos próprios sujeitos, seja por outras pessoas. E esse sofrimento está intimamente ligado às dúvidas que surgem após o diagnóstico em relação às possibilidades de convivência e aceitação ou rejeição das pessoas que fazem parte de suas relações sociais e também pelo julgamento de inferioridade que o próprio sujeito faz de si mesmo. Portanto, conviver com o HIV atualmente, exige mais do que tratar a doença, pois a pessoa com HIV/AIDS necessita lidar diariamente com problemas transdisciplinares, que envolvem sintomas depressivos, estigma e discriminação, além dos efeitos adversos relacionados ao regime terapêutico (OLIVEIRA et al, 2017).

De acordo com Coutinho et al. (2008), nessa situação, o apoio social é de fundamental importância e influencia beneficemente o estado de saúde das pessoas com HIV, à medida que pode ser compreendido como agente promotor para a obtenção de maior controle sobre a vida, auxiliando fortemente no enfrentamento das adversidades e no compartilhamento de experiências a partir de trocas e cuidado mútuo.

Nesse sentido, o objetivo desse artigo é examinar os fatores determinantes para a aquisição do HIV/AIDS, as consequências vivenciadas após o diagnóstico, bem como as principais redes sociais acionadas e as estratégias para o convívio com a doença.

2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Visando atender o objetivo proposto, foi utilizado tanto o método de pesquisa qualitativa, quanto quantitativa, considerando a sua complementaridade, sendo a natureza da pesquisa essencialmente de caráter exploratório-descritiva que, de acordo com Vieira (2002), visa proporcionar ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo.

Para tanto, o presente estudo foi realizado em um município da Zona da Mata Mineira, e a unidade empírica para a análise das percepções do idoso com HIV/AIDS foi o Serviço de Assistência Especializada (SAE), sendo entrevistados 34 idosos. As entrevistas foram realizadas no período de junho a julho de 2018.

Metodologicamente foi feito uso da entrevista aberta orientada por roteiro semiestruturado, como pode ser visualizado no Apêndice II; tendo sido a amostra não probabilística; do tipo intencional e por acessibilidade.

Para a análise das redes sociais dos idosos com HIV/AIDS, foi feito uso da metodologia proposta por Portugal (2006), por meio das seguintes questões, relativas à problemática da pesquisa: Quem? O que? Como? – Quem faz parte das redes dos idosos com HIV/AIDS, considerando os nós e laços? Quais são os conteúdos dos fluxos das redes? Quais as normas que regulam as redes tecidas pelos idosos?

Além disso, a análise das informações coletadas junto aos idosos com HIV foi baseada na técnica de análise de conteúdo. Conforme Caregnato e Mutti (2006), a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicável ao seu contexto social.

Os dados, conforme permissão foram gravados e, posteriormente, transcritos e analisados categoricamente, a partir do conteúdo das falas, baseando-se na metodologia proposta por Bardin (2011).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 FATORES DETERMINANTES PARA A AQUISIÇÃO DO HIV/AIDS

Dos 34 idosos com HIV/AIDS entrevistados, 11 descobriram o vírus na velhice, com idade variando de 60 a 73 anos, na época do diagnóstico; 15 receberam o diagnóstico na faixa dos 50 a 58 anos, enquanto os demais com 41 a 49 anos. Este resultado comprova que a

mudança no perfil epidemiológico dessa infecção, além de ser um fenômeno global, é dinâmico e instável, cuja ocorrência se difere nas regiões do mundo, e depende, dentre outros fatores, do comportamento humano individual e coletivo na sociedade (MENEZES et al, 2018).

Em relação ao tempo de diagnóstico do HIV, entre as respostas dos idosos entrevistados, observou-se que o diagnóstico mais recente foi há 1 ano e o mais antigo há 25 anos. Observa-se, portanto, que o tempo de sobrevida do paciente com HIV/AIDS aumentou após a introdução da terapia antirretroviral, uma vez que o tratamento inibe a replicação do HIV e, assim, a recuperação da imunidade nestes indivíduos; garantindo maior sobrevida, já que diminui os riscos de adoecimento por infecções oportunistas (FERREIRA et al, 2012).

No que se refere aos fatores determinantes para a aquisição do HIV/AIDS, estes estão associados à forma como os entrevistados acabaram por adquirir o HIV, sendo que as principais formas de transmissão entre os indivíduos, de acordo com Seben et al. (2008), são por via sexual, sanguínea e perinatal. Neste caso, destaca-se entre os entrevistados a via sexual, seguida de 6 entrevistados que relataram não saberem a forma de contágio; 2 que afirmam ser por transfusão sanguínea e 1 por drogas injetáveis, como pode ser visto nas falas abaixo:

“Tem uns 20 anos que eu descobri, vários amigos meus foram morrendo inesperadamente, ai tinha o boato de AIDS e eu era playboy na época, então eu conhecia a rapaziada da pesada, então a gente pegava os remédios socava, retirava o pó e depois injetava, então era uma misturada doída, um usava, outro usava, então só pode ser isso. Porque no início eu tinha minha própria seringa, mas teve época ai que eu relaxei então passei a compartilhar a agulha, ai por isso eu fiz o exame e deu positivo”. (ENTREVISTADO 4).

“Meu companheiro chegou pra mim e disse que tava com o vírus da AIDS e ai me falou que era pra mim também ir fazer o exame, ai deu positivo também. Isso foi em 2008, eu tinha uns 54 anos”. (ENTREVISTADO 19).

“Eu vivia com meu companheiro e ele apareceu assim com o pênis cheio de verruga, aquelas feridas e resolveu ir no médico ai o médico pegou e pediu os exames né e falou que ele tinha apanhado da companheira dele, ai ele chegou em casa e brigou muito comigo e eu falei com ele como que ele tinha pegado aquilo de mim se eu não tinha nada ai ele pegou e descobriu né, fez o exame e descobriu, ai o médico pegou e falou comigo que eu tinha que fazer o exame de sangue porque um dia ia positivar, ai eu fiz dois exames e deu negativo, mas o médico falou que não era pra mim ficar pensando que não tinha não porque uma hora ia dar positivo, o médico já me alertou né, ai acabou que como ele (companheiro) viu que os meus dois exames deu negativo, ele viu que não era eu que tinha passado pra ele né, ai na terceira vez que eu fiz deu positivo”. (ENTREVISTADO 21).

“Descobri através de uma pessoa que eu tive relacionamento que descobriu e me avisou ai fiz o exame e deu positivo também”. (ENTREVISTADO 24).

“Eu descobri pelo exame de sangue né, eu tava fazendo exame por causa da anemia e ai a médica me pediu um tipo de exame, ai eu tirei sangue cinco vezes e ai na

quinta vez foi que deu positivo. Mas eu não sei como peguei não, meu marido já tinha morrido, então ou foi dele ou foi uma transfusão que eu fiz quando sofri um acidente”. (ENTREVISTADO 28).

“Fiquei com pneumonia, fiquei quase cego, aí eu pedi pra fazer o exame, foi eu que pedi. Pra mim eu peguei isso na cirurgia que eu fiz, porque antes eu não tinha nada, foi depois que eu fui operado, que eu operei uma hérnia, e lá era um lixo, um fazendo uma cirurgia aqui, outro ali do lado, tudo misturado, aí deram 13 dias pra tirar o ponto e quando eu fui tirar os pontos que eu comecei a passar mal, aí fui passando mal, passando mal e pedi, porque eu desconfiava, então eu acho que foi na cirurgia, porque antes eu trabalhava e não sentia nada, por isso eu desconfiei”. (ENTREVISTADO 3).

“Eu tive pneumonia e fiquei internado aí depois apareceu umas feridinhas na boca e o médico mandou fazer exame, mas eu não sei como que foi porque naquele tempo podia ter sido seringa (uso de droga) ou sexo né, mas eu não sei como que foi”. (ENTREVISTADO 5).

Os relatos acima demonstram que, no caso da transmissão por via sexual, é comum que ela tenha ocorrido a partir da relação sexual com o marido ou companheiro, com quem há uma relação de confiança e, portanto, não é feito uso do preservativo. Isso acontece porque muitas mulheres não se consideram em situação de vulnerabilidade diante do HIV/AIDS, por serem casadas ou terem um parceiro fixo e, dessa forma, apresentam-se em situação de risco, devido a questões, como: crenças, valores e gênero, que circulam o universo desses sujeitos. Evidencia-se com isto que, apesar de todos os avanços e conquistas ao transcorrer dos anos, ainda são notórias as relações de gênero nas questões conjugais, sexuais e sociais (FIGUEIREDO et al, 2013).

Além disso, no caso dos entrevistados que relataram que a transmissão ocorreu devido ao contato sanguíneo, por transfusão ou uso de drogas injetáveis, observou-se, nas falas, certa dúvida, pois, em alguns casos, também tem a possibilidade de ter ocorrido por meio da relação sexual. O mesmo ocorreu com os entrevistados que declaram não saberem a forma de contágio, já que para eles poderia também se tratar da transmissão sexual. Vale ressaltar que é muito comum as pessoas terem vergonha de falarem que foram contaminadas pelo HIV devido ao sexo sem proteção, sendo essa situação ainda mais comum entre os idosos, que se sentem constrangidos devido aos julgamentos morais, já que revela uma vida sexualmente ativa, sendo que ainda é muito comum a concepção dos idosos serem visto como assexuados.

3.2 CONSEQUÊNCIAS VIVENCIADAS APÓS O DIAGNÓSTICO

Receber o diagnóstico soropositivo para o HIV acarreta, em um primeiro momento, grande impacto, despertando reações e sentimentos desestruturantes e acionando mecanismos

de defesa, a fim de fazer frente aos medos e angústias decorrentes do saber-se contaminado. Destacam-se sentimentos contraditórios, indiferença e descrédito; além da negação ou, pelo menos, a negação parcial, que é muito evidenciada nos primeiros estágios da doença ou logo após a sua constatação, podendo também estar presente, em uma fase posterior (SERRA et al, 2013).

Entre os idosos entrevistados, 19 relataram não ter sentido nenhuma consequência em sua vida após a descoberta do diagnóstico, como pode ser visto nos depoimentos reportados:

“Não senti consequência não, minha pressão depois começou a subir muito, mais foi outros problemas”. (ENTREVISTADO 3).

“Não, foi só no início mesmo quando descobri que fiquei doente mesmo, depois não tive mais nada”. (ENTREVISTADO 7).

“Nada, não deu diferença alguma”. (ENTREVISTADO 18).

“Não, porque quando eu descobri, eu já tinha os problemas de saúde que tenho hoje, que é pressão alta, problema renal crônico, então eu já tinha. (ENTREVISTADO 28).

Os relatos dos idosos evidenciam que, para aqueles que dizem ter algum problema de saúde, estes confirmam que já possuíam tais problemas antes de descobrirem o HIV, e, portanto, não identificaram nenhuma consequência em suas vidas após o diagnóstico. É importante destacar que manter a qualidade de vida entre as pessoas que convivem com o HIV é uma conquista fruto da política de saúde, que viabiliza o tratamento como direito, o que permite que as pessoas não se sintam ou se percebam doentes por causa deste acometimento. Por outro lado, Silva et al. (2015) destacam que é comum a maioria desses entrevistados, que diz não haver mudanças em suas vidas após o diagnóstico, na verdade, ter dificuldades em admitir a ocorrência das mesmas, uma vez que muitas delas estão relacionadas à saúde e experiências de preconceitos sofridas em função do diagnóstico.

Já para os 15 idosos que relataram terem tido consequências em suas vidas após o diagnóstico, observou-se que essas mudanças estavam relacionadas, principalmente, a uma piora na saúde, além dos incômodos relacionados ao uso do coquetel, como pode ser visto nos relatos a seguir:

“Tudo, mudou tudo, agora eu já to perdendo a força, eu não to aguentando mais não filha, ai é todo dia, é uma dor no peito, é pressão alta, agora apareceu diabetes, é essa barriga, eu já tive internada com uma dor imensa, essa barriga não me deixa fazer nada, e dói ainda, sabe, é muita coisa que mudou, eu não tão bem, eu to aparentemente né [...] mas eu já internei, eu já tive tuberculose, eu já tive pneumonia, eu já tive herpes, eu já tive muita consequência, olha o tamanho da minha barriga, eu não consigo fazer mais nada, eu tenho que arrumar um jeito, porque eu sinto muito cansaço, eu já não saio mais, porque não tem roupa adequada mais, porque põe e fica horrível (por causa da barriga) e eu tenho depressão muito

forte, mais eu não consigo aceitar não filha, não consigo, eu vou morrer assim”. (ENTREVISTADO 1).

“A tem consequência sim, tem consequência sempre, eu mesmo lá em casa separo as minhas coisas, não sou de beber no copo dos outros, então tem o preconceito, e na saúde eu senti que eu não consigo engordar, eu também fiquei com a vista muito ruim e tem a canseira também né”. (ENTREVISTADO 4).

“Eu achei que na saúde, porque o remédio acaba com a gente, a gente toma para poder sobreviver mais, mais acaba com a gente, ataca o fígado, então são coisas que eu sei que se não tivesse tomando o remédio, eu não ia ter, porque ele é muito forte”. (ENTREVISTADO 21).

“Senti perda de peso, perda muscular, dor nos ossos, a saúde piorou bastante”. (ENTREVISTADO 24).

Dentro da perspectiva do processo saúde-doença, muitos portadores de HIV sofrem um impacto em sua qualidade de vida, à medida que a presença da doença, com suas consequências físicas e o estigma social que a acompanha, afeta as dimensões social, psicológica, entre outras; atingindo negativamente questões de suporte social e a vida sexual, o que dificulta ainda mais a vida desses indivíduos (CALVETTI et al, 2012).

De acordo com as falas acima, vale destacar também a questão do preconceito, que, por muitas vezes, é vivenciado internamente pela própria pessoa soropositiva, como pode ser visto, quando o entrevistado 4 afirma separar os próprios utensílios utilizados no dia a dia. Assim, como destacam Jesus et al. (2017), o impacto de viver com uma doença crônica, que carrega muito estigma e preconceito, ainda é um dos maiores obstáculos entre esses indivíduos e sua qualidade de vida, com repercussões em seu micro e macroambiente, além de interferir diretamente na sua capacidade de enfrentamento e no acionamento de redes sociais de apoio.

3.3 REDES SOCIAIS ACIONADAS APÓS O DIAGNÓSTICO DO HIV

Uma rede social pode ser definida como um conjunto de dois elementos: atores, ou seja, nós (pessoas, instituições ou grupos) e suas conexões (interações ou laços sociais). Além disso, as redes sociais são redes de comunicação que envolvem linguagem simbólica, restrições culturais e relações de poder (BARCELOS et al, 2010).

No trabalho em questão, as principais redes sociais acionadas pelos entrevistados ao descobrirem o diagnóstico do HIV/AIDS foram: a família, os amigos, os profissionais de saúde, os padrões, o Grupo Espírita de Assistência aos Enfermos (GEDAE) e o Serviço de

Assistência Especializada (SAE). Destacam-se, também, aqueles entrevistados que não contaram para ninguém sobre o diagnóstico e, portanto, recorreram somente ao SAE.

No que se refere à morfologia da rede, Portugal (2006) destaca que a abordagem a partir da teoria das redes permite usufruir de um conjunto de dispositivos analíticos solidamente estruturados e testados. Neste sentido, o Quadro 3 a seguir, retrata a morfologia das redes sociais dos idosos com HIV/AIDS entrevistados, buscando sintetizar de uma forma operacional, o conceito de redes sociais, considerando: sua forma (quem faz parte das redes?), conteúdo (o que? quais os conteúdos dos fluxos das redes?) e as normas (como? quais as normas que regulam a sua ação?).

Como pode ser visto no Quadro 3, a família demonstra ter um papel fundamental na vida do ser humano, pois são estes indivíduos que geram, ensinam, criam e ajudam na formação de seus filhos, além disso, dá toda uma estrutura emocional de que todos os seus componentes necessitam. Por isso, é a família que se apresenta como principal fonte de apoio no processo saúde-doença. Assim sendo, o apoio familiar se mostra fundamental para a adesão do paciente com HIV/AIDS ao tratamento, visto que a doença traz mudanças na rotina do indivíduo, tendo este que se readaptar e enfrentar as diversas dificuldades impostas pela doença (LEMOS et al, 2016).

QUADRO 3 – Morfologia das Redes Sociais dos Idosos com HIV/AIDS

| QUEM? | O QUE? | COMO? |
|--|--|--|
| Família (irmã(o), esposa, filhos(as), companheiro(a), genro) | Cuidados Apoio Emocional Confiança Recursos Monetários Apoio Instrumental - Habitação | Reciprocidade Igualdade Obrigação Autonomia |
| Amigos | Cuidados Apoio Emocional | Reciprocidade Igualdade |
| SAE | Cuidado Apoio Emocional | Reciprocidade Obrigação |
| Profissionais de Saúde | Cuidados Apoio Emocional | Reciprocidade Igualdade |
| Patrões | Cuidados Apoio Emocional | Reciprocidade Igualdade Autonomia |
| GEDAE | Cuidados Apoio Emocional | Reciprocidade Autonomia |

Fonte: Elaborado pela autora, a partir do modelo de Portugal (2006).

Constatou-se, também, o apoio prestado por amigos e pelos patrões, considerando que a ajuda e colaboração de pessoas próximas é extremamente importante. Os amigos são uma fonte de proteção para aqueles que precisam enfrentar o HIV/AIDS, uma vez que receber o apoio de amigos em suas necessidades, sentir-se importante para os outros e contar com alguém que demonstre gostar de você são variáveis importantes para a adesão ao tratamento do HIV/AIDS e para a manutenção do tratamento (CAIXETA et al, 2011).

Por outro lado, os profissionais de saúde, também foram citados pelos idosos, sendo vistos como importantes, dentre os nós das redes ativadas, devido às contribuições que oferecem na vida de cada um, principalmente voltadas ao cuidado e ao apoio emocional. O apoio oferecido pelos profissionais de saúde, seja em relação ao tratamento, informações adequadas e esclarecimentos, pode aumentar a adesão e minimizar as consequências do impacto da doença (CAIXETA et al., 2011).

Tanto o GEDAE quanto o SAE representam para os idosos com HIV/AIDS uma relação de cuidado. No entanto, o SAE, presente na fala de todos os idosos, tem a finalidade de promover ações de apoio material e emocional, além da assistência às pessoas com HIV/AIDS, esclarecendo direitos, políticas de prevenção e promoção da saúde; sendo, portanto, um espaço de atenção integral do indivíduo, com assistência humanizada, atuando nas suas vulnerabilidades, por meio do atendimento das necessidades e expectativas dos pacientes (PEDROSA et al, 2015). Assim, para aqueles idosos entrevistados que decidiram por manter sigilo sobre o HIV/AIDS, seja por medo ou vergonha pela não aceitação e discriminação das redes sociais de convivência, o SAE constituiu na única rede de apoio citada, demonstrando, dessa forma, a relação de confiança que esses indivíduos têm com o serviço de assistência especializada.

Pode-se inferir que essa menor abrangência ou densidade das redes sociais de suporte ao idoso soropositivo, provocado principalmente por questões culturais, seja elemento determinante para a não formação de políticas públicas destinadas a “AIDS na Terceira Idade” ou mudanças nas políticas existentes sobre AIDS, uma vez que não ocorre uma convergência dos três fluxos (Fluxo de Problemas, Fluxo de Alternativas e Soluções e Fluxo Político), citados por Baptista e Rezende (2015), que estabelecem as “janelas de oportunidades” (“*policy windows*”), possibilitando a construção e alcance de políticas públicas.

Em relação à força dos laços, Portugal (2006) traz a pluralidade de conteúdos de troca existentes em um laço, a duração da relação, a intensidade emocional, a intimidade, e os

serviços recíprocos, podendo estes ser fortes ou fracos. Já em relação aos laços positivos, estes são laços de identificação através dos quais os atores sociais se consideram membros de uma entidade comum, enquanto os laços negativos são os laços de diferenciação que fazem os indivíduos se demarcar como pertencentes a entidades diferentes. Por fim, os laços ativos, incluem interações rotineiras que, em geral, envolvem ajudas diretas, conselhos e críticas, apoio e interferências; enquanto os laços passivos, apesar de não envolverem uma interação cotidiana, podem ser igualmente importantes do ponto de vista da segurança individual e familiar, já que os laços existem e os indivíduos sabem que podem contar com eles quando for necessário.

Nesse sentido, os laços tecidos pelos referidos nós identificados pelos entrevistados, podem ser representados como fortes, positivos; ativos e passivos, tendo em vista que a pessoa com HIV/AIDS compartilha o seu diagnóstico soropositivo apenas com pessoas nas quais estabelece uma relação de confiança; sendo que, em outro caso, mantém sigilo sobre o HIV, preferindo guardar segredo sobre o seu diagnóstico. Foi possível observar, também, que entre os laços dos entrevistados apresentam-se aqueles com quem os idosos têm uma conexão mais profunda (ativos), bem como aqueles com quem os idosos possuem uma relação, porém precisam dedicar apenas pequenos momentos (passivos).

Já na segunda coluna do Quadro 3, a partir da pergunta “o que?” foi possível identificar os recursos instrumentais e expressivos a que os laços permitem aderir, destacando-se, portanto, o cuidado e o apoio emocional relacionados a todos os membros da rede dos idosos entrevistados. Portanto, evidencia-se que os entrevistados, após receberem o diagnóstico do HIV/AIDS, buscaram principalmente por apoio emocional e cuidados nas redes em que depositavam confiança, principalmente entre os amigos, familiares e o SAE, tendo em vista que, receber apoio e ajuda com cuidados é fundamental, e pode funcionar como motivação para a integração social e para o bem-estar físico e psicológico do indivíduo (BRITO et al., 2018).

No que se refere à família, foi possível destacar também os recursos monetários e o apoio instrumental, como a habitação, o que comprova os achados de Caixeta et al. (2010), de que a família aparece como fonte de recursos financeiros importantes no sustento dos participantes do seu estudo, estando o apoio instrumental relacionado ao auxílio financeiro, aos recursos materiais e com a habitação.

Por fim, a última questão, “como?”, remete-se para as normas que regulam a ação das redes, em que a reciprocidade é entendida como uma prática de dádivas, atos generosos de

prestação e retribuição, livre de obrigação e sem expectativa imediata desta restituição, que liga pessoas em relações, e que vem a se constituir uma forma de conduta (RADOMSKY, 2006). A obrigação está relacionada ao dar, receber e retribuir. Já a igualdade parece ser vista como um critério fundamental para definir o que é justo, e estabelece a relação entre doador e receptor; enquanto a autonomia caracteriza o modo como as pessoas definem a sua relação com as outras pessoas, sobretudo os ascendentes (PORTUGAL, 2006).

Neste sentido, foi possível constatar em todos os laços tecidos pelos entrevistados uma situação de reciprocidade, tendo em vista que, para os entrevistados, eles também fariam o mesmo para cada uma das redes citadas; ou seja, seria uma atitude recíproca. Já a obrigação foi uma norma identificada pelos entrevistados nas redes familiares e no SAE, uma vez que, na percepção dos mesmos, tanto a família quanto o SAE teriam a obrigação de fornecerem ajuda para eles; o SAE por ser uma unidade de saúde de atendimento ao público soropositivo, e os familiares por terem laços de sangue. A autonomia esteve presente na rede familiar, nos padrões e no GEDAE, estando relacionada, de acordo com os entrevistados, ao fato dessas redes buscarem proporcionar liberdade e autonomia para os idosos conseguirem viver normalmente. Por fim, a igualdade, foi destacada na rede familiar, nos amigos, nos padrões, e nos profissionais de saúde, significando para os entrevistados que todas as pessoas são iguais e podem passar pela situação que eles estão vivenciando, e, portanto, como essas redes conseguem se colocar no lugar deles, elas acabam por fornecer apoio e ajuda.

3.4 ESTRATÉGIAS PARA O CONVÍVIO COM O HIV/AIDS

Ao se descobrir o HIV, logo em seguida surge a necessidade de enfrentamento dos sentimentos relacionados com o impacto inicial de se considerar soropositivo, então, quando o indivíduo percebe que é preciso continuar a viver, uma série de mudanças começa a fazer parte do seu cotidiano. Essas mudanças ocorrem no dia-a-dia não só do indivíduo, mas também no das pessoas que o cercam e sabem do seu diagnóstico, referindo-se a várias questões, tais como, as relativas às alterações de hábitos e rotinas, concepções sobre saúde e sobre a própria vida (CARDOSO et al, 2008). Em função dessas alterações, surgem as estratégias para conviver com o HIV, como pode ser visto nas falas a seguir:

“Pra conseguir viver até hoje eu pensava muito nos meus filhos, entendeu, porque eu pensei, porque a médica foi curta e grossa comigo, ai eu assustei, eu fui sozinha, ai na mesma hora eu sai de lá correndo, queria entrar debaixo do primeiro ônibus, do primeiro ônibus que passasse, ai a minha irmã ficou sabendo que eu ia buscar o resultado e ela foi atrás de mim, então eu também pensei muito nos meus filhos que eram novos. Um dos meus filhos também morreu com isso, ele era homossexual, ele

pegou foi na vida sabe, não foi de mim, mais isso ai também me desestabilizou, acabou comigo”. (ENTREVISTADO 1).

“Eu ainda andei extrapolando, andei fumando, bebendo, cheirando entendeu, mais depois que eu me converti, eu escutei o pastor falando lá na igreja eu cheguei a chorar ai eu fui pra casa e pedi a Deus pra me tirar dessa vida, e ai eu parei, porque nem o tratamento as vezes eu não tava fazendo, então a religião influenciou muito, agora as coisas estão diferentes”. (ENTREVISTADO 4).

“Teve bastante, eu tenho procurado dormir mais cedo, não pegar friagem, ter mais cuidado, olhar mais para a minha saúde, porque eu já olhava, mais não com tanta atenção igual eu olho agora, procurar tomar o medicamento na hora certa, alimentar sabe, olhar mais pra mim mesmo, coisa que eu não fazia, cuidar de mim mesmo, ter mais cuidado”. (ENTREVISTADO 7).

“Eu acho que trabalhar me deu muita força, porque eu não dava muito tempo de pensar, porque eu tava limpando a casa, pensando em ir pra casa comprar alguma coisa para as minhas netas então isso me deu uma animada”. (ENTREVISTADO 8).

“A única coisa que mudou na rotina foi isso, porque hoje eu tenho abstinência de sexo porque mesmo com camisinha é aquele negócio, você vive aquele medo, então, de ver em quando né porque a gente é filho de Deus né, mas assim no geral não minha vida continuou normal. Vida que segue”. (ENTREVISTADO 11).

“Eu me alimento bem, não fico sem comer, como frutas, verduras e também tomo meu remédio direitinho todo dia”. (ENTREVISTADO 19).

“Continuei normal, não parei nem com minhas cachacinhas”. (ENTREVISTADO 23).

“Eu sigo tranquila porque primeiro eu não namoro mais, nem antes deu saber depois que meu marido morreu eu não procurei encrenca, porque ele era muito porcaria, ai eu não esquento muito a cabeça não, nunca tenho vontade, nunca tive e nem vou ter. Ai é só o tratamento mesmo e cuidado com a saúde”. (ENTREVISTADO 28).

Para Jesus et al. (2017), na tentativa de gerenciar sua qualidade de vida, as pessoas com HIV/AIDS possuem diversas estratégias de gerir e enfrentar a doença, a depender do ambiente, do grau de intimidade ou importância de seus relacionamentos e da sua própria capacidade nesse manejo, o que os faz reagir de modos diferentes em cada situação.

Assim, as estratégias de enfrentamento utilizadas sofrem influência de fatores, tais como, os aspectos sociodemográficos, pessoais, socioculturais e ambientais. Além disso, dependem de recursos que podem ser pessoais, envolvendo o estado de saúde, a moral, a religiosidade, a inteligência e as peculiaridades individuais, mas também podem ser sociológicas, os quais envolvem as características familiares, redes sociais, situações econômicas e relacionamento conjugal (SILVA et al., 2018).

Nesse sentido, os resultados demonstraram que as principais estratégias de enfrentamento do HIV/AIDS utilizadas, foram: pensar nos filhos; a religiosidade; os hábitos de vida saudáveis; a distração com outras atividades, como forma de ocupar o tempo; a abstinência sexual; o sigilo acerca de sua condição sorológica, o otimismo com o tratamento e

a busca por tentar continuar vivendo normalmente. Segundo Silva et al (2018), o contexto afetivo familiar e a religiosidade podem influenciar no enfrentamento da doença de forma positiva, tendo como resultado a adesão ao tratamento, como foi demonstrado nas falas dos idosos entrevistados.

4 CONCLUSÕES

Este artigo buscou examinar os fatores determinantes para a aquisição do HIV/AIDS, as consequências vivenciadas após o diagnóstico soropositivo, bem como as redes sociais acionadas e as estratégias para o convívio com a doença.

Os resultados demonstraram que, dentre os fatores determinantes para a aquisição do HIV/AIDS entre os idosos, a relação sexual desprotegida foi preponderante, destacando, neste caso, a transmissão através da relação sexual com o marido ou companheiro; ou seja, com uma pessoa de confiança.

Em relação às consequências vivenciadas após o diagnóstico, ficaram evidentes os sentimentos com os quais cada indivíduo vivencia o HIV/AIDS, de forma muito particular, destacando-se, entre os entrevistados, aqueles que afirmam não terem sentido nenhuma consequência em sua vida, seguido daqueles que destacaram uma piora na saúde, além dos problemas enfrentados devido ao uso do coquetel.

Já no que se refere às redes sociais acionadas pelos idosos com HIV/AIDS, evidenciou-se que a família, os amigos, os profissionais de saúde, o GEDAE e o SAE foram às principais redes a quem os entrevistados recorreram nessa situação de vulnerabilidade. Destacou-se, também, que os laços tecidos pelos referidos nós identificados pelos entrevistados são entendidos como fortes, positivos, ativos e passivos, cujo conteúdo preponderante foi o cuidado e o apoio emocional fornecido por todos os membros da rede aos idosos entrevistados, dentro de uma perspectiva de reciprocidade.

Vale destacar entre os entrevistados, aqueles que preferiram manter sigilo sobre o HIV/AIDS, citando apenas o SAE, como rede de apoio, e priorizando o sigilo acerca do HIV. Esse é um ponto que sugere a limitada mobilização por parte do público envolvido com a temática, para que o problema “HIV/AIDS em idosos”, seja incluído na agenda das políticas públicas, tendo em vista que este tema só terá a visibilidade, caso haja pressão por parte da população envolvida acerca da importância desse problema e da necessidade urgente de conscientização da prevenção.

Por fim, foram identificadas várias estratégias no que se refere ao convívio com o HIV/AIDS, com o intuito de enfrentar a doença e buscar uma melhoria na qualidade de vida, destacando-se, principalmente, aqueles idosos que buscaram continuar vivendo normalmente para tentar esquecer o vírus, bem como aqueles que afirmaram buscar cuidar mais da saúde, como forma de continuarem vivendo, de forma mais saudável.

Assim, pode-se concluir que o HIV/AIDS é um problema real, que pode atingir a todos os indivíduos, desde que esses se coloquem em situação de risco. A falta do uso do preservativo tem se tornado o maior agravante no que se refere à contaminação pelo HIV. Além disso, entre a população idosa, a falta de informação, juntamente com a escassez do uso do preservativo, tem aumentado cada vez mais o número de idosos soropositivos. A vergonha juntamente com o medo, são fatores primordiais para que o indivíduo decida por manter sigilo sobre o HIV.

Considera-se que as redes de apoio são de grande importância, na vida da pessoa soropositiva, sendo o principal suporte, onde o indivíduo pode encontrar apoio para superar tanto o diagnóstico quanto as consequências que o HIV/AIDS pode causar em sua vida. No entanto, as questões culturais têm incentivado a discriminação e a estigmatização do idoso soropositivo, limitando suas redes sociais de apoio, que poderiam exercer maior pressão para que o problema da AIDS na velhice saia do “estado de coisas” e se torne um problema político, passando a figurar como um item da agenda governamental seja pela ação coletiva de grandes grupos ou de pequenos grupos dotados de recursos de poder, bem como pela ação de atores individuais estrategicamente situados.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; REZENDE, Mônica de. A idéia de ciclo na análise de políticas públicas. **In: Caminhos para a análise das políticas de saúde**. Editora Redeunida. 1º edição. 2015.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARCELOS, Gilmara Teixeira; PASSERINO, Liliana Maria; BEHAR, Patricia Alejandra. Redes sociais e comunidades: definições, classificações e relações. **Novas Tecnologias na Educação**. v. 8, n. 2, p. 1-10, 2010.

BRITO, Tábatta Renata Pereira de; NUNES, Daniella Pires; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; LEBRÃO, Maria Lúcia. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Rev bras epidemiol**. v. 2, n (suppl 2), p. 1-15, 2018.

CAIXETA; Camila Roberto da Costa Borges; MORRAYE, Mônica de Andrade; VILLELA, Wilza Vieira; ROCHA, Semiramis Melani Melo. Apoio social para pessoas vivendo com AIDS. **Revenferm UFPE online**. v. 5, n. 8, p. 1920-30, 2011.

CALVETTI, PrisláUcker; GIOVELLI, Grazielly Rita Marques; ROSA, Clarissa Trevisan da; GAUER, Gabriel José Chittó; MORAES, João Feliz. Qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/Aids. **Aletheia**. v. 38, n. 39, p. 25-38,2012.

CARDOSO, Ana Lúcia; MARCON, Sonia Silva; WAIMANI, Maria AngelicaPagliarini. O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de HIV/AIDS e sua família. **Rev. enferm**. v. 16, n. 3, p. 326-32, 2008.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; O' DWYER; Gisele; FROSSARD, Vera. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde debate**. v. 42, n. 116, p. 148-161, 2018.

FERREIRA, Brunno Elias; OLIVEIRA, Isabele Mendes; PANIAGO, Anamaria Mello Miranda. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **RevBrasEpidemiol**.v. 15, n. 1, p. 75-84, 2012.

FIGUEIREDO, Leonardo Gomes de; SILVA, Richardson Augusto da; SILVA, IlisdayneThallita Soares da; SOUZA, Karla Gardênia Silva; SILVA, Francisca Francineide Andrade da. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo HIV e o comportamento preventivo. **Rev. enferm**. v.21, n. 2, p. 805-11, 2013.

JESUS, Giselle Juliana de; OLIVEIRA, Layze Braz de; CALIARI, Juliano de Souza; QUEIROZ, Artur Acelino Francisco Luz; GIR, Elucir; REIS, Renata Karina. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta Paul Enferm**. v. 30, n. 3, p. 301-7, 2017.

LEMOS, Társilla de Sales Amorim; PEREIRA, Eliane Ramos; COSTA, Daniela Chaves da; SILVA, Rose Mary Costa Rosa Andrade; SILVA, Marcos Andrade; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Atuação do profissional de saúde junto à família com HIV/AIDS. **Revista Cubana de Enfermería**. v. 32, n. 4, p. 1-14, 2016.

MENEZES, Ana Maria Fernandes; ALMEIDA, Kaic Trindade Almeida; NASCIMENTO, Ana Karla Araújo; DIAS, Gislaine Chaves Machado; NASCIMENTO, Juliana Cunha. Perfil epidemiológico das pessoas soropositivas para HIV/AIDS. **Rev enferm UFPE**. v. 12, n. 5, p. 1225-32, 2018.

NASCIMENTO, Ellane Karla Sipaubá; ALBUQUERQUE, Layana Pacheco de Araújo; MARINELLI, Natália Pereira; CAMPELO, MarcelyNaiane Almeida Aguiar; SANTOS, Francisca Jéssica Lima dos. História de vida de idosos com HIV/AIDS. **Revenferm UFPE**. v. 11, n. 4, p. 1716-24, 2017.

OLIVEIRA, Francisco Braz Milanez; QUEIROZ, Artur Acelino Francisco Luz Nunes; SOUSA, Álvaro Francisco Lopes de; MOURA, Maria Eliete Batista; REIS, Renata Karina. Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm.** v. 70, n. 5, p. 1057-62, 2017.

PEDROSA, Nathália Lima; SANTOS, Vanessa da Frota; PAIVA, Simone de Sousa; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez; ALMEIDA, Rosa Livia Freitas de; KERR, Lígia Regina Franco Sansigolo. Assistência especializada para pessoas com AIDS no estado do Ceará, Brasil. **Rev Saúde Pública.** v 1, n. 1, p. 49-77, 2015.

PORTUGAL, Sílvia. Novas Famílias, Modos Antigos. **As redes sociais na produção de bem-estar.** 2006, 740 f. Tese (Doutorado em Sociologia), Faculdade de Economia Universidade de Coimbra (FEUC), Coimbra, 2006.

RADOMSKY, Guilherme Francisco Waterloo. **Redes Sociais de Reciprocidade e de Trabalho: as Bases Histórico-Sociais do Desenvolvimento na Serra Gaúcha.** 2006, 207 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Rural), Faculdade de Ciências Econômicas Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Porto Alegre, 2006.

SEBEN, Gabriela; GAUER, Gabriel Jose Chittó; GIOVELLI, Grazielly Rita Marques; VIEIRA, Renata Gastal. Adultos jovens portadores de HIV: análise dos processos subjetivos no enfrentamento da doença. **PSIC - Revista de Psicologia.** v. 9, n. 1, p. 63-72, 2008.

SERRA, Allan; SARDINHA, Ana Hélia de Lima; PEREIRA, Amanda Namíbia Silva; LIMA, Silvia Cristina Viana Silva. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde em Debate.** v. 37, n. 97, p. 294-304, 2013.

SILVA, Leandro César da; FELÍCIO, Ezequiel Elias Azevedo Alves; CASSÉTTE, Júnia Brunelli; SOARES, Lissa Araújo; MORAIS, Rhariany Alves; PRADO, Thiago Santos; GUIMARÃES, Denise Alves. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/AIDS em idosos atendidos em um serviço público de saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 18, n. 4, p. 821-833, 2015.

SILVA, Rafael Tavares Silveira; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da; RODRIGUES, Iellen Dantas Campos Verdes; NETO, Vinicius Lino de Souza; SILVA, Bárbara Coeli Oliveira da; SOUZA, Francisca Marta de Lima Costa. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com AIDS frente à situação da doença. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 1, n. 1, p. 2926-2985, 2018.

SOARES, Juliana Pontes; SILVA, Ana Cristina de Oliveira e; SILVA, Daiane Medeiros da; FREIRE, Maria Eliane Moreira; NOGUEIRA, Jordana de Almeida. Prevalência e fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. **Arq. Catarin Med.** v. 46, n. 4, p. 182-194, 2017.

VIEIRA, V. A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Rev. FAE.** v.5, n.1, p.61-70, 2002.

CONCLUSÕES GERAIS

Em termos de conclusões finais buscou-se apresentar os principais questionamentos da pesquisa em questão, considerando que as reflexões sobre os mesmos podem subsidiar os projetos e ações de enfrentamento do HIV/AIDS, considerado um fenômeno global e complexo, que representa um desafio para as políticas de saúde pública.

As perguntas de pesquisa centraram nas seguintes questões: Como é o discurso sobre o idoso em documentos oficiais e na mídia, especificamente, como esse segmento populacional é tratado nesses documentos? Quais os tipos, conteúdos e estratégias das políticas públicas existentes e voltadas para o controle do HIV/AIDS, e como o segmento idoso tem sido contemplado no agendamento político? O que pensam os profissionais da saúde e de assistência às pessoas idosas acerca das políticas públicas de prevenção e controle do HIV/AIDS direcionadas para o segmento idoso? O que pensam os idosos e os envolvidos na formulação das políticas públicas sobre o HIV/AIDS na velhice? Qual é o perfil dos idosos com HIV/AIDS e quais os fatores intervenientes na aquisição da doença e suas consequências? Quais são as principais redes acionadas e as estratégias para o enfrentamento da doença?

A análise dos dispositivos legais ligados ao idoso possibilitou evidenciar que a PNPS formula ações que buscam reduzir os riscos de adoecer, focando na melhoria da qualidade de vida; a PNSPI e o Estatuto do Idoso priorizam a garantia dos direitos da pessoa idosa, visando recuperar, manter e promover a autonomia e a independência do idoso; enquanto a política Nacional de DST/AIDS mantém o seu foco na prevenção do HIV/AIDS. Portanto, observa-se que apenas a PNSPI trata sobre o assunto da sexualidade na velhice, apesar que de forma bastante superficial, enquanto a PNPS e a Política Nacional de DST/AIDS priorizam a prevenção, no caso das DSTs, HIV/AIDS, tratam a questão de forma geral, direcionada para toda a população.

Em contrapartida, a análise midiática demonstrou que os vídeos do *Youtube* analisados retratam questões mais relacionadas ao cotidiano do idoso, com HIV ou não, ressaltando, os comportamentos de risco, bem como a realidade vivenciada pelo idoso no seu dia a dia, seja em relação às formas de lazer na velhice, seja em relação à vida sexualmente ativa e às práticas sexuais desprotegidas e, até mesmo, com respeito à descoberta do HIV/AIDS.

Já em relação às representações sociais dos entrevistados sobre a AIDS na velhice foi possível evidenciar que essas percepções estavam relacionadas ao estigma e preconceito que

ainda são bastante presentes em nossa sociedade, ao se pensar o idoso com HIV. Por outro lado, quando se analisa as representações dos idosos com HIV/AIDS com HIV/AIDS, atendidos pelo SAE, observam-se representações menos negativas, ligadas principalmente ao tratamento, demonstrando que é possível conviver com uma doença, que, mesmo sem cura, até o momento, através do acompanhamento de saúde, pode-se ter uma vida normal, ao contrário do que pensam os idosos sem HIV/AIDS, participantes do CCI, que relacionam a AIDS na velhice diretamente ao descuido e à morte.

Especificamente, entre os idosos com HIV/AIDS entrevistados, identificou-se que o fator determinante para a aquisição do vírus foi a relação sexual desprotegida, destacando-se a transmissão através da relação sexual com o marido ou companheiro; ou seja, com uma pessoa de confiança. Já em relação às consequências vivenciadas após o diagnóstico, destacou-se aqueles idosos que afirmam não terem sentido nenhuma consequência em sua vida, seguido daqueles que destacaram uma piora na saúde, além dos problemas enfrentados devido ao uso do coquetel.

No que se refere às redes sociais acionadas pelos idosos com HIV/AIDS, evidenciou-se que a família, os amigos, os profissionais de saúde, o GEDAE e o SAE foram as principais redes a quem os entrevistados recorriam nessa situação de vulnerabilidade, e com quem mantinham laços fortes, positivos, ativos e passivos, ressaltando-se o cuidado, apoio emocional e autonomia buscados nos membros da rede dos idosos entrevistados, dentro de uma perspectiva de reciprocidade. Por fim, foram identificadas várias estratégias no que se refere ao convívio com o HIV/AIDS, com o intuito de enfrentar a doença e buscar uma melhoria na qualidade de vida, destacando-se, principalmente, aqueles idosos que buscaram continuar vivendo normalmente para tentar esquecer o HIV/AIDS, bem como aqueles que afirmaram cuidar mais da saúde, como forma de continuarem vivendo, de forma mais saudável.

Diante disso destaca-se que é de grande importância que os profissionais de saúde, alertem a população em geral sobre a emergência da problemática do HIV/AIDS, procurando voltar sua atenção para a questão da prevenção entre os idosos, alertando sobre o uso do preservativo.

Essa questão ficou evidente no conteúdo do dispositivo midiático, que, em sua maior parte, destaca a vulnerabilidade do idoso frente ao HIV/AIDS, devido à falta de campanhas direcionadas para essa faixa etária, bem como, devido à escassez de informações sobre a prevenção e o uso do preservativo. Desta forma, é fundamental a mobilização e participação

dos idosos, juntamente com os profissionais de saúde, na busca por ações políticas, de forma que seja constituída uma situação de oportunidade para que o tema “HIV/AIDS na velhice” seja incluído no agendamento político.

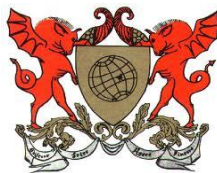
Nesse contexto, é importante o papel dos movimentos sociais, juntamente com as esferas do governo, no intuito de estabelecerem formas de articulação mais permanentes para o enfrentamento dos problemas de saúde pública, pois, somente através dessa pressão, problemas como o HIV/AIDS na velhice, poderiam ter a chance de serem incorporados na agenda governamental. Dessa forma, torna-se importante o desenvolvimento de programas de saúde pública com uma linguagem específica às pessoas idosas, para que se tenha esclarecimento das principais dúvidas relacionadas à sexualidade e à prevenção das ISTs, através de estratégias educativas, possibilitando práticas sexuais saudáveis e, conseqüentemente, menor exposição ao risco.

Fica claro que o HIV/AIDS é um problema real, que pode atingir a todos os indivíduos, desde que esses se coloquem em situação de risco. Portanto, pode-se concluir que há necessidade de que as políticas/programas de saúde e de atenção aos idosos estreitem a discussão para a efetivação de políticas públicas de saúde, que atendam às especificidades dessa população, tendo em vista a realidade encontrada na pesquisa midiática, que destaca um idoso sexualmente ativo, diferentemente do que muitas pessoas ainda pensam, devido ao preconceito e a estigmatização, que levam a acreditar que idoso não tem comportamento de risco para as ISTs, HIV/AIDS.

Essa questão cultural tem propiciado uma menor abrangência ou densidade das redes sociais de apoio aos idosos soropositivos, o que interfere na passagem do problema “AIDS na Velhice”, que, apesar de acelerado, não consegue passar de um “estado de coisas” para um “problema político”, bem como na convergência do fluxo de problemas, fluxo de alternativas e soluções e fluxo político, que configuram as “janelas de oportunidades” (“policy windows”), possibilitando a formação de políticas públicas destinadas a “AIDS na Velhice” ou mudanças nas políticas existentes sobre AIDS.

APÊNDICES

APÊNDICE I



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA**

Entrevista com Profissionais de Saúde e Atendimento ao Idoso

| | | |
|-----------------|--------------------|--------|
| Entrevistado nº | Data: ___/___/2018 | Local: |
|-----------------|--------------------|--------|

QUESTÕES ABERTAS

1. O que lhe vem à cabeça quando digo AIDS na velhice?

2. Na sua visão, quais são os possíveis fatores determinantes do HIV e estratégias de ação para enfrentamento?

Fatores: _____

Estratégias de ação: _____

3. Teve acesso a alguma propaganda ou informação sobre o HIV/AIDS?

___ Sim ___ Não

Exemplifique: _____

4. Conhece alguma política/programa para a prevenção e enfrentamento do HIV/AIDS, e como se deu o acesso a essa informação?

Enfrentamento da doença: _____

Acesso: _____

6. Na sua visão, quando se tem acesso ao diagnóstico, qual é, geralmente, a primeira reação do idoso? Qual é a rede de apoio mais acionada?

Reação: _____

Rede _____ de _____ apoio

(Tipo/conteúdo): _____

7. Quais as principais consequências para o idoso ao adquirir o HIV/AIDS?

8. Especificamente para os idosos, você conhece alguma política/programa para o controle e prevenção do HIV/AIDS?

9. Já participou de alguma medida/ ação para controle do HIV/AIDS na velhice? Caso positivo, como foram estruturadas essas ações? Quais parcerias foram realizadas?

10. Em caso negativo, o que sugere para que ocorra um trabalho preventivo?

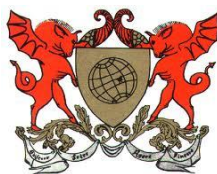
11. Em sua opinião, porque as políticas/programas de HIV/AIDS direcionados exclusivamente para os idosos não entram nas agendas políticas?

12. Já participou de algum movimento/fórum de debate que discutiu sobre a problemática do HIV/AIDS na velhice? Qual? Porque?

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO

Deseja acrescentar algo, que não tenha sido indagado e que considere relevante?

APÊNDICE II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

Entrevista com os Idosos com HIV/AIDS

| Entrevistado n°: 10 | | | Data: / /2018 | | | Local: | | | |
|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------------|---|--|---|----------------------------|---|---|
| PERFIL PESSOAL DO IDOSO | | | | | | | | | |
| | Raça | Sexo | Idade | Religião | Grau de instrução | Estado Civil | Trabalh ou no mês passado? | Principal Ocupação | Renda Média |
| | 1- Branca 2- Parda 3- Negra | 1.Feminino 2.Masculino | Em n° de anos | 1.Católico 2.Evangélico 3.Ateu 4.Outra | 1.Analfabeto 2.En. Fund. Inc. 3.En. Fund. Com. 4.En. Med. Inc. 5.En. Med. Com. 6.En. Sup. Inc. 7.En. Sup. Com. 8. Pós-Grad. | 1. Solteiro 2.Casado 3.Separado/Divor. 4.Viúvo | 1.Sim 2.Não | 1.Procurando trabalho 2.Apos/Pencio. 3.Afazeres Domésticos 4.Sem ocupação 5.Outro (especifique) | 1- Menos de 1 S/M 2- Entre 1 e 2 S/M 3-Entre 2 e 3 S/M 4-Mais de 3 S/M |
| Idoso | | | | | | | | | |

QUESTÕES ABERTAS

1.O que lhe vem à cabeça quando digo AIDS na velhice?

2.Como se deu a descoberta do HIV? E com qual idade?

3.Como se deu o contágio pelo HIV?

4.Qual foi sua primeira reação?

5. Na sua visão quais as principais consequências de ter adquirido o HIV?

6. Quais foram as estratégias adotadas para a convivência com o HIV?

7. Já se sentiu discriminado por ter HIV/AIDS?

8. Qual foi o envolvimento da família ao se inteirar do HIV/AIDS?

9. Quais foram as principais redes de apoio que você recorreu? Qual tem sido a mais efetiva? Porque?

10. Quais são os conteúdos dos fluxos das redes? **(O eu faz cada rede indicada?)**.

| | Rede 1 () | Rede 2 () | Rede 3 |
|---|------------|------------|--------|
| Cuidados? | | | |
| Apoio emocional? | | | |
| Recursos monetários, como ajuda e apoio instrumental (emprego, habitação, saúde)? | | | |
| Outros? | | | |

11. Quais as normas que regulam as interações das redes de apoio aos idosos? **(Porque essa rede fez isso por você? O eu esse apoio te proporcionou (+autonomia)?)**

| | Rede 1 () | Rede 2 () | Rede 3 |
|---------------|------------|------------|--------|
| Reciprocidade | | | |
| Obrigaçã | | | |
| Igualdade | | | |
| Autonomia | | | |

12. Já tinha ouvido falar da AIDS antes? Como? Em alguma propaganda/reportagem? Qual?

13. Conhece alguma política/programa para a prevenção e enfrentamento do HIV/AIDS e como se deu o acesso a essa informação?

Política/programa:

Acesso a informação:

14. Em caso negativo, o que sugere para que ocorra um trabalho preventivo?

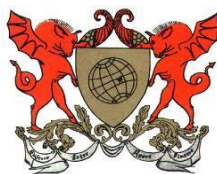
15. Em sua opinião, porque as políticas/programas de HIV/AIDS direcionados exclusivamente para os idosos não entram nas agendas políticas?

16. Já participou de algum movimento/fórum de debate que discutiu sobre a problemática do HIV/AIDS na velhice? Qual? Porque?

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO

Deseja acrescentar algo, que não tenha sido indagado e que considere relevante?

APÊNDICE III



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA**

Entrevista com os Idosos sem HIV/AIDS

| | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|---------------|---|---|--|---|---|
| Entrevistado nº: | | Data: ___/___/2018 | | | Local: | | | |
| PERFIL DO IDOSO | | | | | | | | |
| | Raça | Sexo | Idade | Religião | Grau de instrução | Estado Civil | Principal Ocupação | Renda Média |
| | 1- Branca 2- Parda 3- Negra | 1. Feminino 2. Masculino | Em nº de anos | 1. Católico 2. Evangélico 3. Ateu 4. Outra | 1. Analfabeto 2. En. Fund. Inc. 3. En. Fund. Com. 4. En. Med. Inc. 5. En. Med. Com. 6. En. Sup. Inc. 7. En. Sup. Com. 8. Pós-Grad. | 1. Solteiro 2. Casado 3. Separado/Divorciado 6. Viúvo | 1. Procurando trabalho 2. Aposent/Pensio. 3. Afazeres Domésticos 4. Sem ocupação 5. Outro (especifique) | 1- Menos de 1 S/M 2- Entre 1 e 2 S/M 3- Entre 2 e 3 S/M 4- Mais de 3 S/M |
| Idoso | | | | | | | | |

QUESTÕES ABERTAS

1. O que lhe vem à cabeça quando digo AIDS na velhice?

2. Na sua visão, quais os possíveis fatores determinantes do HIV e estratégias de ação para enfrentamento?

Fatores:

Estratégias de ação:

3. Quais as consequências para o idoso ao adquirir o HIV/AIDS?

4. Já tinha ouvido falar do HIV/AIDS? Como? Em alguma propaganda/reportagem? Qual?

5. Conhece alguma política/programa para a prevenção e enfrentamento do HIV e como se deu o acesso a essa informação?

6. Em caso negativo, o que sugere para que ocorra um trabalho preventivo?

7. Em sua opinião, porque não existem políticas/programas de HIV/AIDS direcionados exclusivamente para os idosos?

9. Já participou de algum movimento/fórum de debate que discutiu sobre a problemática do HIV/AIDS na velhice?

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO

Deseja acrescentar algo, que não tenha sido indagado e que considere relevante?

APÊNDICE IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) **(Profissionais de Saúde e Atendimento ao Idoso)**

Prezado Sr (a): _____ você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “HIV/AIDS na Velhice: Um Olhar sobre a Construção e Alcance das Políticas Públicas” que está sendo desenvolvida pela discente do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Aline Oliveira Silva. O objetivo geral deste estudo consiste em: analisar o processo de construção e alcance das políticas públicas destinadas aos idosos com HIV/AIDS, considerando as percepções dos atores sociais envolvidos sobre a temática em questão, examinando o significado da doença, fatores determinantes, estratégias de ação e suas implicações. Especificamente, pretende-se: verificar o discurso sobre o idoso em documentos oficiais, descrevendo a evolução da agenda das políticas públicas quanto ao envelhecimento; identificar os tipos, conteúdos e estratégias de ação das políticas/programas de enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS existentes, destinados os idosos; examinar como se dá a participação dos idosos na formulação de políticas/programas e ações de combate ao HIV, nos conselhos municipais de saúde e no conselho do idoso; analisar as percepções dos profissionais e lideranças políticas sobre o processo de construção e alcance das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS na velhice; caracterizar as representações sociais dos idosos, com e sem HIV, sobre o significado da AIDS, seus fatores determinantes e consequências, bem como ocorrem às políticas/programas de enfrentamento; e identificar o perfil socioeconômico do idoso portador do HIV, bem como a morfologia de suas redes sociais, em face ao enfrentamento da doença. Este estudo se justifica não somente devido ao aumento da incidência do HIV/AIDS na população idosa, mas também pela escassez de políticas, programas e ações de controle e prevenção voltadas para essa faixa etária, que acabam por ocasionar uma maior vulnerabilidade frente à doença, uma vez que devido à falta de informação, os idosos tendem a não se prevenir e assim tornam-se mais propícios a adquirir o HIV.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar retirando o seu consentimento. Sua recusa não lhe trará prejuízos em relação à pesquisadora ou à instituição. Sua participação se fará por meio de entrevista aberta em forma de conversa que será gravada, com a sua permissão, arquivada com a pesquisadora e destruída após cinco anos do término do estudo.

APÊNDICE V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) **(Idoso SAE)**

Prezado Sr (a): _____ você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “HIV/AIDS na Velhice: Um Olhar sobre a Construção e Alcance das Políticas Públicas” que está sendo desenvolvida pela estudante do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Aline Oliveira Silva. O objetivo geral deste estudo consiste em: analisar como as políticas públicas para os idosos com HIV/AIDS são construídas e se realmente chegam, até essas pessoas, considerando a opinião dos indivíduos envolvidos, examinando o significado da doença, fatores determinantes, estratégias de ação e suas consequências. Especificamente, pretende-se: verificar o discurso sobre o idoso em documentos oficiais, descrevendo a como se deu a agenda das políticas públicas quanto ao envelhecimento; identificar os tipos, conteúdos e estratégias de ação das políticas/programas de enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS existentes, destinados aos idosos; examinar como se dá a participação dos idosos na formulação de políticas/programas e ações de combate ao HIV, nos conselhos municipais de saúde e no conselho do idoso; analisar a opinião dos profissionais e lideranças políticas sobre o processo de construção e alcance das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS na velhice; caracterizar as representações sociais dos idosos, com e sem HIV, sobre o significado da AIDS, seus fatores determinantes e consequências, bem como ocorrem às políticas/programas de enfrentamento; e identificar o perfil socioeconômico do idoso portador do HIV, bem como o formato de suas redes sociais, frente ao enfrentamento da doença. Este estudo se justifica não somente devido ao aumento da incidência do HIV/AIDS na população idosa, mas também pela escassez de políticas, programas e ações de controle e prevenção voltadas para essa faixa etária, que acabam por ocasionar uma maior vulnerabilidade frente à doença, uma vez que devido à falta de informação, os idosos tendem a não se prevenir e assim tornam-se mais propícios a adquirir o HIV.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar retirando o seu consentimento. Sua recusa não lhe trará prejuízos em relação à pesquisadora ou à instituição. Sua participação se fará por meio de entrevista aberta em forma de conversa que será gravada (gravador de áudio), com a sua permissão, arquivada com a pesquisadora e destruída após cinco anos do fim do estudo.

Sua participação não lhe trará nenhum custo ou benefícios financeiros. Como se trata de uma entrevista é sabido que este é um tipo de procedimento que pode ocasionar riscos ao participante ao falar de situações de sua vivência, bem como constrangimento para responder as perguntas. Nesse sentido, poderá se negar a dar qualquer tipo de informação que o constranja ou mesmo desistir da pesquisa à qualquer momento, sem a necessidade de explicar o motivo. Durante a pesquisa terá toda liberdade de fazer qualquer pergunta ou questionamento. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto significa que em nenhum momento do estudo será divulgado o seu nome, ou qualquer forma que permita sua identificação. Os dados coletados serão utilizados com a finalidade de colaborar para o sucesso do trabalho, e para a elaboração da tese de doutorado e artigos para divulgação em publicações e encontros acadêmico-científicos. Os benefícios relacionados à pesquisa e sua participação poderão auxiliar nos projetos e ações de prevenção e enfrentamento do HIV/AIDS na velhice, que é considerada um fenômeno global e complexo, representando um desafio para as políticas de saúde pública.

Eu _____ declaro que entendi as informações contidas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que fui informado (a) que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com a Resolução CNS 466/2012. Declaro que recebi uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela orientadora e pela pesquisadora e responsável. Fui esclarecido (a) que para obter informações e no caso de irregularidades éticas durante a pesquisa poderei entrar em com como Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa-MG- CEP/UFV, no seguinte endereço e contatos: Prédio Arthur Bernardes, piso inferior, telefone 3899-2492, correio eletrônico: cep@ufv.br.

_____ de _____ de 2018

Assinatura do (a) Participante: _____

Aline Oliveira Silva

Maria das Dores Saraiva de Loreto

APÊNDICE VI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) **(Idoso CCI)**

Prezado Sr (a): _____ você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: “HIV/AIDS na Velhice: Um Olhar sobre a Construção e Alcance das Políticas Públicas” que está sendo desenvolvida pela discente do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Aline Oliveira Silva. O objetivo geral deste estudo consiste em: analisar o processo de construção e alcance das políticas públicas destinadas aos idosos com HIV/AIDS, considerando as percepções dos atores sociais envolvidos sobre a temática em questão, examinando o significado da doença, fatores determinantes, estratégias de ação e suas implicações. Especificamente, pretende-se: verificar o discurso sobre o idoso em documentos oficiais, descrevendo a evolução da agenda das políticas públicas quanto ao envelhecimento; identificar os tipos, conteúdos e estratégias de ação das políticas/programas de enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS existentes, destinados aos idosos; examinar como se dá a participação dos idosos na formulação de políticas/programas e ações de combate ao HIV, nos conselhos municipais de saúde e no conselho do idoso; analisar as percepções dos profissionais e lideranças políticas sobre o processo de construção e alcance das políticas públicas direcionadas ao enfrentamento e prevenção do HIV/AIDS na velhice; caracterizar as representações sociais dos idosos, com e sem HIV, sobre o significado da AIDS, seus fatores determinantes e consequências, bem como ocorrem às políticas/programas de enfrentamento; e identificar o perfil socioeconômico do idoso portador do HIV, bem como a morfologia de suas redes sociais, em face ao enfrentamento da doença. Este estudo se justifica não somente devido ao aumento da incidência do HIV/AIDS na população idosa, mas também pela escassez de políticas, programas e ações de controle e prevenção voltadas para essa faixa etária, que acabam por ocasionar uma maior vulnerabilidade frente à doença, uma vez que devido à falta de informação, os idosos tendem a não se prevenir e assim tornam-se mais propícios a adquirir o HIV.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar retirando o seu consentimento. Sua recusa não lhe trará prejuízos em relação à pesquisadora ou à instituição. Sua participação se fará por meio de entrevista aberta em forma de conversa que será gravada, com a sua permissão, arquivada com a pesquisadora e destruída após cinco anos do término do estudo.

Sua participação não lhe trará nenhum custo ou compensação financeira, bem como favorecimento no seu tratamento. Como se trata de uma entrevista é sabido que este é um tipo de procedimento pode ocasionar risco mínimo ao participante ao falar de situações de sua vivência. Nesse sentido, poderá se negar a dar qualquer tipo de informação que o constranja ou mesmo desistir da pesquisa à qualquer momento, sem a necessidade de explicar o motivo. Durante a pesquisa terá toda liberdade de fazer qualquer pergunta ou questionamento. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto significa que em nenhum momento do estudo será divulgado o seu nome. Os dados coletados serão utilizados com a finalidade de colaborar para o sucesso do trabalho, e para a elaboração da tese de doutorado e artigos para divulgação em publicações e encontros acadêmico-científicos. Os benefícios relacionados à pesquisa e sua participação poderão auxiliar nos projetos e ações de prevenção e enfrentamento do HIV/AIDS na velhice, que é considerada um fenômeno global e complexo, representando um desafio para as políticas de saúde pública.

Eu _____ declaro que entendi as informações contidas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que fui informado (a) que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com a Resolução CNS 466/2012. Declaro que recebi uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela orientadora e pela pesquisadora e responsável. Fui esclarecido (a) que para obter informações e no caso de irregularidades éticas durante a pesquisa poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa-MG- CEP/UFV, no seguinte endereço e contatos: Prédio Arthur Bernardes, piso inferior, telefone 3899-2492, correio eletrônico: cep@ufv.br.

_____ de _____ de 2018

Assinatura do (a) Participante: _____

Aline Oliveira Silva

Maria das Dores Saraiva de Loreto