

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

ALLAN SERRA

**CONHECIMENTOS, ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E PERCEPÇÕES
DE IDOSOS PORTADORES DO HIV/AIDS ATENDIDOS EM UM CENTRO
DE REFERÊNCIA ESTADUAL DO MARANHÃO**

São Luís

2011

ALLAN SERRA

**CONHECIMENTOS, ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E PERCEPÇÕES
DE IDOSOS PORTADORES DO HIV/AIDS ATENDIDOS EM UM CENTRO
DE REFERÊNCIA ESTADUAL DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Área de concentração: Saúde de Populações

Orientadora: Prof^a. Dra. Sílvia Cristina Viana Silva Lima
Coorientadora: Prof^a. Dra. Ana Hélia Sardinha

São Luís

2011

ALLAN SERRA

**CONHECIMENTOS, ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E PERCEPÇÕES
DE IDOSOS PORTADORES DO HIV/AIDS ATENDIDOS EM UM CENTRO
DE REFERÊNCIA ESTADUAL DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal
do Maranhão, para a obtenção do Título de Mestre
em Saúde e Ambiente.
Área de Concentração: Saúde de Populações.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Às mulheres de minha vida: Emília, Allana,
Victória e Alaíde, presentes de Deus.

AGRADECIMENTOS

Registrar os agradecimentos é contraditório; sinaliza que se está no final do trabalho e depois de tomar tantos cuidados, e ainda assim cometer tantos erros, deve-se ter mais um: não esquecer as pessoas sem as quais teria sido mais difícil concretizá-lo. Mais do que um tópico que faz parte de um trabalho acadêmico, os agradecimentos são uma das formas de se dizer *Muito Obrigado* às pessoas que, de forma direta ou indireta, ajudaram muito neste longo e difícil percurso. Assim, agradeço:

A Deus, que é o primeiro, o último e o melhor da minha vida.

À minha querida esposa, Emília, meu grande amor, sempre presente nestes 15 anos, em todos os momentos, alegres e tristes.

Ao amor de minhas filhas, Allana e Victória, que foi do que precisei para enfrentar situações difíceis e conseguir desenvolver esta pesquisa.

À minha mãe, Alaíde, pelo amor e confiança depositados em minha pessoa.

À minha orientadora, Sílvia Viana, que teve muita paciência comigo e mesmo envolvida em inúmeros trabalhos ainda encontrou disposição e tempo para me orientar em meus percalços. Por isso, sempre será um exemplo a ser seguido por mim.

À professora Ana Hélia Sardinha, pela ajuda precisa.

Aos professores Istvan van Deursen Varga e Eloísa da Graça do Rosário Gonçalves, pelas contribuições importantíssimas no exame de qualificação.

À bibliotecária Darcy Moraes Silva pelo apoio técnico e ajuda na normalização desta dissertação.

À professora Maria Cícera Nogueira, pela revisão da redação final deste trabalho.

À enfermeira Ednalva Ferreira do Hospital Presidente Vargas, pelo empenho e realização das entrevistas.

Aos pacientes idosos do Hospital Presidente Vargas, pela participação no estudo.

“[...] A AIDS não é mortal, mortais somos todos nós”.

Herbert de Souza
(Betinho)

RESUMO

Este estudo analisou conhecimentos, aspectos comportamentais e percepções dos idosos portadores de HIV / AIDS atendidos em um centro de referência estadual do Maranhão. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, descritivo, com abordagem quantiquantitativa. Foram incluídos todos os pacientes portadores do HIV/AIDS com idade igual a ou maior de 60 anos, em tratamento no Hospital Presidente Vargas, em São Luís-MA, entrevistados entre os meses de janeiro e junho de 2010, num total de 46 idosos: 28 do sexo masculino e 18 do sexo feminino. Os dados evidenciaram o seguinte perfil: predomínio de homens (61%); pardos (52%); com média de idade de 60 a 65 anos (57%); estudaram até o ensino fundamental (50%); solteiros (63%); católicos (80%); a maioria procedente de Pinheiro (40%). 91% moravam em casa alugada, de alvenaria (83%), com média de 03 a 04 cômodos (54%), 01 a 03 moradores (52%); renda mensal individual e familiar de até R\$ 500,00(52% e 48% respectivamente) e uma média de até 2 filhos(50%). 78% estavam aposentados. 50% referiram assistir à TV como forma de lazer. Relataram participação em palestra sobre DST/AIDS, no entanto, quando questionados sobre a transmissão do vírus e a segurança nas práticas sexuais, um grande número demonstrou não ter conhecimento ou ter dúvidas a esse respeito. Observou-se que todos conheciam a camisinha. 61% sempre costumavam usá-la, 43% tinham dúvidas quanto a como colocá-la e como retirá-la; 76% obtinham-na nos serviços de saúde. O não uso da camisinha foi justificado por 38% pelo fato de não gostarem de usá-la ou preferirem sem. Todos foram infectados por via sexual e em relações heterossexuais. 61% tinham diagnóstico de HIV/AIDS de 8 a 11 anos. Nos discursos dos sujeitos, observou-se que não conheciam nada, ou quase nada, antes de se contaminarem, e várias são suas representações sobre a AIDS: “doença do outro”; “incurável”; “fatal”, que pode levar à morte e impregnada de discriminação e preconceito. O diagnóstico positivo e a convivência com o HIV/AIDS é carregado e permeado de sentimentos negativos não apenas por parte do indivíduo portador, mas também de sua família, o que denota a necessidade de reestruturação da vida de cada um através de recursos de enfrentamento.

Palavras-Chave: HIV/AIDS. Idoso. Conhecimento. Percepção.

ABSTRACT

This study analyzed knowledge, behavioral aspects and perceptions of elderly people with HIV / AIDS seen in a state reference center of Maranhão. It is an epidemiological, transversal, descriptive, quantitative/qualitative study. Were included all patients with HIV / AIDS aged 60 years or more that were under treatment at Hospital Presidente Vargas in São Luís-MA, interviewed between January and June 2010, total of 46 elderly: 28 male and 18 female. Data showed the following profile: predominance of men (61%); brown (52%); mean age 60 to 65 years (57%); studied up to primary (50%); unmarried (63%); catholics (80%); most of them came from Pinheiro (40%). 91% lived in rented, masonry accommodation (83%), averaging 03 to 04 rooms (54%), 01 to 03 residents (52%), individual and family monthly income until R\$ 500.00 (52% and 48% respectively) and an average of until 2 children (50%). 78% were retired. 50% reported watching TV as a pastime. Reported participation in a lecture on DST / AIDS, however, when asked about the transmission of the virus and security in sexual practices, a large number showed no knowledge or have doubts about that. It was observed that everyone knew the condom. 61% always used to use it, 43% had doubts about how to put it and how to remove it, 76% obtained the condom in health services. 38% justified don't using the condom because don't like it or prefer the relationship without condom. All were infected through sex and heterosexual relationships. 61% were diagnosed with HIV / AIDS from 8 to 11 years ago. In the speeches of the subjects, was observed that they knew nothing, or almost anything, before that they were defiled, and many are their representations of AIDS, "the other disease," "incurable", "fatal", which can lead to death and imbued with discrimination and prejudice. The positive diagnosis and living with HIV / AIDS is loaded and full of negative feelings not only by the individual carrier, but also his family, which indicates the need to rebuild their lives through each coping resources.

Key words: HIV / AIDS. Elderly. Knowledge. Perception.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da população de idosos estudada segundo dados sociodemográficos. Hospital Presidente Vargas, São Luís- MA, 2010.....	55
Tabela 2	Distribuição da população de idosos estudada segundo conhecimentos sobre o vírus e sua transmissão. Hospital Presidente Vargas, São Luís- MA, 2010.....	60
Tabela 3	Distribuição da população de idosos estudada segundo conhecimentos sobre segurança das práticas sexuais. Hospital Presidente Vargas, São Luís- MA, 2010.....	63
Tabela 4	Distribuição da população de idosos estudada segundo aspectos comportamentais. Hospital Presidente Vargas, São Luís- MA, 2010.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT: Azidotimidina
CD4+: Cluster of Differentiation 4(Diferenciação de Agrupamentos 4)
CDC: Centers for Disease Control and Prevention
CNS: Conselho Nacional de Saúde
DNA: Ácido Desoxirribonucleico
DST's: Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA: Estados Unidos da América
FDA: Food and Orug Administration
HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV-1: Subcategoria do HIV
HIV-2: Subcategoria do HIV mais comum em países da África
HTLV-1: Human T Leukemia- lymphoma virus type1
HTLV-2: Human T Leukemia- lymphoma virus type2
HTLV-3: Human T Leukemia- lymphoma virus type3
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAV: Linfadenopatia
OMS: Organização Mundial da Saúde
ONU: Organização das Nações Unidas
OPAS: Organização Pan- Americana de Saúde
PNI: Política Nacional do Idoso
RNA: Ácido Ribonucleico
SAE: Serviço de Atendimento Especializado
UNAIDS: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	O envelhecer e suas dimensões	15
2.2	Aspectos socioculturais da sexualidade e do envelhecimento	25
2.3	Envelhecimento e vulnerabilidade	34
2.4	Envelhecimento e AIDS	39
3	OBJETIVOS	50
3.1	Geral	50
3.2	Específicos	50
4	CASUÍSTICA E METÓDOS	51
4.1	Tipo e natureza do estudo	51
4.2	Local do estudo	51
4.3	População do estudo e período de referência	51
4.4	Instrumento e coleta de dados	52
4.5	Procedimento e análise dos dados	54
4.6	Considerações éticas	54
5	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
5.1	Análise quantitativa	55
5.2	Análise qualitativa	68
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICES	97

1 INTRODUÇÃO

No mundo inteiro, à medida que os anos vão passando, é cada vez maior o número de idosos. O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade das sociedades. Este envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente no que diz respeito à queda da fecundidade e da mortalidade e ao aumento da esperança de vida.

De acordo com projeções estatísticas do ano de 2006 da Organização Mundial de Saúde (OMS), há indícios de que o segmento da população idosa poderá ser responsável por quase 15% da população brasileira em 2020, com aproximadamente 30 milhões de pessoas, o que fará do Brasil o 6º país do mundo em número de idosos.

Ainda segundo a OMS, a expectativa de vida da população mundial, que hoje é de 66 anos, passará a ser de 73 anos em 2025. No Brasil, a esperança de vida é de 67 anos e, em 2025, a expectativa é que se possa chegar aos 74 anos. A comparação com os dados de décadas anteriores revela um crescimento expressivo na expectativa de vida do brasileiro e, em consequência, vai sendo derrubado o mito de que o Brasil é um país de jovens.

Para a OMS, são consideradas idosas as pessoas com mais de 65 anos. Esse referencial, entretanto, é válido para os habitantes de países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, a terceira idade começa aos 60 anos. O aumento do percentual de idosos em uma determinada população, como o que vem ocorrendo, é denominado de envelhecimento demográfico. O envelhecimento demográfico leva-nos à necessidade de darmos maior atenção à velhice no âmbito institucional, político, econômico e da saúde.

Papaléo (2002) descreve o envelhecimento como um processo biológico, universal, dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Frente aos avanços da tecnologia e da atenção à saúde, os idosos vivem uma realidade nunca antes experimentada, sendo, cada vez mais, alvo de interesse dos pesquisadores das ciências sociais, da educação, do direito e da saúde,

incluindo-se aí questões ligadas à promoção e ao controle do HIV / AIDS (GORINCHTEYN, 2008).

O relatório do ano de 2010 do The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) registrou 33,3 milhões de pessoas vivendo com o vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), sendo o continente Africano o mais gravemente afetado. Em 2009, houve 2,6 milhões de novas infecções pelo HIV e cerca de 1,8 milhões de óbitos relacionados à AIDS, principalmente por acesso inadequado aos serviços de prevenção e tratamento. Desde o surgimento da epidemia, mais de 60 milhões de pessoas se infectaram com o vírus e quase 30 milhões morreram em decorrência da AIDS (UNAIDS, 2010).

Os novos números da AIDS no Brasil, atualizados até junho de 2010, contabilizam 592.914 casos registrados desde 1980. A epidemia continua estável. A taxa de incidência oscila em torno de 20 casos de AIDS por 100 mil habitantes (BRASIL, 2010).

No Maranhão, no início da epidemia, em 1985, a taxa de incidência era de 0,53 para cada 100 mil habitantes; chegou a 9,61 em 1996 e continua em ordem crescente, alcançando 19,86 para cada 100 mil habitantes em 2009 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO MA, 2010).

Na população idosa, a epidemia do HIV/AIDS tem emergido como um problema de saúde pública nos últimos anos. A contaminação entre indivíduos idosos cresceu no Brasil entre os anos de 2000 a 2004 como em nenhum outro grupo etário, tendo sido constatado um incremento nos casos confirmados de 50,1% entre os homens e de 65,5% entre as mulheres, o que revelou uma trajetória ascendente, contrastando com certa estabilização em outras faixas etárias e grupos sociais (BRASIL, 2005a). Constatou-se também que entre os anos de 1996 e 2006 houve um aumento da taxa de incidência entre indivíduos com mais de 60 anos de idade. Para essa faixa etária, nos homens, a taxa de incidência passou de 5,8 para 9,4 e nas mulheres, cresceu de 1,7 para 5,1 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2007).

Muitas são as causas atribuídas ao aumento nos índices de contaminação e de idosos vivendo com HIV/AIDS: as mudanças socioculturais, sobretudo na sexualidade; a resistência por parte dos idosos em utilizar a camisinha; as inovações na área da saúde; o acesso à terapia antirretroviral; as inovações na área medicamentosa dentre outras.

No aspecto social, o idoso convive com o estigma associado ao estar com AIDS, o medo de familiares e da comunidade; a diminuição dos recursos financeiros e questões relacionadas à qualidade de vida, entre outros.

Atualmente, os trabalhos educativos, em sua maioria, continuam sendo direcionados ao público jovem, à gestante, ao usuário de drogas injetáveis, aos homossexuais e aos profissionais do sexo. Dessa forma, percebe-se claramente a falta de maiores investimentos na educação em saúde da população idosa.

Ao longo desta dissertação, serão enfocadas diversas destas questões relacionadas ao envelhecer e à AIDS. Para tanto, serão abordados os seguintes temas: “O Envelhecer e Suas Dimensões”, “Aspectos Socioculturais da Sexualidade e do Envelhecimento”, “Envelhecimento e Vulnerabilidade” e “Envelhecimento e AIDS”.

Mais que uma doença, a AIDS em idosos configura-se hoje um fenômeno social de amplas proporções, impactando princípios morais, religiosos e éticos, assim como questões relacionadas à sexualidade, ao uso de drogas, à ética conjugal, aos procedimentos de saúde pública e de comportamento privado.

Diante do exposto, considera-se relevante este estudo no sentido de se identificarem os conhecimentos, os aspectos comportamentais e as percepções deste grupo, a fim de subsidiar outros trabalhos com a população em foco.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O envelhecer e suas dimensões

A transição demográfica, ou seja, a passagem de uma população jovem para uma envelhecida foi bem observada na Europa, onde houve um forte declínio da fecundidade, antes do aparecimento e da disponibilidade dos métodos anticoncepcionais. Processo esse, fruto da industrialização, que notadamente teve grande efeito sobre o desenvolvimento social, gerando uma queda na fecundidade e consequente envelhecimento da população (RAMOS, 2002).

O envelhecimento populacional é um fato incontestável e vem ocorrendo tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. A OMS (2005) estima, que até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, o que corresponderá a 15% de sua população, isto é, a aproximadamente 30 milhões de pessoas. Em 2008, o Brasil tinha 21 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, segundo a Síntese de Indicadores Sociais divulgada em outubro de 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este instituto define idosos as pessoas com 60 anos ou mais, o mesmo limite de idade considerado pela OMS.

Já em nível mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) no seu relatório técnico "Previsões sobre a População Mundial", elaborado em 2008 pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, afirmou que nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos de idade seria três vezes maior do que o atual. Os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de 2 bilhões de indivíduos (no total de 9,2 bilhões).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como "um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte." (BRASIL, 2006a).

Para a ONU, em sua Resolução nº 39/125, de 1982, aprovada na Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, o ser idoso difere entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento. Nos primeiros, são consideradas idosos as pessoas com 65 anos ou mais, enquanto nos

países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, são idosas aquelas com 60 anos ou mais.

O envelhecimento populacional, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade brasileira. É uma resposta aos constantes avanços científicos e tecnológicos, melhores condições de higiene e saneamento básico e a mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade.

O envelhecimento é também considerado uma grande conquista social da humanidade no século XX, no entanto, envolve grandes desafios. É um processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz em diminuição da plasticidade comportamental, aumento da vulnerabilidade, acumulação de perdas evolutivas e aumento da probabilidade de morte. O ritmo, a duração e os efeitos desse processo comportam diferenças individuais e de grupos etários, dependentes de eventos de natureza genética, biológica, social, histórica e psicológica (NÉRI, 2001).

A heterogeneidade da velhice envolve indivíduos que a vivem de formas diferenciadas, sendo imprescindível levar em consideração suas histórias particulares, os aspectos estruturais como a classe, o gênero e a etnia a eles relacionados, bem como a saúde, a educação e as condições socioeconômicas (MINAYO; COIMBRA, 2002).

No século XX, tornou-se relevante a necessidade de estudos acerca da velhice, que foi mais percebida devido à tendência natural de crescimento, do interesse em pesquisar-se o processo de envelhecimento e também em razão do aumento de indivíduos idosos em todo o mundo, exercendo pressão passiva sobre o desenvolvimento de pesquisas nesse campo (FREITAS et al., 2002).

Com o objetivo de subsidiar teoricamente a reflexão sobre o significado do envelhecimento, faz-se necessária uma revisão conceitual sobre o tema. Segundo Ferreira (2002, p. 389), "é o ato ou efeito de envelhecer"; para Casucci (1991, p. 28) "é o processo através do qual o indivíduo se modifica em função do tempo." Borba (1991, p.46) relata que o verbo envelhecer pode indicar um processo ou uma ação-processo tomando o significado de "fazer parecer velho, dar as características/ da velhice; tornar-se velho; fazer perder sua força, seu interesse; atribuir uma idade superior à idade real"; Ferreira (2002, p. 389) acrescenta

"avelhantar, perder a frescura, o viço, durar muito tempo, tornar-se desusado ou inútil".

Para Carvalho Filho e Alencar (1994, p. 86), o envelhecimento

[...] é um processo dinâmico e progressivo em que há modificações tanto morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-los à morte [...];

Bentov et al. (1993) fazem uma distinção entre o envelhecer e o tornar-se velho (a). Para elas, o envelhecimento compreende todas as mudanças biológicas que ocorrem com o passar do tempo, enquanto tornar-se velho (a) tem uma significância social, responsável por sentimentos pouco relacionados com o processo biológico de envelhecimento.

Alonso (1995) salienta que o envelhecimento é um fenômeno complexo, dinâmico e pluridimensional, em que intervêm não apenas fatores de ordem biológica ou psíquica, mas fatores de ordem social. Segundo Robledo (1994), o envelhecimento não tem uma causalidade única; não é doença nem um erro evolutivo, é um processo dinâmico, progressivo e irreversível em que interagem múltiplos fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Observa-se nessas definições que o termo envelhecimento é visualizado como um processo complexo, carregado hegemonicamente pelo simbolismo de perdas e por conotações negativas de invalidez e incapacidade.

Nos países ocidentais as inquietações relacionadas com a velhice são muito antigas. Leme (1999) ressalta que o envelhecimento e as possíveis incapacidades funcionais associadas a esse processo são um dos problemas que têm merecido muita atenção do homem ocidental.

A grande problemática do envelhecimento, no entanto, encontra-se situada justamente no avanço das tecnologias da sociedade capitalista que, centrada no aumento da produção e na exacerbada competitividade, acaba por excluir pessoas com idade avançada das relações de trabalho e, periféricamente, das relações sociais de maneira geral (VALENTINI; RIBAS, 2003).

Zornitta (2008) aponta que nos dicionários emocionais da população, velhice é sinônimo de decadência, de decrepitude, de perda de dignidade, e que enquanto o idoso se deixar considerar um problema social e não parte de uma

solução político-cultural não haverá reconhecimento, e a velhice será tida apenas como fim da existência.

Envelhecer é, pois, um processo geralmente considerado de maneira extremamente desagradável pela sociedade, visto que o indivíduo começa a sentir que, em muitas habilidades biológicas e sociais, não consegue se desenvolver como costumava. Devido a isso, chega-se a pensar na velhice como sinônimo de doença, fraqueza, improdutividade e invalidez. Por isso, o envelhecimento deve ser tratado como um processo natural do desenvolvimento humano, numa perspectiva de que cada fase da vida implica transformações, adaptações, aceitação e construção (VALENTINI; RIBAS, 2003).

Entretanto, o envelhecimento é revestido não apenas de perdas, mas também de aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. O ato de envelhecer implica mudanças constantes, e saber lidar com as perdas, buscando novas aquisições durante todo o processo de envelhecimento é o que o torna saudável. Um envelhecimento será cada vez mais satisfatório quanto maior for o poder de o indivíduo assimilar e não renunciar às mudanças físicas, psicológicas e sociais, adaptando-se, sem sofrer em demasia, aos novos papéis sociais que desempenhará no decorrer da sua vida. (PERLADO, 1995).

Na busca por delimitar o início do processo de envelhecimento, duas concepções teóricas prevalecem. Uma delas, fundamentada na área das ciências biológicas, defende que se começa a envelhecer quando se termina de crescer, mais ou menos por volta dos 22, 25 anos de idade; a outra, baseada na área das humanidades, salienta que o processo de envelhecimento inicia-se na concepção e termina na morte, ou seja, é um fenômeno natural.

A qualidade de vida e, conseqüentemente, a qualidade do envelhecimento relaciona-se com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, bem como com o "estilo de vida" conferido a cada ser.

Bobbio (2006) reforça essa visão de envelhecimento como processo de vida quando relata que a velhice não é uma cisão em relação à vida precedente e sim uma continuação da adolescência, da juventude, da maturidade que podem ter sido vividas de diversas maneiras. Segundo Wagner (2002), o ser humano forma-se durante a vida pela interação de fatores que o caracterizam como ser biológico, psicológico, e irá ser moldado também sob a influência do meio físico e social onde se desenvolverá. É, portanto, de uma incrível e variada gama de possibilidades que

surgirão modos de ser, de pensar, de sentir e de agir das pessoas, influenciadas por todos estes elementos, sobre os quais elas poderão se sentir mais ou menos controladas.

Ao trabalhar com a dimensão social do envelhecimento, percebe-se que existem diferenças significativas nas formas como as vidas dos indivíduos são periodizadas. Cada sociedade define os períodos que compõem o ciclo da vida dos seres humanos, os quais sofrem influências culturais, sociais e históricas. Basicamente três são os princípios utilizados pelas sociedades para organizar os ciclos da vida: a idade cronológica, a idade geracional e os níveis de maturidade. Segundo Debert (1994), o processo de agrupar pessoas em função de sua geração é totalmente distinto de agrupar pessoas em função do estágio de maturidade ou da idade cronológica.

A idade cronológica é baseada em um sistema de datação; surgiu nas sociedades modernas, prevalecendo nas culturas ocidentais. É um mecanismo básico de atribuição de status (maioridade legal), de definição de papéis ocupacionais (entrada no mercado de trabalho), de formulação de demandas sociais (direito à aposentadoria), etc. A idade cronológica só tem relevância quando o quadro político-jurídico ganha precedência sobre as relações familiares e de parentesco para determinar a cidadania (DEBERT, 1994).

Os estágios de maturidade, por sua vez, são observados com mais frequência nas estruturas sociais não ocidentais, em que são consideradas as capacidades dos indivíduos de realizarem certas tarefas. Vale destacar que a validação cultural desses estágios é feita mediante uma autorização para o exercício das práticas como casar, caçar, participar do conselho dos velhos - sendo que o ritual de passagem para o outro estágio é definido, majoritariamente, pelos mais velhos que fazem parte destas sociedades.

A idade geracional pode ter como referência a estrutura familiar, em que um pai é um pai, um irmão é um irmão independentemente de sua idade cronológica ou estágio de maturidade; como pode também implicar um conjunto de mudanças que impõem singularidades de costumes e comportamentos a determinadas gerações. Daí falar-se, por exemplo, em geração do pós-guerra, da televisão, de 68. A geração não se refere às pessoas que compartilham a idade, mas que vivenciaram determinados eventos que definem trajetórias passadas e futuras (DEBERT, 1994).

Dessa forma, retomando a questão de que as sociedades adotam princípios diversos para periodizar o ciclo da vida dos indivíduos, faz-se necessário apresentar características básicas desse processo nas sociedades pré-modernas, modernas e pós-modernas.

Nas sociedades pré-modernas, a periodização da vida fundamentava-se nos princípios de geração e tradição, e o curso da vida não apresentava estágios muito diferenciados; o *status* social era mais significativo do que a grade etária. É ilustrativo o exemplo do rei Luís XIV que, mesmo quando criança, era tratado como adulto e detinha poder, enquanto um escravo, independente de sua idade cronológica, não conseguia durante toda sua vida sair da infância: era classificado como dependente, tido como ser inferior (FEATHERSTONE,1998). Aires (1991) ilustra essa fase ao descrever que a infância foi uma categoria criada a partir do século XIII, desenvolvendo-se gradativamente ao longo dos séculos, momento em que as crianças passam a ser separadas do mundo dos adultos, deixando de ser tratadas, vestidas, de trabalhar e de sofrer punições como eles.

Nas sociedades modernas, por sua vez, as vidas são periodizadas por meio da definição de grades etárias. Essas sociedades caracterizam-se pelo processo de industrialização, urbanização e administração pública da vida das pessoas, em que seus corpos passam a ser controlados e administrados. Além disso, os estágios da vida são claramente demarcados pelas idades cronológicas. Iniciam-se assim os registros de nascimentos, mortes e de doenças. Segundo Foucault (1993), os corpos começam a ser registrados e conseqüentemente disciplinados. Para Featherstone (1998, p. 12), "a partir do desenvolvimento da modernidade, possuímos uma formação cronológica do curso da vida, embutida de modo muito forte em nossa percepção".

Nas sociedades ocidentais de uma maneira geral, em particular na brasileira, são normatizadas as idades para o ser humano entrar na escola, assistir a determinados filmes, espetáculos teatrais, dirigir automóveis, possuir título de eleitor, responder a processos criminais, enfim, a sociedade disciplina os corpos, controlando cronologicamente as fases da vida dos indivíduos. Nesta sequência de raciocínio, tem-se o que a OMS convencionou para países do Terceiro Mundo: o corte de 60 anos de idade como delimitador da velhice (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984), também adotado pelo governo brasileiro na Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994). Apesar disso, vários

direitos conquistados pelos idosos no Brasil têm o recorte etário de 65 anos; cite-se como exemplo a garantia da gratuidade dos transportes coletivos urbanos e a assistência geriátrica e gerontológica prestada em parcela significativa dos Serviços Públicos de Saúde. O voto facultativo e a aposentadoria compulsória dos servidores públicos civis ocorrem quando estes completam setenta anos de idade (BRASIL, 1988); o Estado fixa ainda a idade em que o trabalhador tem direito a uma aposentadoria; os empregadores, por sua vez, definem a idade de exclusão dos trabalhadores do mercado de trabalho e uma vez despedidos não conseguem mais se reinserir na economia formal dado o fator etário.

Essa manipulação das categorias etárias nas sociedades modernas é arbitrária e traz no seu bojo uma verdadeira luta política, em que o que está em jogo é a redefinição dos poderes ligados a grupos sociais distintos em diferentes momentos do ciclo de vida (DEBERT, 1994).

Atualmente vive-se um período de transição entre a modernidade e a pós-modernidade no que diz respeito à compreensão do curso da vida e as fronteiras entre as idades, em que se observa uma maior flexibilidade e variedade entre as faixas etárias, implicando diversidades de hábitos e estilos de vida. Quanto às pessoas mais velhas, diferentes padrões ou modelos de velhice e envelhecimento são estabelecidos e convivem simultaneamente na sociedade, prevalecendo o pensamento de que a idade não é um indicador de normas de comportamento e estilos de vida. Também as doenças físicas e o declínio mental deixam de ser características desta faixa etária, visto que podem acometer pessoas das mais diversas idades. Desse modo, assiste-se nas sociedades pós-modernas à descronolização geral do curso da vida.

No entanto, por mais que a vida seja social e culturalmente construída de diversos modos, a finitude do ser é expressa pelas perdas corpóreas, que são diferentes nos corpos dos homens e das mulheres, dos explorados e dos exploradores. A integridade física e psíquica do corpo representada pela capacidade de autonomia do ser humano no desenvolvimento de habilidades cognitivas, controles fisiológicos do organismo e controles emocionais é o marco delimitador entre o processo de envelhecimento saudável e doente, além do que, a perda desses controles e capacidades leva à estigmatização das pessoas idosas.

Beauvoir (1990) descreve que "a velhice aparece mais claramente para os outros, do que para o próprio sujeito; ela é um novo estado de equilíbrio biológico: se a adaptação se opera sem choques, o indivíduo que envelhece não a percebe".

No Brasil, a atenção ao idoso permaneceu articulada à saúde e à previdência social por um longo período de tempo. Nesse percurso, a velhice aparecia como doença e não na perspectiva da promoção do envelhecimento saudável, bem como se considerava a aplicação de recursos financeiros em políticas públicas sociais para o idoso como gasto e não como investimento social.

Nesse sentido, algumas das explicações se devem ao acelerado processo de transição demográfica e epidemiológica no Brasil, com o aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa e uma organização do sistema de atenção, quer de assistência à saúde, quer de assistência social, construída para o segmento materno-infantil. O rápido envelhecimento populacional, que acontece a partir dos anos 1960, acarreta novas demandas e a necessidade de a sociedade civil se organizar em torno dos idosos, buscando novas formas de políticas públicas que atendam a essas novas demandas.

Por quase vinte anos, no Brasil, a sociedade civil organizada, as sociedades científicas e os órgãos de classe lutaram pela conquista de uma Política Nacional do Idoso, estabelecida em lei, que definisse com maior clareza os seguintes pressupostos, diretrizes e ações:

- O que é ser idoso.
- O sistema de seguridade social voltado para essa população.
- A forma de gestão pública e privada.
- O processo de descentralização das ações.
- A corresponsabilidade das três esferas de governo.
- A meta, o alcance social e a natureza dos investimentos em benefícios, serviços e programas que devem compor a Política Nacional do Idoso e um sistema de seguridade social.
- O papel da pessoa idosa, da família e da sociedade na busca de um envelhecimento saudável.
- O papel dos órgãos de estudo e de pesquisa para orientar as tomadas de decisão política, para operar políticas sociais em face do desafio do crescimento demográfico no país.

- A competência dos poderes executivo, legislativo e judiciário.

Em 1982, houve uma assembleia mundial sobre envelhecimento realizada em Viena na Áustria, em que se instituiu pela ONU o dia 1º de outubro como o dia internacional das pessoas idosas, a fim de qualificar a vida dos mais velhos, através da saúde e da integração social.

Impulsionados pelo crescimento mundial de idosos e pela tendência de crescimento desta faixa etária no Brasil, foi instituída, através da Lei nº 8.842/94, a Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. A PNI envolve diversos aspectos relacionados à velhice e considera como idoso todos os que compõem a população de 60 anos e mais (CURIONI; PEREIRA; VERAS, 2003). Constitui-se importante instrumento para o setor da saúde, sendo responsável pela construção de políticas voltadas para a atenção à saúde dessa população, assegurando os direitos sociais dessa categoria, bem como criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (BRASIL, 1994).

No Maranhão, a Lei nº 6.835, de 14 de novembro de 1996, cria o Conselho Estadual do Idoso que tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade, além de definir, acompanhar e avaliar a política estadual do idoso.

Para Ramos (2003), no que concerne a cidade de São Luís, os idosos já têm assegurados na legislação muitos direitos, destacando-se:

- Carta de São Luís em Defesa das Pessoas Portadoras de Deficiências e Idosas, que data de 1999;
- Lei nº 3.120/91, alterada pela Lei nº 3.332/94, que torna obrigatória nos ônibus de São Luís a reserva dos dois ou três assentos, os mais próximos à porta de entrada, para deficientes físicos, idosos e grávidas, garantindo-se sua saída pela mesma via de acesso;
- Lei nº 3.341/94, alterada pela Lei nº 3.480/96, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos estabelecimentos bancários de São Luís destinarem um caixa especial para o atendimento prioritário à gestante, ao idoso e ao portador de deficiência;

- Lei nº 3.395/95, que institui no âmbito do município de São Luís a "Semana do Idoso";
- Lei nº 3.396/95 determina que, nas praças públicas de São Luís, sejam implantados espaços de lazer para idosos;
- Lei nº 3.397/95, alterada pela Lei nº 4.137, dispõe sobre o Conselho Municipal de Proteção ao Idoso de São Luís;
- Lei nº 3.446/96 torna obrigatória a prioridade no atendimento às pessoas portadoras de deficiências, crianças, gestantes e sexagenários, nos serviços de assistência médica ambulatorial e de pronto atendimento da Rede Pública Municipal de Saúde e conveniados do Sistema SUS;
- Lei nº 3.843/99 estabelece a concessão de meia-entrada a idosos nos cinemas de São Luís;
- Lei 3.898/00 dispõe sobre o Programa Preventivo contra a Osteoporose;
- Lei 4.029/02 estabelece prioridade ao idoso, no atendimento dos serviços públicos;
- Lei nº 47/02 dispõe sobre a instalação do Programa de Imunização ao Idoso;
- Lei nº 70/02 dispõe sobre a criação de um serviço de Geriatria em cada Unidade Mista e/ou Ambulatorial no município de São Luís;
- Lei nº 087/02 cria o Programa Municipal de atendimento não asilar ao idoso;
- Lei nº 100/02 determina a reserva de vagas prioritárias para idosos nos estacionamentos públicos e privados do município de São Luís;
- Lei nº 122/02 assegura a presença de um acompanhante a todos os idosos internados em hospitais e clínicas de São Luís;
- Lei nº 123/02 cria um Programa de Atenção à Saúde Oral do idoso no município de São Luís;
- Lei nº 124/02 dispõe sobre a inclusão nos currículos das Instituições de Educação Básica de conteúdos voltados para o respeito e a valorização do idoso.

Em atenção à fragilidade própria dos idosos, no ano de 2003 foi criada, em nível nacional, a Lei nº 10.741/2003, que trata do Estatuto do Idoso e garante que seus direitos sejam respeitados. Dentre estes: não ficar em filas; não pagar passagem de transportes públicos; descontos em atividades de cultura, esporte e lazer; aquisição de medicamentos gratuitos nos postos de saúde e vagas de estacionamento.

Assim, em atendimento ao que determina esse Estatuto, foi implantada em São Luís, em 2005, a Promotoria Especializada dos Direitos dos Cidadãos Portadores de Deficiência e Idosos, atualmente sob a coordenação do Promotor Paulo Roberto Barbosa Ramos.

Vale salientar, porém, que, apesar dos dados e informações aqui relacionados, os quais denotam não apenas a trajetória, mas também as conquistas relativas aos direitos das pessoas idosas, infere-se que o envelhecer é um aspecto complexo, visto não se poder concebê-lo distante dos fatores, quer sejam os de natureza biológica, psicológica, sociológica, cultural ou espiritual, quer sejam os que interferem durante todo o trajeto percorrido pelo ser humano no tempo de sua vida. Ou seja, o envelhecimento humano só é compreendido na sua totalidade à luz da mediação teórica entre várias áreas do conhecimento humano e precisa ser visualizado nas esferas do indivíduo e da sociedade e nas perspectivas analíticas de gênero, geração, classe social e etnia. É um processo contínuo e finito, em que a imagem do corpo tem uma significância fundamental e a perda da autonomia (capacidade de tomar decisões) é o delimitador entre a saúde e a doença, responsável pela estigmatização dos idosos na sociedade.

2.2 Aspectos socioculturais da sexualidade e do envelhecimento

Sexualidade é um termo amplo e se refere à integração de impulsos biológicos e fisiológicos com o autoconceito e a expressão sexual. É uma necessidade básica do ser humano, cuja dinâmica e riqueza devem ser vividas plenamente; nasce, cresce e evolui com o ser humano, sendo por isso necessária para a realização plena, como pessoa, de todo indivíduo. O amor e o prazer que daí resultam não terminam com o envelhecimento.

Muitos mitos relacionados à sexualidade dos idosos são frequentes em nosso meio. Em uma sociedade com forte influência religiosa cristã, a expressão da

sexualidade é vista com muita culpa e vergonha. Muitos adultos continuam presos à necessidade primitiva e infantil de negar a seus pais uma vida sexual e restringi-los a papéis puramente paternos. Sexo na terceira idade é um assunto ainda muito difícil de ser abordado por grande parte das pessoas.

Entre os idosos também existe um grande pudor. Contatos íntimos (carícias, beijos) em público são raros. Não deixam escapar sinais de atividade sexual; preservam a sexualidade na privacidade. E, embora se saiba que a revolução sexual nos anos 60 determinou importantes mudanças no comportamento sexual da sociedade brasileira, por mais que pareçam ultrapassados os valores morais, sociais e sexuais de nossos idosos, estes ainda estão vivos dentro deles e devem ser respeitados.

Fraiman (1994) afirma que, para compreender a sexualidade dos idosos, é necessário entender que eles foram criados sob normas de condutas morais, sociais e sexuais extremamente rígidas e diferentes das que orientam o comportamento dos jovens atuais.

Para compreender a sexualidade do idoso, é preciso levar em conta que o comportamento sexual é definido por princípios culturais, religiosos e educacionais. Estes valores influenciam intensamente o desenvolvimento sexual, determinando como se irá vivenciá-lo e lidar com ele por toda a vida. Dessa forma, o bem-estar do idoso é resultado do equilíbrio entre as diversas dimensões da sua capacidade funcional e social. Assim, quanto mais ativo o idoso, maior sua satisfação, conseqüentemente melhor a sua qualidade de vida (CAETANO, 2008).

Ao estudar a sexualidade do idoso, surge uma sólida convicção: não se pode compreender a época contemporânea sem uma análise das profundas modificações ocorridas, nas sociedades do mundo inteiro, no último século. Uma sexualidade satisfatória na velhice não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade da interação entre pessoas em mudanças, vivendo numa sociedade em mudanças.

Dentre os autores estudados para a realização desta dissertação, houve um em especial que contextualiza com precisão e clareza questões históricas, comportamentais, sociais e culturais sobre a sexualidade dos idosos e do seu ciclo de vida. Portanto, a seguir, serão abordados estes aspectos baseados nos estudos de Fraiman (1994).

No início do século XX no Brasil havia pontos de encontro da juventude. Eram as quermesses das igrejas, as serenatas, as comemorações cívicas e festas nas ruas que os imigrantes faziam para preservar suas tradições. Lugares como as gafieiras e bailes de carnaval eram vedados às “moças de família”. Para aqueles homens que podiam, havia o teatro de revista que contribuía muito para a liberação da libido masculina, principalmente com o aparecimento do strip-tease importado dos cabarés franceses.

O namoro só ocorria com o consentimento do pai da moça e com a promessa do rapaz de desposá-la. O namoro acontecia dentro de casa sob a vista dos pais. Antes do noivado não era permitido ao casal ficar a sós. Havia muito medo, principalmente por parte das mulheres.

Não existia nenhum tipo de orientação sexual. Os pais não conversavam com seus filhos. Os homens aprendiam nas ruas e as mulheres buscavam conselhos e orientações com as tias, vizinhas mais esclarecidas ou amigas que muitas vezes sabiam tanto quanto elas. Esperava-se que o homem, quando adulto, já estivesse preparado para a vida sexual e cabia à mulher ser ensinada pelo seu homem. Ela tinha a expectativa que ele conhecesse tudo nessa área e que soubesse seduzi-la; o problema é que ele ou não tinha ou tinha tido poucas experiências sexuais antes do casamento. A grande maioria tinha se iniciado com prostitutas.

A mulher deveria ser discreta e recatada durante a vida conjugal. O sexo deveria ser praticado no escuro. A visualização do próprio corpo era para algumas mulheres considerada pecado. As “moças de família” eram totalmente inexperientes em matéria de sexo.

Havia, entretanto, antes do casamento, outras formas de práticas sexuais que já eram frequentes na época. O *coitus interfemures* (gozar nas coxas), assim como o sexo anal eram encarados como formas de fazer sexo sem risco de gravidez, embora nessa época tenham sido registrados casos de gravidez em mulheres virgens, prontamente associados ao *coitus interfemures*.

A perda da virgindade antes do casamento era temida não só pela “moça de família”, como também pelo noivo. A honra da família (mas não a honra da moça como pessoa) seria resgatada pelo casamento. O pai da moça se sentia traído por ambos. Caso não ocorresse o casamento, a moça poderia ser expulsa de casa ou ter a sorte de algum homem extremamente generoso aceitá-la como esposa.

A ideia dominante na época é que o sexo era algo sujo e sem-vergonha, que era a maneira de o homem submeter a mulher aos seus caprichos. Após o ato sexual, o homem era tomado por escrúpulos, o que gerava muita culpa. Dizia que procurava sua mulher só para se aliviar ou para "fazer a sua higiene".

A masturbação, embora muito frequente nos homens, era vista como pecado. Diziam que poderia levar o seu praticante à loucura ou esgotar o sêmen como consequentes problemas futuros em relação à fertilidade, ou até mesmo causar impotência. Nesse sentido, no que se refere à mulher, tocar seu corpo era simplesmente intolerável.

A traição conjugal por parte do marido não era motivo para a separação. Por sinal era muito comum alguns homens terem suas amantes, mesmo com o conhecimento de suas esposas. O que importava é que eles não deixassem faltar nada em casa e fossem discretos para não as humilharem.

Muitas senhoras que gostavam de seus maridos e de manter relações sexuais com eles admitem, apenas hoje, nunca terem conseguido atingir o orgasmo. Limitavam-se ao prazer de agradar o marido fingindo e assim cumprindo o seu papel de boa esposa.

Por séculos as mulheres continuaram caladas, com medo e vergonha de exporem seus desejos, gostos e necessidades. A história continuava a ser escrita pelos homens e para os homens, mas grandes mudanças sociais estavam para acontecer, o que proporcionou profundas transformações no comportamento sexual.

A Segunda Guerra Mundial trouxe transformações significativas no comportamento social em todo o mundo. Os homens foram à guerra, e as mulheres tiveram que assumir papéis que até então eram especificamente masculinos. A mulher vai para as ruas. Seu ingresso no mercado de trabalho é decisivo e ajuda a despertar a mobilização em torno da busca de direitos sociais iguais aos dos homens.

As mudanças começavam a aparecer já na literatura, no teatro, rádio e principalmente no cinema. Os filmes mostravam que o romantismo estava em moda. As mulheres adoravam Rodolfo Valentino, um verdadeiro cavalheiro com suas mulheres, embora também admirassem a sedutora Marlene Dietrich, a mais perfeita tradução de "mulher fatal" da época. A busca do companheiro ideal continha agora outros impedimentos e não mais aqueles apreendidos pela geração que hoje está na terceira idade.

A partir da década de 50 e, sobretudo na de 60, do século XX, com o aparecimento da pílula anticoncepcional, as escolhas sexuais puderam ser mais livres. Começava ali a grande separação entre sexo recreativo e sexo reprodutivo. O prazer começou a ganhar mais espaço na vida das pessoas. Movimentos contestatórios promoviam a derrubada dos antigos valores sociais, e os jovens agora passavam a participar mais nas decisões da sociedade. A ordem social e a manutenção do poder até então vigentes enfrentavam agora movimentos da contracultura (hippie, estudantis, feministas, e outros). A rígida moral vigente começava a desmoronar.

Vitiello (1995) acredita que a urbanização acelerada, o crescimento das cidades e a participação dos meios de comunicação de massa na transmissão de novos valores sociais contribuíram enormemente para o aparecimento de novos padrões de atividade sexual. A mulher, como propriedade do homem, rendia-se agora à mulher liberada que faz sexo quando e com quem quiser.

Diante do exposto, não é difícil perceber que todos esses acontecimentos tiveram grande influência na sexualidade de nossos idosos e que esta é construída culturalmente e assume diversas formas de acordo com as culturas e com a trajetória pessoal. Sendo assim, o exercício da sexualidade em indivíduos idosos é normal, e o preconceito, a discriminação e o desconhecimento fazem com que a sexualidade desse grupo etário seja vista como imoral ou inadequada até pelos próprios idosos (BRASIL, 2006a).

Somente na década de 60, a partir dos estudos de Masters e Johnson, é que se começa a desmistificar o estereótipo da velhice assexuada. Os prazeres da sexualidade e do sexo, até então, estariam reservados apenas ao tipo físico da beleza jovem, saudável e perfeita. No entanto, as mudanças nos padrões de comportamento no século XX foram intensas.

Estudar a sexualidade do idoso não é tarefa fácil no Brasil. A bibliografia nacional é escassa e a estrangeira leva-nos a uma conversão de aspectos básicos de caráter histórico-cultural. Sabe-se porém, que a sexualidade está presente nos idosos e que quando não reprimida pode ser vivenciada plenamente.

Até bem pouco tempo parecia impossível uma pessoa acima de 60 anos ser sexualmente ativa, pois era considerada velha para tal. Hoje, com os avanços da medicina e o aumento da expectativa de vida, a realidade é outra. Acredita-se, cada

vez mais, que a sexualidade não esteja vinculada à idade cronológica e pode ser exercida pelo chamado idoso, sem necessidade de abstinência (SOUZA, 2009).

Segundo Mattos e Nakamura (2007), a atividade sexual em qualquer idade é demonstração de um estado de boa saúde, tanto física quanto mental; estes são uns dos aspectos da sexualidade mais importantes no processo de envelhecimento.

Para Cançado (1994), a vivência da sexualidade no envelhecimento nada mais é do que a continuação de um processo iniciado na infância. São as alegrias, culpas, vergonhas e repressões de cada um, associadas às modificações fisiológicas e anatômicas que a idade impõe que determinam o comportamento sexual do idoso.

Carrega-se uma herança muito grande quanto ao desconhecimento da sexualidade das pessoas idosas, exatamente porque muitos consideram que depois de determinada idade não faz sentido imaginá-las sexualmente. Desde criança, aprende-se a valorizar a juventude, e assim começa-se a tomar conhecimento dos instintos sexuais, suas possibilidades, sensações e desejos; aprende-se também a identificar o sexo como coisa suja, feia e pecaminosa.

As surpresas começam quando se descobre que sentimento e desejo não têm idade; já o sexo, na sua prática, embora possa ter algum comprometimento no desempenho, em geral pode ganhar em qualidade, com um prazer mais intenso e realizador.

Nossa cultura estimula uma atitude negativa sobre a sexualidade do idoso levando-o, muitas vezes, a se distanciar e esquecer seu próprio corpo, a suprimir sua sexualidade e, principalmente, assumir papéis impostos pela sociedade. (REIS, 2004).

Para Netto (2001), o interesse sexual dos idosos é mais amplo do que se pensa e do quanto eles mesmos pensam. Acontece, porém, que existe o mito da velhice assexuada, o que reforça a imagem de que expressar a sexualidade com naturalidade é um desvio em pessoas na terceira idade. A mulher idosa que demonstra abertamente interesse sexual é considerada “assanhada”, e o homem, “tarado”.

A dificuldade de aceitação da sexualidade de indivíduos idosos está muito ligada ao estereótipo de sexualidade vinculado pela mídia e incorporado no inconsciente coletivo. Esse estereótipo restringe a idade de 18 a 45 anos e o tipo

físico da beleza jovem, saudável e perfeita, como os únicos capazes de desfrutar dos prazeres da sexualidade e do sexo (CANÇADO, 1994).

Nesta mesma linha de pensamento, Favarato et al. (2000) consideram que a sexualidade, além de receber influências dos fatores anatômicos e fisiológicos, também sobre ela incidem os fatores de ordem psicossocial e cultural, os relacionamentos interpessoais e as experiências de vida. Beauvoir (1990) descreve a pressão de opinião da sociedade como barreira para a pessoa idosa, tornando-a dependente desta opinião, fazendo o idoso interiorizar as obrigações de decência e castidade impostas pela sociedade. Acrescenta ainda que em decorrência disto, o idoso defende-se das pulsões sexuais, a ponto de rechaçá-las para o inconsciente.

Portanto, a evolução da sexualidade humana em torno da sua concepção e de sua prática requer nos dias atuais medidas eficazes para sua compreensão, pois embora o tema envolva diversos mitos, há de se considerar que o maior acesso às informações aliadas à evolução da indústria farmacêutica leva à manutenção da atividade sexual neste grupo populacional.

Estudos de Masters e Johnson (1984) nos Estados Unidos da América (EUA) há aproximadamente três décadas, com um grupo experimental constituído de homens e mulheres idosos, entre 51-90 anos e 51-80 anos respectivamente, mostraram que a resposta sexual humana depende da manutenção da capacidade e desempenho sexual efetivo, oportunizando a regularidade da expressão sexual. Descreveram também que, para as mulheres, os fatores de ordem econômica e segurança social são indicativos importantes que se refletem nos seus anos de declínio e que a psique desempenha papel de destaque na determinação do impulso sexual.

No entanto, não se pode desconsiderar a forte influência que as mulheres idosas carregam em relação à educação conservadora e rígida acerca da sexualidade, o que as leva muitas vezes, por medo e constrangimento, a castrar-se dos sentimentos em relação ao desejo sexual. Assim, a maioria volta-se para a família, cuida dos netos ou se envolve em atividades religiosas (NEGREIROS, 2004).

Os homens idosos do estudo, segundo Masters e Johnson (1984), indubitavelmente encontraram uma responsividade sexual decrescida com o envelhecimento. Se esta não sofre estímulos, pode ser perdida. A capacidade e o

desempenho sexual do homem idoso variaram de indivíduo para indivíduo e de tempo para tempo.

O fator mais importante para a manutenção da sexualidade efetiva no homem idoso, ainda segundo esse estudo, foi a constância da expressão sexual ativa; no entanto, foi influenciada por agravos de ordem aguda ou crônica ou pela involução fisiológica geral de todo o corpo. Em suma, o bem-estar físico e mental quanto ao processo de envelhecimento podem levar a um clima estimulante sexual, melhorando as tensões sexuais, culminando em melhoria do desempenho sexual, que pode estender-se até a faixa dos 80 anos ou mais.

Parece que o surgimento nos anos 90 de medicamentos para as disfunções eréteis vieram “proteger” e “tratar” os homens com este tipo de problema. Assim, os progressos da medicina diminuem as barreiras biológicas que vinham dificultando a manutenção da atividade sexual do homem idoso (VASCONCELLOS et al., 2004).

A abordagem anterior nos aponta subsídios para enfrentar um mito valoroso em relação ao comportamento humano, à sexualidade, que se encontra cercada de multifacetadas que nos impelem a posicionamentos preconceituosos. Talvez porque a sexualidade seja a única função fisiológica que implica um comportamento ao qual se atribuem valores morais.

Sabe-se que a atividade sexual humana depende das características físicas, psicológicas e biográficas do indivíduo, da existência de um (a) companheiro (a) e de suas características, dependendo também do contexto sociocultural em que se insere o indivíduo idoso (BALLONE, 2001).

Nessa perspectiva, Santos (2003), em seu trabalho “Histórias das Experiências Sexuais de Idosos”, revela a riqueza da sexualidade nesta faixa etária, em virtude das suas formas de expressão e busca pelo prazer, levando-nos a acreditar que a capacidade de viver o amor não se esgota com a idade, mas se recria.

De acordo com Caetano (2008), na terceira idade a frequência das atividades sexuais é menor e menos intensa, porém mais sensível. Passa-se do domínio essencialmente físico para um domínio mais afetivo. Nesta mesma linha de pensamento Catusso (2005) afirma que a sexualidade em indivíduos idosos não se refere somente ao ato sexual em si, mas à troca de afeto, carinho, companheirismo, vaidade e cuidado corporal.

Silva (2003) descreve que o sexo para as pessoas idosas pode provar que seus corpos ainda são ativos e capazes de funcionar bem e causar prazer a ambos.

Atualmente, são muitos os fatores que estimulam o prolongamento da atividade sexual desse grupo populacional: maior expectativa de vida saudável, incremento da vida social e, conseqüentemente, da vida sexual, em decorrência de novas drogas para a disfunção erétil, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas estéticas, os exames preventivos de câncer de próstata e câncer de colo de útero, fazendo com que homens e mulheres frequentem mais os serviços de saúde. A crescente difusão da prática de exercícios físicos (musculação, hidroginástica, yoga, etc.), turismo direcionado para esse segmento, entre outros recursos, vem permitindo que os homens e as mulheres idosos prolonguem ainda mais o exercício de sua sexualidade (BRASIL, 2006a).

No Brasil, um estudo conduzido entre 2001 e 2002 acerca de atitudes e comportamentos sexuais entre homens e mulheres de 60 a 80 anos mostrou que 92,6% dos homens e 58,3% das mulheres referiram alguma atividade sexual no ano que precedeu a entrevista. Entre os homens, a ejaculação precoce foi encontrada como o problema sexual mais comum (30,3%), seguido por incapacidade de alcançar orgasmo (14,0%), dificuldade de ereção (13,1%) e a falta de interesse sexual (7,8%); enquanto nas mulheres, os problemas foram principalmente a dificuldade de lubrificação (23,4%) e falta de interesse sexual (22,7%) (MOREIRA JÚNIOR et al., 2005).

Estudos mostram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. A identificação de disfunção nessa área pode ser indicativa de problemas psicológicos, fisiológicos ou ambos, mas muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação (BRASIL, 2006b).

Diante dos dados, percebe-se que os idosos não estão excluídos da possibilidade de aquisição de doenças veiculadas pelo sexo, visto a significativa proporção de homens e mulheres que permanecem sexualmente ativos, pois a sexualidade como interação física e íntima tem comportamento vitalício e desenvolvimentos evolutivos que vão desde o nascimento até a morte (VASCONCELOS; ALVES; MOURA, 2001).

Nesse contexto, vale ressaltar outra vertente em relação à sexualidade e ao envelhecimento: muitos profissionais de saúde menosprezam a sexualidade do idoso e deixam de perguntar, na anamnese, sobre suas práticas sexuais, como se esse tópico não fosse importante, ou como se tais práticas não existissem nessa faixa etária.

Diante da conjuntura atual, é notável a importância do profissional de saúde na assistência ao idoso, expondo informações esclarecedoras sobre sua sexualidade através do estabelecimento de vínculo com ele. Assim, torna-se fundamental a necessidade de se estabelecer uma relação de confiança para que o idoso relate suas dúvidas e medo.

No exercício do profissional de saúde, a abordagem do binômio saúde-doença é quase uma constante. Nesse sentido, a sexualidade, como necessidade humana básica, deve ser considerada nas intervenções com os idosos, quer na saúde, quer na doença (CAPODIECI, 2006).

2.3 Envelhecimento e vulnerabilidade

O conceito de “vulnerabilidade” foi desenvolvido por Mann e Cols, em 1992, ao estabelecerem padrões de referência para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Para tanto, eles desenharam um mapa mundial das situações e contextos de vulnerabilidade, considerando a dinâmica da pandemia através da resposta específica das comunidades locais e global ao HIV/AIDS (SOUZA, 2001).

A fim de analisar as diversas situações em todo o mundo frente ao HIV/AIDS, foram definidos três planos interdependentes para mensurar a vulnerabilidade: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática. Inicialmente esses três planos eram avaliados por meio de escores e modelos quantitativos que reafirmavam a possibilidade de um indivíduo ou grupo se contaminar pelo HIV e que estaria vinculada a índices de baixa, média e alta vulnerabilidade (SOUZA, 2001). Contudo, alguns anos depois, Mann e Cols retomam de modo mais amplo a questão da vulnerabilidade ao HIV/AIDS, substituindo o extenso espaço ocupado pelos indicadores socioeconômicos por uma ênfase nos direitos humanos.

Sendo assim, a Declaração Universal dos Direitos Humanos é tomada como critério para avaliar situações individuais e a situação global da epidemia

contribuindo para a realização de diagnósticos de vulnerabilidade, definição de objetivos e estratégias para sua redução. Nessa perspectiva, a vulnerabilidade designa indivíduos ou grupos fragilizados jurídica ou politicamente na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania.

Como citado anteriormente, a vulnerabilidade envolve os planos biológico/individual, social e programático/institucional, considerados como um todo indivisível.

A vulnerabilidade individual envolve tanto a dimensão cognitiva quanto a comportamental, estando, dessa forma, associada às informações sobre a doença, percepção de risco, valores e crenças que determinarão as formas de prevenir a contaminação e a possibilidade de execução de práticas seguras (AYRES et al., 2003).

Entretanto, para além de uma análise subjetiva, a vulnerabilidade individual também se estende às características biológicas. Dessa forma, as mulheres se mostram mais suscetíveis à contaminação pelo HIV do que os homens, pois, além do sêmen apresentar maior concentração de HIV, a superfície vaginal é relativamente extensa (SILVEIRA et al., 2002).

Um dos motivos que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos é o modelo ideológico relacionado à AIDS que a representa como sendo uma “doença do outro”, que, possivelmente, está vinculada a um grupo de risco (PAULILO; JEOLÁS, 2005). Este modo de pensar faz com que muitas pessoas se sintam invulneráveis à contaminação pelo HIV não aderindo a práticas de sexo seguro. O fato de ser entendida como uma doença “dos outros” serve como justificativa para não se sentir vulnerável, nem ter interesse em receber informações. Silveira et al. (2002, p. 94) acrescentam que “indivíduos que não se sentem vulneráveis a uma doença não costumam aceitar as medidas preventivas recomendadas”.

Um estudo sobre autopercepção de vulnerabilidades à AIDS com mulheres constatou que 64% consideram “impossível” ou “quase impossível” contrair a doença (SILVEIRA et al., 2002).

Lima (2003) sinaliza que a dificuldade em perceber-se vulnerável à infecção pelo HIV geralmente advém da confiança no parceiro, na paixão e no amor. Tomados por estes sentimentos, muitos indivíduos, ainda que informados sobre os meios de transmissão e prevenção da AIDS, dispensam o uso do preservativo e se expõem ao risco de contrair o HIV.

Uma pesquisa envolvendo pessoas idosas concluiu que estas, mesmo possuindo um certo nível de conhecimento sobre os meios de transmissão e prevenção da AIDS, não utilizam o preservativo (SILVA, 2002). Esse resultado comprova que o nível de informação, analisado isoladamente, não determina uma maior ou menor vulnerabilidade, reforçando a importância de se considerarem os aspectos subjetivos concomitantemente.

Embora a vulnerabilidade de indivíduos e coletividades esteja atrelada a características pessoais de magnitudes distintas, não se pode perder de vista a influência dos fatores sociais na determinação de uma maior probabilidade ao HIV/AIDS. Partindo dessa premissa, uma abordagem mais detalhada sobre a vulnerabilidade social se faz necessária.

A vulnerabilidade social tem uma forte influência tanto na vulnerabilidade individual quanto na programática, pois valoriza o impacto socioeconômico provocado pela AIDS e as construções sociais que interferem na vulnerabilidade dos indivíduos. Dessa forma, são relevantes a situação socioeconômica, as relações de gênero e geracionais, os valores culturais e outros que possibilitem o acesso do indivíduo às condições capazes de reduzir sua vulnerabilidade (SANCHES, 2006).

No Brasil, cerca de 86% dos idosos têm um rendimento nominal mensal de um salário mínimo (IBGE, 2009). Diante dessas cifras, torna-se evidente a situação de pobreza na qual se insere grande parcela dos indivíduos nesta faixa etária. Esta situação de vulnerabilidade social implica dificuldades de acesso a meios de informação, saúde e outros indicadores importantes.

É válido também salientar que 82% dos idosos no Brasil não são alfabetizados (IBGE, 2009), o que, além de dificultar o acesso às informações essenciais sobre a AIDS (como formas de transmissão e prevenção), aumenta ainda mais a vulnerabilidade dessa camada social menos favorecida.

Contudo, a vulnerabilidade social não se restringe apenas ao aspecto negativo dos indicadores socioeconômicos, as relações de gênero também são relevantes nesta temática por serem consideradas construções sociais e por repercutirem na saúde. Para Ayres et al. (2003, p. 81), a definição de gênero baseia-se na conexão integral entre duas proposições: “[1] gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e [2] o gênero é uma forma primeira de significar as formas de poder”.

Estudos têm demonstrado que a cultura sexual que rege o comportamento de homens e mulheres é um dos fatores que dificultam conter a epidemia da AIDS. Afinal, no momento em que são definidos os roteiros “próprio do homem” e “próprio da mulher”, ambos se tornam mais vulneráveis (PAIVA et al.,1998).

De acordo com estes mesmos autores, a cultura machista e latina contribuem negativamente para a vulnerabilidade dos homens porque reforça o caráter impulsivo e necessário com que o sexo deve se apresentar para que os homens possam provar sua masculinidade e virilidade, como também pelo fato da não utilização do preservativo “para não atrapalhar o prazer e pôr em risco sua reputação sexual”. Além disso, eles têm dificuldade de verbalizar suas necessidades de saúde, pois,em seu imaginário,isso pode significar demonstração de fraqueza e feminilidade (FIGUEIREDO, 2005).

No que diz respeito às mulheres, as relações desiguais de poder e a dependência econômica, principalmente nos países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas (SILVEIRA et al., 2002). Soma-se a isso, o fato de não se perceberem vulneráveis principalmente quando cumprem o papel que socialmente se espera delas: monogamia e dedicação ao trabalho doméstico.Na maioria das vezes, priorizam o cuidado à família antes de cuidar de si e não conseguem negociar sexo seguro com o parceiro (PAIVA et al.,1998).

Entretanto, é relevante enfatizar que muitas mulheres se recusam a exigir o uso do preservativo por questões religiosas ou simplesmente para não pôr em discussão a confiança conjugal, pois, como assinala Silva (2002), o uso do preservativo masculino nas relações estáveis leva a uma situação de desconfiança entre o casal, por funcionar como um elemento questionador da fidelidade, sentimento importante, definidor e idealizador do casamento.

Assim, além dos entraves na prevenção, ocasionados pelas construções de gênero, deve-se considerar que o preconceito geracional constitui-se uma importante barreira que afeta diretamente a vulnerabilidade ao HIV/AIDS, já que alguns indivíduos mais jovens consideram que o sexo é uma atividade exclusiva da juventude, ou que o avançar da idade encerra as atividades sexuais.Dessa maneira, torna-se importante considerar e respeitar a vida sexual dos idosos como ferramenta para conter a crescente contaminação dessa população pelo HIV.

O preconceito geracional torna-se evidente no depoimento de uma idosa de 61 anos, soropositiva, ao narrar: “eu e meu marido vamos à farmácia comprar preservativo e os vendedores riem da gente, fazem brincadeiras ofensivas, uma coisa totalmente desnecessária.” (IWASSO, 2005, p. 18). Atitudes como esta dificultam a existência de relacionamentos construtivos, para a prevenção da AIDS entre pessoas de gerações distintas, muitas vezes intimidando os indivíduos com mais idade a não adotarem práticas de sexo seguro e a não se perceberem vulneráveis à contaminação pelo HIV.

A vulnerabilidade programática diz respeito também às contribuições dos programas de HIV/AIDS na redução da vulnerabilidade pessoal e social. Para Ayres et al. (2003), ela se estende ao acesso aos serviços de saúde, qualidade da atenção, implantação e implementação de programas de combate à AIDS e outros desta natureza, que propiciam a existência de contextos sociais favorecedores à adoção de medidas de proteção.

Além das implicações das relações sociais e da situação socioeconômica na vulnerabilidade dos idosos ao HIV, o desenvolvimento de ações institucionais voltadas a essa epidemia também determinam uma maior ou menor probabilidade de adoecimento ou morte pelo HIV/AIDS influenciando na vulnerabilidade programática.

O plano programático engloba, portanto, o acesso e a forma de organização dos programas de saúde. Inclui, ainda, programas voltados à prevenção, à assistência e ao controle. Seu planejamento e execução ocorrem em níveis nacional, regional ou local, e os seus executores são os governos municipais, estaduais e federal, ou até mesmo as organizações não governamentais. Desse modo, a vulnerabilidade programática reporta-se aos recursos sociais de que as pessoas necessitam para não se exporem aos agravos e se protegerem de seus danos.

Em 2001, com o aumento dos casos de infecção pelo HIV entre os idosos, o Ministério da Saúde incluiu esta população nos programas de prevenção das DST's/AIDS e traçou estratégias de distribuição de preservativos femininos e masculinos para este público (BRASIL, 2001).

Em 2005, o então Programa Nacional de DST/AIDS e a Coordenação de Saúde do Idoso, ambos vinculados ao Ministério da Saúde, firmaram uma parceria e elaboraram diretrizes que foram enviadas como referência aos programas estaduais

e municipais de combate à AIDS. O objetivo era incluir pessoas idosas entre os grupos que precisam de atenção especial quanto à prevenção. Essa parceria previa a elaboração de folhetos explicativos, cartilhas, cartazes e campanhas publicitárias, que deveriam ser veiculadas na televisão e no rádio. Além disso, pretendia distribuir preservativos masculinos e femininos em programas voltados para a terceira idade e incluir a sorologia para o HIV nos procedimentos feitos nesta faixa etária (BRASIL, 2006a).

Por outro lado, a vulnerabilidade do idoso não pode ser vista de forma única em cada plano, mas como uma vulnerabilidade constituída desses três planos apresentados. Ainda não se conta com instrumentos que meçam o grau de vulnerabilidade do idoso, sendo este estudo uma oportunidade de teorizar sobre este novo enfoque a ser desvelado. Portanto, a abordagem acerca da vulnerabilidade pressupõe que a mudança não ocorra a partir da pessoa em relação ao outro e a seu entorno, mas que seja construída nas possibilidades de as pessoas estarem diante de outras, de modo a tornar a saúde de todos mais satisfatória.

Assim, conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais possibilita mobilizar profissionais e população civil, por meio de um processo educativo construtivista, para transformações sociais. Tais transformações devem ser alicerçadas nas relações intersetoriais e na ação comunicativa entre os sujeitos sociais. Daí, acredita-se na importância de diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente assistencial, de tratamento clínico e de reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e de ações de prevenção de doenças, bem como na promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva.

• 2.4 Envelhecimento e AIDS

A AIDS é uma doença infecto-contagiosa, tendo seu aparecimento datado no início da década de 1980 (SILVEIRA, 2002).

O HIV é um vírus pertencente à classe dos retrovírus e causador da AIDS. Os infectados pelo HIV evoluem para grave disfunção do sistema imunológico, sendo as células CD4+ uma das principais células-alvo de destruição pelo vírus. Há 2 subtipos, HIV-1 e HIV-2, que agem no interior das células do sistema imunológico, pertencentes à família *Lentiviridae* e com o auxílio da enzima transcriptase reversa,

responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia do DNA, têm capacidade de integrar-se ao genoma do hospedeiro (BRASIL, 2005a).

A doença é acompanhada de altos níveis de viremia plasmática, levando a um aumento da replicação viral e à consequente perda da função de sequestro mecânico dos linfonodos. Essa destruição do tecido linfoide agrava a imunodeficiência da doença pelo HIV e contribui para a incapacidade de articular respostas imunes adequadas contra patógenos oportunistas (FAUCI; LANE, 2002).

O veículo de transmissão do HIV pode ser sangue (via parenteral e vertical), esperma, secreção vaginal (via sexual) e leite materno (via vertical). Envolve comportamentos e atitudes essenciais: da manutenção da vida à reprodução biológica e ao prazer (VASCONCELOS; AL VES; MOURA, 2001).

Outros fatores de risco associados à transmissão do HIV estão descritos na literatura, como o tipo de prática sexual, a utilização de sangue ou de seus derivados que não foram testados ou tratados de forma adequada; a recepção de órgãos ou sêmen de doadores não triados ou testados, a reutilização de seringas e agulhas e os acidentes com material biológico sem uso de equipamento de proteção individual (BRASIL, 2005b).

Silveira (2002) relata sobre as fases de contágio e infecções pelo HIV, sendo a primeira denominada fase aguda, seguida da fase assintomática, e a terceira fase caracteriza-se pelo aparecimento de infecções oportunistas evidenciando a AIDS.

Os primeiros casos de AIDS foram reconhecidos nos Estados Unidos, em função de um conjunto de sintomas (Sarcoma de Kaposi e Pneumonia pelo *Pneucocystis carinii*) em pacientes homossexuais masculinos provenientes de grandes cidades norte-americanas (Nova York, Los Angeles e São Francisco). Embora estes sintomas já fossem conhecidos anteriormente, no seu conjunto apresentavam características próprias: a pneumociste, por exemplo, ocorria em pacientes com câncer em estágios avançados; já o Sacorma de Kaposi era bem conhecido entre idosos procedentes da bacia do Mediterrâneo. Eles nunca haviam sido observados, ao mesmo tempo, em pacientes homossexuais masculinos sem históricos de outras doenças (BASTOS, 2006).

Diante desse quadro, no ano de 1981, o CDC (Centers for Disease Control and Prevention), o órgão de vigilância epidemiológica norte-americano, passou a estudar a doença e definir o seu perfil clínico e epidemiológico. Como a

incidência, no início, era predominantemente entre homossexuais, suspeitou-se de que houvesse relação entre doenças e este estilo de vida. No entanto, não tardaram a surgir casos entre heterossexuais e crianças recém-nascidas. Apesar disso, as principais características epidemiológicas continuaram sugerindo que a doença era infecciosa, transmitida por via sexual, vertical e parenteral.

Com o agravamento da disseminação da AIDS, muitos estudos foram iniciados na tentativa de identificar-se o agente etiológico da doença, possivelmente um vírus. Num primeiro momento, os vírus Citomegalovirus, Epstein-Barr e Hepatite B foram os maiores suspeitos. Não demorou para que os cientistas se dessem conta de que se tratava de fato de um vírus novo.

No ano de 1982, pesquisadores do CDC estavam colhendo dados a respeito de nomes de pessoas homossexuais que houvessem mantido relações sexuais entre si, a fim de mapearem aquela doença, até então não compreendida em relação à sua forma de transmissão. Grande parte das pessoas entrevistadas relatou haver conhecido um mesmo homem, um comissário de bordo de origem franco-canadense, Getan Dugas. Mais tarde este homem passou a ser conhecido como o paciente zero, a partir de quem a doença teria cruzado o oceano Atlântico.

Somente em 1984, quando milhares de americanos já haviam contraído a doença, é que o retrovírus, considerado agente etiológico da AIDS, foi descoberto. Dois grupos de cientistas reclamaram ter sido o primeiro a descobri-lo: um do Instituto Pasteur de Paris, chefiado pelo Dr. Luc Montagnier, e o outro dos Estados Unidos, chefiado pelo Dr. Robert Gallo. O fato é que uma das pesquisadoras do Instituto Pasteur de Paris, Françoise Barre-Sinoussi, conseguiu cultivar um retrovírus em laboratório e enviou o material para o laboratório de Robert Gallo, para que este confirmasse o seu achado, por se tratar de um eminente cientista. Com base neste material, Gallo divulgou a descoberta como se fosse sua vindo a retratar-se somente no início da década de 90. Gallo é um importante virologista, e já havia identificado outros dois retrovírus, o HTLV - 1 e o HTLV 2 (*Human T Leukemia-lymphoma vírus type 1 and 2*) e, por isso, o agente etiológico da AIDS foi inicialmente conhecido, nos Estados Unidos, como HTLV - 3. Na França, ele foi reconhecido como LAV, associado à linfadenopatia. Depois das disputas da comunidade científica serem devidamente esclarecidas, chegou-se ao consenso de denominá-lo HIV, ou, em português, vírus da imunodeficiência humana (BASTOS, 2006).

Em 1985, estava no mercado um teste sorológico de metodologia imunoenzimática, para diagnóstico da infecção pelo HIV, que podia ser utilizado para triagem em bancos de sangue. Após um período de conflitos de interesses político-econômicos, esse teste passou a ser usado mundo afora e diminuiu consideravelmente o risco de transmissão transfusional do HIV.

Em 1986, foi aprovada pelo FDA (Food and Drug Administration), órgão norte-americano de controle sobre produtos farmacêuticos, a primeira droga antiviral, a azidotimidina ou AZT. Este revelou um impacto discreto sobre a mortalidade geral de pacientes infectados pelo HIV.

Em 1994, um novo grupo de drogas para o tratamento da infecção passou a ser estudado, os inibidores da protease. Estas drogas demonstraram potente efeito antiviral isoladamente ou em associação com drogas do grupo do AZT (daí a denominação "coquetel"). Houve diminuição da mortalidade imediata, melhora dos indicadores da imunidade e recuperação de infecções oportunistas. Ocorreu um estado de euforia, chegando-se até a falar na cura da AIDS. Entretanto, logo se percebeu que o tratamento combinado (coquetel) não eliminava o vírus do organismo dos pacientes. Somem-se a isso também os custos elevados do tratamento, o grande número de comprimidos tomados por dia e os efeitos colaterais dessas drogas. Apesar desses inconvenientes, o coquetel reduziu de forma significativa a mortalidade de pacientes com AIDS (BASTOS, 2006).

Atualmente, na área, há duas linhas principais de pesquisa: uma busca uma vacina eficaz, visando imunizar os indivíduos pertencentes a populações sob risco; e outra visando buscar drogas antivirais mais potentes e com menos efeitos colaterais, objetivando erradicar o vírus do organismo de pacientes infectados.

Infelizmente, até o momento, não há relatos promissores sobre vacinas. O número de pessoas vivendo com HIV mundialmente continua a crescer, chegando a estimados 33,7 milhões. O crescimento constante da população de pessoas vivendo com HIV reflete tanto os efeitos das continuadas taxas altas de novas infecções por HIV como o impacto benéfico da terapia antirretroviral (UNAIDS, 2009).

No Brasil, os primeiros casos confirmados de AIDS ocorreram em São Paulo, em 1982, no Hospital Emílio Ribas. A propagação da doença teve início nas áreas metropolitanas das regiões Sul e Sudeste do país, tendo como meio de transmissão, basicamente, a via sexual e a transmissão sanguínea. Segundo Sodelli (2000), a AIDS foi, inicialmente, associada de forma estigmatizadora, a grupos de

risco, tais como: homossexuais, prostitutas, dependentes químicos e hemofílicos, localizados em grandes centros urbanos. O resultado desta associação foi disseminar a falsa noção de que os que não pertenciam a estes grupos estariam a salvo da AIDS, além de reforçar preconceitos e estigmas vigentes contra algumas minorias.

Dez anos depois do seu aparecimento, observou-se uma mudança no perfil epidemiológico da doença, ou seja, a transmissão tornou-se basicamente heterossexual, com avanço significativo entre as mulheres e da contaminação pela via materno-infantil. Também se evidenciou uma interiorização e pauperização da epidemia, avançando entre os municípios de pequeno porte e atingindo a camada mais pobre e menos instruída da população (BRASIL, 2005a).

Santos et al. (2002), em pesquisa sobre as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica no estado de São Paulo, relataram o aumento do número de casos de AIDS entre pessoas de menor escolaridade e com ocupações menos qualificadas. Corroborando esses achados, Araújo et al. (2007) identificaram em pesquisa sobre as características da AIDS na terceira idade, em hospital de referência no município de Fortaleza, idosos heterossexuais e com baixo nível de escolaridade.

Um dos aspectos mais atuais da epidemia é o surgimento de uma nova população vulnerável: os idosos, já que o número de casos confirmados de AIDS na terceira idade no Brasil cresce como em nenhuma outra faixa etária, superando a ascensão do número de casos da doença entre os adolescentes de 15 a 19 anos (BRASIL, 2009a). Diante desta constatação, surgem alguns questionamentos: Por que está crescendo entre os idosos o número de casos de AIDS? Têm os programas de DST-AIDS realizado ações para este público? Quais as ações estratégicas que o Ministério da Saúde, através da Área Técnica da Saúde do Idoso, vem desenvolvendo para conter este aumento?

O número de casos notificados de AIDS em indivíduos idosos no Brasil, na década de 1980, era em torno de 240 homens e 47 mulheres. Essa mesma população apresentou importante incremento até junho de 2005, com o total de casos passando para 4.476 homens e 2.489 mulheres (BRASIL, 2006b).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), de 1985 a junho de 2008, foram diagnosticados 505.760 casos de AIDS no Brasil, sendo 12.141 casos na população de idosos, representando 2,4%.

Vale ressaltar que, em 2007, a taxa de incidência de AIDS em mulheres de 50 a 59 anos (15,6 por 100 mil habitantes) é três vezes maior do que a taxa em mulheres com 60 e mais anos de idade (5,0 por 100 mil habitantes). Entre homens, a taxa de incidência também é três vezes maior entre os de 50 e 59 anos (26,9 por 100 mil habitantes) comparado aos de 60 e mais anos de idade (9,4 por 100 mil habitantes).

Dentre os casos de AIDS diagnosticados na terceira idade, a maioria concentra-se no sexo masculino, representando 8.035 casos (66%) e 4.106 no sexo feminino, representando 34% (BRASIL, 2009a).

No Maranhão, o primeiro caso de AIDS notificado em adulto acima de 50 anos foi em 1989. A partir desta data já foram notificados 298 casos: 196 casos notificados (65,8%) em pessoas do sexo masculino e 102 casos (34,2%) nas de sexo feminino (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO MA, 2009).

Muitas são as causas atribuídas ao aumento dos índices de contaminação pelo HIV em idosos. As mudanças socioculturais, sobretudo na sexualidade, representam papel de destaque para justificar tal assertiva. Lemos (2003, p. 64) assinala que "transitamos numa época de mudanças, sendo que a visão de sexualidade tem-se alterado rapidamente nas últimas décadas." Para a autora, os meios de comunicação, sobretudo a televisão, têm contribuído para acelerar a transformação de valores que antigamente mudavam devagar.

Destacam-se, ainda, as mudanças demográficas que apontam para um envelhecimento populacional dos (as) brasileiros (as) e as inovações na área da saúde que, por sua vez, têm contribuído para o aumento da expectativa de vida da população (SANTOS et al., 1997).

Desse modo, essa ampliação da AIDS entre idosos pode estar diretamente ligada a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade. A prevenção é algo muito complexo, representando um desafio para as atuais políticas de saúde pública, já que as campanhas de prevenção concentram sua atenção na população jovem (GODOY et al., 2008).

Rotta et al. (2003), em estudo sobre AIDS e aspectos preventivos em idosos na cidade de Blumenau, acreditam que os programas de prevenção da AIDS devem atingir todas as faixas etárias, inclusive a terceira idade, contribuindo para atenuar a imagem estereotipada do envelhecimento sem sexo.

O aumento da expectativa de vida e da qualidade do envelhecimento mantém o idoso em suas atividades laborais e relacionamentos sociais, surgindo a possibilidade de uma relação sexual geralmente desprotegida (GORINCHTEYN, 2005). É necessário, portanto, que a abordagem acerca da sexualidade do idoso seja adotada como medida preventiva e que os métodos preventivos sejam colocados à disposição dos indivíduos idosos. A pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira entre 15 e 54 anos demonstrou, quanto às práticas do sexo seguro, o maior uso do preservativo entre os jovens (SZWACWALD et al., 2004).

Embora o Ministério da Saúde reconheça que há necessidade de incluir as pessoas com mais de 60 anos nas campanhas de prevenção à AIDS, observa-se que o estímulo ao acesso e à utilização correta do preservativo estão vinculados ao público jovem, gestantes, usuários de drogas, homossexuais e aos profissionais do sexo (BRASIL, 2001). Entretanto, envolvido por diversos tabus vivenciados na juventude, os idosos abrem mão de sua segurança, abstendo-se da necessidade do uso da camisinha (ZORNETTA, 2005).

Uma pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS, descrita por Paiva et al. (2003), revelou maior adesão ao uso da camisinha nas faixas etárias mais jovens, e apenas 2,7% dos 121 entrevistados, com idade acima de 55 anos, relataram seu uso na última relação.

Segundo Saldanha e Vasconcelos (2008), a tendência mais recente de estabilização de incidência da AIDS em todas as faixas etárias no Brasil não foi confirmada na população com 60 anos ou mais. Além disso, algumas questões merecem maior discussão, como, por exemplo, as diferenças entre a disponibilidade de serviços de saúde em cada região e também o preparo das pessoas que realizam a notificação, uma vez que o sistema é o mesmo.

Apesar destes dados, os idosos parecem sentir-se distanciados do risco de contaminação pelo HIV/AIDS (entenda-se aqui risco como perigo ou possibilidade de perigo). Isso se deve em parte à falha ou insuficiência na abordagem da sexualidade do idoso pela mídia, como também pelos profissionais de saúde em geral.

Em consequência dessas razões, os idosos expõem-se cada vez mais a situações de vulnerabilidade, que, além de estarem relacionadas às atitudes pessoais, estendem-se à dificuldade em diagnosticar precocemente o vírus HIV

nessa faixa etária. Isto porque nem sempre sua vida sexual é questionada nas consultas, predominando o mito de que são monogâmicos (as), têm um ritmo sexual diminuído ou já não fazem sexo.

Por outro lado, Azambuja (2000) considera um desafio diagnosticar pacientes soropositivos idosos, por se tratar de mais um diagnóstico diferencial para um grupo já exposto a múltiplas patologias, o que leva à possibilidade de subnotificação de casos, ou se reflete em diagnósticos tardios e em terapêuticas incorretas, acelerando a instalação de infecções oportunistas e de complicações.

Além disso, esta é uma população que pode estar utilizando medicamentos para o combate a agravos crônicos, os quais ao interagirem com o coquetel, produzem reações indesejáveis. Certamente, a intensidade dessas reações sofre a influência da idade, da(s) patologia(s) pregressa(s) e do tipo de medicamento, podendo apresentar variações expressivas entre os idosos. Tais variações vão desde os discretos desconfortos até complicações severas que poderão resultar em morte.

Estes motivos parecem ter contribuído para que a morte por AIDS se evidencie em menor tempo para essa população, quando comparada com outras faixas etárias. Os raros estudos internacionais sobre a infecção nesse grupo etário indicam que até 37% dos pacientes idosos morrem no mesmo mês em que descobrem a doença, enquanto que para os que estão entre 13 a 59 anos esta proporção é de 10% (SEGATTO, 2003).

Convém salientar ainda que a dificuldade em diagnosticar a infecção pelo HIV/AIDS em indivíduos idosos deve-se ao número insuficiente de teste sorológico realizado por essa população. Assim, conseqüente ao diagnóstico tardio, tem-se encontrado a enfermidade em estágios avançados (FEITOZA; SOUSA; ARAÚJO, 2004).

Face ao exposto, o profissional de saúde deve considerar com naturalidade a ocorrência de atividade sexual na velhice e que o encaminhamento desse indivíduo para a testagem sorológica para HIV deve fazer parte do procedimento rotineiro, semelhante àquele adotado para a população mais jovem (BRASIL, 2006a). É valorizando as queixas dos idosos que os profissionais da saúde poderão intensificar a suspeita e investigação de casos, diagnóstico precoce e início de tratamento.

Dixon (1997 apud BRASILEIRO; FREITAS, 2006) relatou em pesquisa com médicos do Hospital da Universidade de Chicago que muitos profissionais que atendem o idoso não conseguem associar a AIDS a essa faixa etária, colaborando para com a deficiência no que se refere à questão perceptiva do risco ao qual está submetida a população idosa. Em concordância, Prilip (2004) observou, nos estudos com pacientes idosos portadores do HIV no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, que a demora no diagnóstico constituiu-se fator complicador para o tratamento da doença nessa faixa etária. Acrescenta que, na maioria dos casos, a doença foi confundida com outras, envolvendo também o preconceito dos profissionais médicos quanto à não solicitação de testes laboratoriais para sorologia de HIV. Rocha (2007) concluiu, em pesquisa realizada com profissionais de saúde no Maranhão, que existe uma ruptura, uma desconexão entre a prática profissional e que eles têm se colocado de forma passiva, dependentes, submissos e subalternos ao movimento das unidades de saúde, às diretrizes dos programas, executando atividades conforme a rotina imputada pela política à qual se vinculam.

Nota-se nesse contexto que os profissionais de saúde não estão adequadamente treinados para o pronto diagnóstico da AIDS, atrasando assim a realização do tratamento.

Sabe-se que a rapidez no diagnóstico é de grande importância para o paciente, uma vez que lhe disponibilizará medicação certa e recursos laboratoriais eficazes (como a dosagem de linfócitos CD4, carga viral e teste de genotipagem para aqueles não responsivos ao tratamento). Estas ações favorecerão, sobremaneira, a condução clínica do paciente infectado pelo HIV, melhorando o prognóstico da doença através da diminuição da replicação viral e da reconstituição imune.

A escolha do melhor esquema terapêutico, a ser instituído ao paciente idoso, nada difere do que é feito para pacientes de outros grupos etários. Aspectos individuais de cada paciente devem ser considerados, não só pautados em aspectos clínico-virológicos, nos quais a presença de infecções oportunistas e comorbidades passam a ser tão importantes quanto a rotina estabelecida por estes. Neste grupo, porém, os potenciais riscos de agravos devido a doenças preexistentes e a escolha ou associação de determinadas drogas ao esquema escolhido devem ser levadas em conta.

Em 1985, foram lançados no Brasil os primeiros inibidores de protease a fim de reforçar o controle ao HIV. Em 1996, é elaborada a Lei nº 9.313, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. A legislação determina que os medicamentos antirretrovirais sejam disponibilizados universal e gratuitamente para todos pelo sistema público de saúde. Com essa ação governamental, o número de pacientes tratados com antirretroviral aumentou de 20 mil, em 1996, para 105 mil em 2001, alcançando aproximadamente 99% das pessoas em tratamento no país (ARANTES, 2002).

O atendimento do paciente idoso não deve se restringir, apenas a avaliá-lo do ponto de vista clínico-laboratorial, mas sim considerar todos os aspectos que o cercam: família, moral, condutas e mitos. Ser idoso, por si só, representa uma condição de preconceito, que, quando associada ao HIV, configura-se um estigma psicossocial, acentuando a segregação destes pacientes. Assim, a avaliação e o acompanhamento psicológico e social realizados por profissionais qualificados permitirão resgatá-los, estimulando-os a aceitarem o tratamento, que, na maioria das vezes, é rejeitado nas fases iniciais, em decorrência da vergonha e de sentimentos de culpa de terem hábitos e costumes revelados por ocasião do diagnóstico. Vem então o sentimento de desmoralização, muito mais por assim sentirem-se do que pela própria família. Encorajá-los significa dignificá-los, de modo que possam superar os limites e repercussões que o tratamento lhes confere.

No aspecto psicossocial, o estigma associado ao estar com AIDS, o medo de familiares e da comunidade, a diminuição dos recursos financeiros e questões relacionadas à qualidade de vida afeta todas as pessoas, mas principalmente as idosas, pois estas sentem medo da rejeição e do julgamento dos outros ante a possibilidade de isolamento e rejeição.

A AIDS exaspera o cotidiano, ocasionando conflitos entre o presente e o passado, tornando assim o futuro obscuro. Portanto, em toda a trajetória da doença deve ser considerado o aspecto comportamental do doente.

Cada homem tem uma visão peculiar de mundo, o que diverge de acordo com cada ser. Como doente, suas reações e seu comportamento são os mais diversos, não se podendo generalizar as interpretações e sim buscar compreensão dentro da sua singularidade. Esses comportamentos, no caso do HIV/AIDS, são experimentados no dia a dia do convívio com a doença e são causados

principalmente pelas perdas, angústias, incertezas, preconceito, medo, discriminação, estigma, negação e morte.

Percebe-se uma sensibilidade bastante apurada nos pacientes que convivem com a AIDS. O medo do desconhecido, a necessidade de aprendizado, de compreensão, sentimentos diversificados ligados a fatores inerentes à idade, sexualidade, etnicidade, religião, personalidade, crenças, afetividade, ao relacionamento com a equipe de saúde, à situação socioeconômica são alguns aspectos que poderão influenciar os idosos acerca do significado da doença e do seu comportamento frente a ela (DURHAM; COHEN, 1989).

Além disso, as características da infecção HIV/AIDS divergem de outras patologias, determinando peculiaridades que devem ser consideradas ao se abordarem os aspectos psicológicos e comportamentais.

Geralmente se espera que os idosos adaptem-se a essa nova condição traumática, adaptação esta atribuída ao reconhecimento da situação, buscando um equilíbrio que permita a reorganização do seu cotidiano. De acordo com KÜBLER ROSS (1998), certos idosos recusam a doença de maneira clara e aberta, muitas vezes com conflitos inconscientes e existenciais, prosseguindo com seus comportamentos de risco de maneira inconsequente, principalmente quando está na fase da negação.

É sob o aspecto da incerteza que os idosos infectados com HIV/AIDS vivem. Uns passam a questionamentos contínuos, prioritariamente em relação ao seu estado geral e tratamento; outros preferem negar a situação em que se encontram, sendo passivos ao seu estado e tratamento.

A negação pode exercer uma importante função, ajudando os idosos a competir com a doença e/ou seu tratamento. Paradoxalmente, poderá também conduzir a atitudes comportamentais potencialmente arriscadas, gerando consequências de grandes proporções, quando nega sua vulnerabilidade à infecção.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar conhecimentos, aspectos comportamentais e percepções dos idosos portadores de HIV / AIDS atendidos em um centro de referência estadual do Maranhão.

3.2 Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico de idosos com HIV / AIDS atendidos no Hospital Presidente Vargas em São Luís-MA;
- Investigar os conhecimentos desses idosos sobre o vírus, formas de transmissão e segurança das práticas sexuais;
- Detectar aspectos comportamentais desses idosos;
- Descobrir as percepções desses idosos sobre o viver com a soropositividade.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Tipo e natureza do estudo

Estudo epidemiológico transversal, descritivo, de natureza quantiquantitativa sobre os conhecimentos, aspectos comportamentais e as percepções dos idosos portadores de HIV / AIDS atendidos no Hospital Presidente Vargas em São Luís – MA.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Presidente Vargas em São Luís – MA, que atende pacientes com HIV / AIDS, tuberculose e doenças tropicais, procedentes de todo o Estado. Tornou-se referência estadual para o atendimento de HIV / AIDS em 1997 e, atualmente, para esta especialidade, conta com 01 serviço ambulatorial, 01 serviço de atendimento especializado (SAE) e 32 leitos para internação: 16 masculinos e 16 femininos. Atende, em média, 300 pacientes por mês.

4.3 População do estudo e período de referência

Foram incluídos neste estudo todos os pacientes portadores do HIV/ AIDS diagnosticados, com idade igual a ou maior de 60 anos, em acompanhamento no Hospital Presidente Vargas, com capacidade cognitiva preservada, em uso ou não de medicamentos antirretrovirais, internados ou em acompanhamento ambulatorial, que aceitaram participar da pesquisa, assinando, para tanto, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Ressalte-se que a função cognitiva dos idosos foi avaliada através do Miniexame do Estado Mental (APÊNDICE B). Este é um dos testes mais empregados em todo o mundo para avaliação da função cognitiva do idoso (CARAMELLI; BARBOSA, 2002).

Tanto o Miniexame de Estado Mental quanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi realizado e assinado, respectivamente, em sala reservada, localizada no próprio Hospital, em ambiente adequado de privacidade, antes da aplicação do questionário.

As entrevistas para coleta dos dados quantitativos foram realizadas entre os meses de janeiro e junho de 2010. O pesquisador treinou uma enfermeira, funcionária do Hospital Presidente Vargas, com escala de diarista para realizar a aplicação dos questionários (APÊNDICE C). Cabe esclarecer que o número de sujeitos que participaram do estudo envolve 100% da população atendida no Hospital Presidente Vargas, conforme critérios e períodos acima citados. De acordo com os critérios de inclusão, período da pesquisa e número de pacientes atendidos por mês, obteve-se um total de 46 pacientes: 28 do sexo masculino e 18 do sexo feminino.

As entrevistas para coleta dos dados qualitativos foram realizadas pelo pesquisador na segunda semana de abril, com um total de sete pacientes idosos.

4.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento que foi utilizado para esta pesquisa reuniu elementos das metodologias quantitativa e qualitativa.

Minayo (2004) considera que a investigação quantitativa atua em níveis da realidade, em que os dados se apresentam aos sentidos, denominados de "níveis ecológicos e concretos". Estes níveis admitem expressões em cifras, equações, medidas gráficas e estatísticas. Acrescenta que a pesquisa quantitativa tem como campo de prática e objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis.

Para Silva e Menezes (2001), a pesquisa quantitativa considera que tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Para tanto, requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros).

Por outro lado, os métodos qualitativos são úteis para quem busca entender o contexto onde algum fenômeno ocorre, permitindo a observação simultânea de vários elementos em um pequeno grupo, propiciando um conhecimento aprofundado de um evento e possibilitando a explicação de comportamentos (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Silva e Menezes (2001) definem o questionário como sendo uma série ordenada de perguntas, o qual deve ser acima de tudo objetivo. Klein e Bloch (2002)

relatam que os questionários são meios indiretos de tomada de informações coletadas e dependem de testemunhos prestados. Acrescenta, ainda, que os questionários dependem das condições do indivíduo entrevistado em relação à memória, capacidade de compreensão e elaboração das perguntas, como também estão vinculados a interesses particulares dos entrevistados.

O questionário elaborado para esta pesquisa contou com perguntas fechadas e abertas e constituiu-se de quatro partes. A primeira parte refere-se ao **registro dos dados sociodemográficos dos idosos**: a idade, o estado civil, a naturalidade, o sexo, a raça/cor (autoidentificação), a religião, o tipo de moradia e de habitação, o número de cômodos, o número de corresidentes, a renda mensal individual e familiar, o número de filhos, status de trabalho, a escolaridade e o lazer.

A segunda parte reúne dados referentes aos **conhecimentos dos idosos sobre o vírus e sua transmissão**: a participação em palestra sobre DST/AIDS, o conhecimento sobre a transmissão do vírus e a segurança das práticas sexuais.

A terceira parte reúne dados sobre **aspectos comportamentais dos idosos**: o conhecimento e uso da camisinha, a prática do sexo seguro, a frequência de uso da camisinha, o meio de obtenção da camisinha, os motivos que os levam ao não uso da camisinha, com quem têm relações sexuais, a ocorrência de relação sexual com indivíduos sabidamente HIV/ AIDS, o provável modo de aquisição do vírus e o tempo de diagnóstico.

A última parte do questionário aborda questões abertas relacionadas às **percepções dos idosos sobre o viver com HIV/ AIDS**.

O instrumento foi previamente testado com 5 (cinco) idosos, e as alterações foram realizadas para tornar clara a compreensão das questões 5 (cinco), 20 (vinte) e 27 (vinte e sete) para a produção da sua versão final (APÊNDICE C).

4.5 Procedimento e análise dos dados

Os dados obtidos a partir das respostas dos entrevistados às questões fechadas foram inseridos em um banco de dados informatizado, utilizando-se o software EPIINFO 6.04 D. A análise descritiva dos resultados foi apresentada em tabelas de frequência absoluta e relativa, bem como estimativas de tendência central e de dispersão.

As respostas às questões abertas obtidas nas entrevistas, por sua vez, foram transcritas na íntegra. Após a transcrição das entrevistas, os dados foram interpretados e analisados à luz do referencial teórico que orienta a pesquisa com base na leitura reiterada das entrevistas (MINAYO, 2004).

4.6 Considerações éticas

Os referenciais da bioética, preconizados na Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foram considerados neste estudo. O Projeto inicial deste estudo foi encaminhado em 04/12/2009 ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Universitário Presidente Dutra. De acordo com parecer substanciado, o Projeto n.º 232/09 foi aprovado em 08/01/2010 (APÊNDICE D).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Análise quantitativa

Este estudo buscou caracterizar homens e mulheres com 60 anos e mais portadores do vírus HIV/AIDS, atendidos em um centro de referência estadual do Maranhão através de uma abordagem de investigação mista, a qualitativa e a quantitativa. A oportunidade de investigar idosos portadores do vírus HIV/AIDS proporcionou novas possibilidades para identificação de fatores que facilitam a infecção desta faixa etária, como também adoção de medidas preventivas adequadas para este público, além de oportunizar reflexão sobre o envelhecimento e a AIDS.

Os Resultados e discussão da análise quantitativa encontram-se nas Tabelas 1, 2, 3 e 4 referentes às partes I, II e III do questionário, conforme ver-se-á a seguir.

Tabela 1 - Distribuição da população de idosos estudada segundo dados sociodemográficos. Hospital Presidente Vargas. São Luís – MA. 2010

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	f	%
Idade (anos)		
60 ----- 65	26	57
66 ----- 70	14	30
71 ----- 75	6	13
Total	46	100
Estado Civil Atual		
Solteiro	29	63
Viúvo	9	20
Casado	8	17
Total	46	100
Naturalidade		
Pinheiro	18	40
Icatú	12	26
Barreirinhas	10	22
São Bento	2	4
Cajari	2	4
Iguaíba	2	4
Total	46	100

Sexo		
Masculino	28	61
Feminino	18	39
Total	46	100
Cor da Pele (Autoidentificação)		
Parda	24	52
Preta	14	31
Branca	8	17
Total	46	100
Religião		
Católica	37	80
Evangélica	9	20
Total	46	100
Moradia		
Casa Alugada	42	91
Casa Cedida	3	7
Reside com a família	1	2
Total	46	100
Tipo de Habitação		
Alvenaria	38	83
Taipa	8	17
Total	46	100
Nº de Cômodos na Residência (exceto banheiro)		
01 ----- 02	10	22
03 ----- 04	25	54
05 ----- 06	11	24
Total	46	100
Nº de Moradores na Residência (incluindo você)		
01 ----- 03	24	52
04 ----- 06	19	41
07 ----- 09	3	7
Total	46	100
Renda Mensal		
R\$ 0,00 ----- R\$ 500,00	24	52
R\$ 501,00 ----- R\$ 1000,00	16	35
R\$ 1001,00 ----- R\$ 1500,00	6	13
Total	46	100
Renda Mensal Familiar		
R\$ 0,00 ----- R\$ 500,00	22	48
R\$ 501,00 ----- R\$ 1000,00	18	39
R\$ 1001,00 ----- R\$ 1500,00	6	13
Total	46	100

Número de Filhos		
00 ----- 02	23	50
03 ----- 05	13	28
09 ----- 11	8	18
15 ----- 18	2	4
Total	46	100
Situação Atual em Relação ao Trabalho		
Aposentado	36	78
Tem emprego fixo	7	15
Não tem emprego fixo	3	7
Total	46	100
Até quando estudou		
Ensino Fundamental	23	50
Nunca estudou, não sabe ler	15	33
Ensino Médio	5	11
Nunca estudou, mas sabe ler	3	6
Total	46	100
O que faz para se divertir		
Assiste à TV	23	50
Vai à Igreja	12	26
Outros	10	22
Joga Bola	1	2
Total	46	100

A idade da população estudada variou entre 60 e 75 anos.

Em relação ao estado civil, verificou-se entre os entrevistados uma porcentagem de 63% de solteiros.

Todos os entrevistados nasceram no interior do Estado.

Neste estudo observou-se predomínio de idosos portadores de infecção por HIV/ AIDS do sexo masculino, 61% dos entrevistados, e 39% foram do sexo feminino.

No quesito autoidentificação da cor da pele, 52% dos entrevistados se autoidentificaram como pardos e 31%, como pretos.

Quando questionados sobre a religião, 80% afirmaram ser católicos.

A maioria da população estudada mora em casa alugada-91%; do tipo alvenaria-83%; com média de três a quatro cômodos-54% e de hum a três moradores-52%. A renda mensal variou de nenhuma renda a R\$ 1.500,00 reais. Entretanto, foi predominante nessa casuística 52% dos entrevistados com renda

mensal e 48% com renda mensal familiar de até R\$ 500,00 reais. Quanto ao número de filhos, 50% dos entrevistados relatam possuir de 0 a 2.

Na população estudada verificou-se que 78% dos entrevistados encontram-se aposentados, 50% estudaram apenas o ensino fundamental e 50% referiram assistir à TV como primeira escolha de diversão.

A população em estudo constituiu-se de idosos portadores do vírus HIV/AIDS de ambos os sexos, no entanto houve predomínio de casos de AIDS entre os homens. No Brasil os casos de AIDS vêm apresentando diminuição da razão de sexo. A razão de homem/mulher com AIDS passou de 15:1 em 1986, para 1,6: 1 em 2009. Isso mostra a velocidade de crescimento da epidemia pelo HIV/AIDS entre as mulheres, caracterizando o reflexo do comportamento sociosexual da população, associado a aspectos da vulnerabilidade biológica da mulher (BRASIL, 2010).

Estudos desenvolvidos por Castro (2007) sobre o viver com HIV/AIDS na perspectiva de pessoas idosas, realizados na cidade de São Paulo, encontram resultados similares sobre o predomínio do sexo masculino na distribuição dos casos de AIDS.

Em Pernambuco, estudo realizado por Pottes et al. (2009) revela que 75% dos casos de AIDS em maiores de 50 anos são de pessoas do sexo masculino. Em um estudo em Barcelona realizado por Antón et al. (2005) em várias clínicas que atendem pacientes maiores de 50 anos infectados pelo HIV, observou-se maioria do sexo masculino.

Potencialmente todos, homens, mulheres, idosos, crianças e jovens podem contrair o vírus da AIDS. O discurso moralizante reforçou a discriminação de alguns grupos mal vistos pela sociedade, mas a noção de grupos de risco não acompanhou a realidade social e sexual do Brasil. O preço deste discurso, recheado de preconceito e discriminação, resultou em atraso de iniciativas que poderiam impedir o avanço da epidemia (BORGES, 2000).

Quanto à autoidentificação de raça/cor, nesta casuística, houve predomínio de pardos e pretos. Segundo Lopes (2005), mulheres e homens, pretos e brancos ocupam lugares desiguais nas redes sociais e trazem consigo experiências também desiguais de nascer, viver, adoecer e morrer. Batista, em 2002, analisando os resultados da pesquisa de condições de vida (PCV-98) conduzida pela Fundação SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados), revela diferenças entre famílias brancas e negras no estado de São Paulo.

As primeiras têm em média dois filhos e estão sob a chefia do homem, enquanto as últimas caracterizam-se por maior número de filhos e com maior frequência são chefiadas por mulheres. Famílias negras têm menor escolaridade e menor renda familiar. A etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico é que se constitui uma característica de vulnerabilidade.

A maioria dos idosos portadores de HIV/AIDS desta casuística apresenta como filiação religiosa a católica. Pesquisa sobre o comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS entre indivíduos de 16 a 65 anos demonstrou que 67% tem filiação religiosa católica (BRASIL,1998). Em um estudo global de comportamentos e atitudes sexuais, realizado nas cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte e Brasília com idosos, houve predomínio de católicos (MOREIRA JÚNIOR et al., 2005). Alves (2006) descreve que a espiritualidade nos idosos pode ser facilitadora na aceitação da própria realidade, de si mesmo e do próprio ciclo de vida. Corroborando essa assertiva, Faria e Seidl (2006) ressaltaram a importância da religiosidade como fonte de suporte emocional.

Em referência aos aspectos econômicos laborais, observou-se que uma grande parcela dos idosos portadores do HIV/AIDS se encontra aposentada, no entanto a permanência dos idosos no mercado de trabalho foi referida. A continuidade nas atividades laborais se deve à necessidade de manter a renda mais elevada, além de autonomia física, mental e integração social (CASTRO, 2007). Neste estudo, uma parcela significativa dos idosos entrevistados relatou que não tem emprego fixo. Embora a AIDS atinja todas as camadas sociais, Santos et al. (2002) referiram o crescimento do número de casos em indivíduos com ocupações menos qualificadas.

A escolaridade é considerada um dos indicadores para mensurar o nível socioeconômico associado à saúde da população e relaciona-se com o perfil cultural e comportamental relativo aos cuidados de saúde (FONSECA et al., 2000). Neste estudo metade da população estudada cursou apenas o ensino fundamental.

Pesquisa de Castro (2007), realizada com pacientes de 60 anos e mais, infectados pelo HIV/AIDS na cidade de São Paulo, revelou que a maioria havia cursado até no máximo quatro anos de estudo. Estudo epidemiológico descritivo no município de Fortaleza-CE em pacientes maiores de 50 anos com AIDS revelou que 54% da população estudada cursaram até o ensino fundamental (FEITOZA, 2003). Estudo similar realizado no mesmo estado em população idosa com AIDS em

hospital de referência da capital demonstrou que grande parte dos indivíduos com AIDS tinha baixo nível de escolaridade (ARAÚJO et al., 2007).

No Brasil, observa-se que a epidemia de AIDS tende à pauperização, ou seja, os estratos sociais de maior instrução eram mais acometidos no início da epidemia, porém, atualmente, percebe-se crescimento naqueles de menor escolaridade (BRASIL, 2005b).

O estudo confirma os dados nacionais, em que a epidemia do HIV/AIDS expande-se para a população diretamente afetada pela exclusão social, pelo desemprego ou subemprego, de baixa escolaridade e conseqüentemente de menor nível socioeconômico.

No que diz respeito aos dados de moradia deste estudo, observou-se que os entrevistados, de modo geral, possuem condições precárias para viverem bem. O acesso à moradia adequada e digna deve ser visto por todos como um direito humano. Para Nelson Saule Jr., relator brasileiro para o Direito Humano à Moradia Adequada, da Plataforma Brasileira de Direitos Humanos Econômicos, Sociais e Culturais (Dhesc), o conceito de direito humano à moradia adequada deve ser compreendido de forma plena: não basta dar o teto, a construção; é preciso haver uma infraestrutura básica que sirva aos domicílios. Isto inclui: saneamento básico, abastecimento de água, transportes, postos de saúde, boa estrutura fundiária, entre outros (MATTAR, 2003).

TABELA 2 - Distribuição da população de idosos estudada segundo conhecimentos sobre o vírus e sua transmissão. Hospital Presidente Vargas, São Luís - MA, 2010

CONHECIMENTOS SOBRE O VÍRUS E SUA TRANSMISSÃO	f	%
Já participou de alguma aula, palestra, reunião sobre DST/ AIDS?		
Sim	46	100
Não	--	--
Total	46	100
Sabe como é transmitido o vírus do HIV/AIDS?		
Sim	25	54
Não	11	24
Tenho Dúvidas	10	22
Total	46	100
Reutilizar agulhas e seringas transmite HIV/AIDS?		
Sim	28	61
Não	8	17
Não Sei	10	22
Total	46	100

Mãe contaminada transmite HIV/AIDS para o feto?		
Sim	9	20
Não	3	7
Não Sei	34	75
Total	46	100
Relação Sexual com o parceiro contaminado sem proteção transmite HIV/AIDS?		
Sim	37	80
Não	4	9
Não Sei	5	11
Total	46	100
Doação de sangue transmite HIV/AIDS?		
Sim	22	48
Não	4	9
Não Sei	20	43
Total	46	100
Picada de inseto transmite HIV/AIDS ?		
Sim	11	24
Não	18	39
Não Sei	17	37
Total	46	100
Há transmissão de HIV/AIDS após o uso de banheiros, copos, talheres, toalhas após utilização por pessoas contaminadas?		
Sim	4	9
Não	28	61
Não Sei	14	30
Total	46	100
Há transmissão de HIV/AIDS após aperto de mão, abraço ou beijo em pessoas contaminadas?		
Sim	6	13
Não	32	70
Não Sei	8	17
Total	46	100
Há transmissão de HIV/AIDS em banho de piscina, rio ou lagoa junto com pessoas contaminadas?		
Sim	6	13
Não	27	59
Não Sei	13	28
Total	46	100
É possível reconhecer uma pessoa portadora do HIV/AIDS pela sua aparência?		
Sim	3	7
Não	24	52
Não Sei	19	41
Total	46	100

Todos os entrevistados informaram já ter participado de alguma aula, palestra, reunião sobre DST/AIDS e 54% afirmaram conhecer o modo de transmissão do vírus.

Ao serem questionados sobre os meios de transmissão do vírus da AIDS, 57% dos idosos entrevistados relataram que a reutilização de agulhas e seringas transmite o vírus, porém 22% não sabem sobre este modo de transmissão; 20% dizem que a mãe contaminada transmite o vírus para o feto, porém 75% informam que não sabem sobre essa forma de transmissão; 80% dizem que a relação sexual desprotegida com parceiros sabidamente contaminados pode transmitir HIV/AIDS.

Em relação à doação de sangue, 48% dos entrevistados responderam que não há transmissão do vírus da AIDS pela doação, porém 43% não sabem sobre este modo de transmissão. 39% da população em estudo afirmam que não há transmissão da AIDS pela picada de inseto, porém 37% não sabem sobre este modo de transmissão. Em 61% das respostas dos entrevistados houve relato de que o uso de banheiros e objetos de pessoas com AIDS não transmitem o vírus, entretanto 30% não sabem. 70% dos entrevistados afirmam que o aperto de mão, abraço ou beijo em pessoas contaminadas não transmitem o vírus, porém 17% não sabem. 59% dos entrevistados afirmam que não se transmite AIDS em banho de piscina, rio ou lagoa junto com pessoas contaminadas, entretanto 13% não sabem.

Quando questionados sobre a possibilidade de se reconhecer um indivíduo portador do HIV/AIDS pela aparência, a maioria, 52%, afirmou não ser possível.

Todos os idosos entrevistados neste estudo referiram já haver participado de alguma aula, palestra ou reunião sobre DST/AIDS, no entanto quando questionados sobre o conhecimento da transmissão do vírus houve um grande número que relatou não saber ou ter dúvidas. Para DeCarlo (2006), faz-se necessário criar programas de prevenção exclusivos para pessoas maiores de 50 anos, bem como os meios de comunicação e anúncios necessitam conter temas e imagens que se identifiquem com as pessoas dessa faixa etária. Os veículos de comunicação são instrumentos de grande relevância na veiculação de campanhas de esclarecimento e prevenção na área da saúde por atingirem as várias gerações dos mais variados contextos.

Sobre a reutilização de agulhas e seringas, os idosos entrevistados neste estudo, mostraram ter conhecimento insuficiente sobre esse assunto. Estes dados

são semelhantes aos do estudo populacional sobre o comportamento sexual e as percepções do HIV/AIDS, em que o conhecimento foi insuficiente sobre esse assunto (BRASIL, 1998).

Os fatores associados ao risco em relação ao HIV/AIDS vão além do conhecimento sobre a prática do sexo seguro, pois no momento em que o indivíduo necessita tomar uma decisão, o estado emocional e cognitivo pode influenciar nesta avaliação (CHAUVIN; HERMAND, 2006).

Já a vulnerabilidade possui uma natureza subjetiva e representa uma mistura de conteúdos científicos, de fatores psicológicos, sociais, culturais e políticos importantes. Assim, o conceito de vulnerabilidade se refere mais diretamente à possibilidade de contaminação. A vulnerabilidade ao HIV para qualquer indivíduo depende não somente da ocorrência de comportamento de risco, mas da *performance* para este comportamento no meio onde o HIV está presente. A possibilidade de infecção é influenciada por muitos fatores, incluindo a região geográfica onde o indivíduo reside, o uso ou não de drogas injetáveis, o número de parceiros sexuais, os tipos de práticas sexuais, entre outros.

TABELA 3 - Distribuição da população de idosos estudada segundo conhecimentos sobre segurança das práticas sexuais. Hospital Presidente Vargas, São Luís – MA. 2010

SEGURANÇA NAS PRÁTICAS SEXUAIS	f	%
Penetração vaginal com camisinha		
Segura	23	50
Insegura	13	28
Tenho Dúvidas	10	22
Total	46	100
Penetração vaginal sem camisinha		
Segura	0	0
Insegura	28	61
Tenho Dúvidas	18	39
Total	46	100

Sexo oral com camisinha		
Segura	26	56
Insegura	7	16
Tenho Dúvidas	13	28
Total	46	100
Sexo oral sem camisinha		
Segura	3	6
Insegura	33	72
Tenho Dúvidas	10	22
Total	46	100
Sexo anal com camisinha		
Segura	21	45
Insegura	10	22
Tenho Dúvidas	15	33
Total	46	100
Sexo anal sem camisinha		
Segura	0	0
Insegura	46	100
Tenho Dúvidas	0	0
Total	46	100
Masturbação mútua		
Segura	0	0
Insegura	3	6
Tenho Dúvidas	43	94
Total	46	100

Os resultados obtidos segundo o conhecimento sobre segurança das práticas sexuais revelam que em relação à prática sexual da penetração vaginal com camisinha, 50% dos idosos portadores de HIV/AIDS entrevistados a considerou segura, entretanto 50% afirmaram ser insegura ou ter dúvida em relação à segurança desta prática sexual. Quanto à prática sexual da penetração vaginal sem camisinha, 61% acham insegura, porém 39% têm dúvidas.

A prática do sexo oral com camisinha foi considerada segura por 56% dos entrevistados. Quando abordados sobre a prática do sexo oral sem camisinha 22% tiveram dúvidas.

Sobre a prática sexual anal com camisinha, 45% consideraram-na segura, e 100% consideraram a prática sexual anal sem camisinha insegura.

Observou-se que 94% dos entrevistados neste estudo relataram dúvida em relação à segurança da masturbação mútua.

Sabe-se que o fator conhecimento é bastante importante para adoção de condutas protetoras. Um baixo conhecimento associado a outros determinantes pode ser um fator de risco e vulnerabilidade do indivíduo.

TABELA 4 - Distribuição da população de idosos estudada segundo aspectos comportamentais. Hospital Presidente Vargas, São Luís - MA, 2010

ASPECTOS COMPORTAMENTAIS	f	%
Conhece Camisinha?		
Sim	46	100
Não	0	0
Total	46	100
Já usou Camisinha?		
Sim	46	100
Não	0	0
Total	46	100
Sabe como colocar e retirar camisinha?		
Sim	24	52
Não	2	5
Tenho Dúvidas	20	43
Total	46	100
Sempre usa camisinha?		
Sim	28	61
Não	18	39
Total	46	100
Frequência com que usou camisinha (06 meses)?		
Sempre usa	28	61
Na maioria das vezes	11	24
Não usou nenhuma vez	5	11
Usou poucas vezes	2	4
Total	46	100
Como obtém camisinha?		
Vai buscar nos serviços de saúde	35	76
Compra	6	13
Vai buscar em serviços vinculados a área social, ONGs...	5	11
Total	46	100
Motivos ou situações que deixa de usar camisinha?		
Porque não gosta de usar/prefere sem	26	38
Porque tira o prazer/quebra o clima	22	32
Porque não tem na hora da transa	8	12
Porque não sabe usar	7	11
Quando a excitação é grande e não dá tempo de colocar	5	7
Total	68	100

Você tem Relações Sexuais?		
Só com mulheres	28	61
Só com homens	16	35
Com homens e mulheres	0	0
Sem atividade sexual atualmente	2	4
Total	46	100
Tem ou teve relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV/AIDS?		
Sim	-	-
Não	46	100
Não Sabe	-	-
Total	46	100
Como Pegou HIV/AIDS?		
Relações Sexuais	46	100
Uso de Drogas Injetáveis	0	0
Transfusão de Sangue	0	0
Total	46	100
Há quanto tempo tem HIV/AIDS (anos)?		
1 ----- 3	7	15
4 ----- 7	2	4
8 ----- 11	28	61
Não sabe	9	20
Total	46	100

Neste estudo observou-se que 100% dos idosos entrevistados conhecem e já usaram a camisinha. 61% afirmam que sempre a usam, inclusive nos últimos seis meses, porém apenas 52% sabem como colocá-la e retirá-la.

Verificou-se que os serviços de saúde são o principal meio para aquisição da camisinha pelos idosos (76%).

38% dos idosos entrevistados neste estudo alegam que deixam de usar a camisinha porque não gostam de usar/preferem sem, e 32% porque esse preservativo tira o prazer/quebra o clima.

Quando questionados com quem têm relações sexuais, 61% responderam que só com mulheres, 35% só com homens e 4% referiram que estavam sem atividade sexual atualmente.

Nenhum dos idosos portadores de HIV/AIDS entrevistados neste estudo informou ter tido relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV positivo.

100% dos entrevistados afirmam que pegaram AIDS através de relações sexuais, dos quais 61% já têm a doença entre oito a onze anos.

Um aspecto importante referente à vida sexual e sua interface com a infecção HIV/AIDS diz respeito ao comportamento, a práticas sexuais dos idosos e à percepção do risco de adquirir o vírus. Observou-se, quanto às práticas do sexo seguro, que todos os idosos desta casuística conhecem a camisinha, no entanto, nem todos referiram saber usá-la. Apenas um pouco mais da metade da população idosa entrevistada neste estudo referiu fazer sempre uso da camisinha. Esses resultados corroboram os achados obtidos em um estudo populacional sobre a sexualidade dos brasileiros que revelou maior adesão ao uso do preservativo nas faixas etárias mais jovens e o percentual do uso de camisinha entre os entrevistados com idade acima de 55 anos foi de apenas 2,7% na última relação sexual (PAIVA et al., 2003). Em estudo qualitativo realizado em pessoas infectadas pelo HIV acima de 50 anos de idade, Brasileiro e Freitas (2006) observaram que estas não usavam a camisinha antes de terem sido infectadas pelo vírus. Este achado é diferente dos resultados do trabalho de Castro (2007), visto que em sua amostra a maior parte dos idosos sexualmente ativos acompanhados no serviço relatou uso consistente da camisinha.

Entre as situações descritas pelos idosos nesta casuística para o não uso da camisinha, destaca-se a preferência por relações sexuais sem o preservativo. Os dados obtidos da pesquisa descritos por Paiva et al. (2003) mostraram que a estabilidade da relação entre os parceiros agiu como explicação predominante para o não uso da camisinha. Acrescentou que a razão do não uso da camisinha nas relações sexuais é mais expressiva entre os homens e aumenta conforme a faixa etária.

Neste estudo, o modo provável de transmissão do vírus HIV referido por todos os idosos entrevistados foi a relação sexual. O predomínio de transmissão do HIV por via sexual entre as diversas faixas etárias foi também descrita em vários estudos (VASCONCELOS; ALVES; MOURA, 2001; FEITOZA, 2003; SZWARCOWALD et al., 2004; ANTÓN et al., 2005; BRASILEIRO; FREITAS, 2006; ARAÚJO et al., 2007; POTTES, 2009). O atual perfil da epidemia pelo HIV/AIDS no Brasil mostra a relação heterossexual como a principal via de transmissão do HIV/AIDS (BRASIL, 2009a).

O conhecimento do status sorológico referido pelos idosos entrevistados neste estudo variou de 1 a 11 anos. Estudo de Silva (2009) sobre a experiência de conviver com HIV/AIDS na velhice relata que os idosos só se descobrem com o vírus

por ocasião do surgimento de doenças oportunistas. Muitos médicos não suspeitam de HIV em pacientes idosos e perdem a oportunidade de sugerir a realização do teste (INELMEN; GASPARINI; ENZI, 2005).

Todos os idosos entrevistados nesta pesquisa referiram ser heterossexuais. Diferentes autores reforçam o atual predomínio da epidemia de AIDS entre os heterossexuais (FEITOZA, 2003; BRASIL, 2005b; ARAÚJO, 2007; CASTRO, 2007; POTTES et al., 2009). É que, ao pensarmos em sexualidade, somos remetidos à ideia de orientação sexual. Orientação sexual se refere ao sexo das pessoas que elegemos como objetos de desejo e afeto. Hoje, são reconhecidos três tipos de orientação sexual: a heterossexualidade (atração física e emocional por pessoas do sexo oposto), a homossexualidade (atração física e emocional por pessoas do mesmo sexo), e a bissexualidade (atração física e emocional tanto por pessoas do mesmo sexo quanto pelas do sexo oposto).

Um aspecto relevante na vida do idoso portador do HIV/AIDS refere-se à vida sexual. Neste estudo constatou-se que a maioria dos idosos entrevistados apresenta vida sexual ativa e que envelhecer não implica estagnação da sexualidade. Segundo Souza (2009), a sexualidade é expressa através do ato sexual e também por meio de carícias e trocas de afeto. Estudo exploratório em Cuba sobre a sexualidade dos idosos, como elemento importante da qualidade de vida, observou a manutenção da atividade e do interesse sexual tanto nos homens quanto nas mulheres (CAL; VITAL; NARANJO, 2001). O Brasil foi um dos 29 países participantes do estudo global de atitudes e comportamentos sexuais envolvendo 1.199 brasileiros com idades entre 40 e 80 anos. Os achados revelaram a manutenção da relação sexual e mais da metade dos homens e das mulheres referiram pelo menos uma relação sexual por semana (MOREIRA JÚNIOR et al., 2005).

5.2 Análise qualitativa

Tornar adequado um referencial metodológico corresponde diretamente à busca do rigor científico.

De acordo com Camargo Jr. (2004), o ponto de partida de uma investigação é um ato de ordem, crença ou ainda uma espécie de aposta. Não há

um instante absoluto de início do saber; mesmo a investigação científica está sujeita às vicissitudes da linguagem.

A inserção nesta nova visão de mundo da pesquisa fez com que o pesquisador imergisse em algo transcendente, pois a interrogação que trazia o colocava diante de um fenômeno difícil de mensurar: retratar a percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS. O estudo em questão resultou do mundo do percebido, trouxe inquietações e reflexões, em que o paciente deixou grafado os seus sentimentos como portador.

A AIDS, segundo Düttmann (2005), um objeto de reflexão filosófica de primeira ordem, explicita em todo o seu contexto aspectos subjetivos em alto grau de diversidade. Para compreender esses fenômenos vivenciados pelos portadores de HIV/AIDS, foi utilizada a metodologia qualitativa, pois esta fundamenta a compreensão dos significados, buscados na experiência singular de cada indivíduo.

Conforme Minayo (2004, p. 68), toda investigação social deveria contemplar o aspecto qualitativo, uma vez que se trata de “gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados”.

A pesquisa qualitativa vem, pois, suprir as necessidades quanto a explicações da subjetividade e, segundo Martins e Bicudo (2007), procura introduzir um rigor aos fatos que são impossíveis de quantificar.

Os depoimentos obtidos neste estudo permitem compreender os objetivos desta investigação de acordo com os resultados e a discussão da análise qualitativa referente à parte IV do questionário, conforme ver-se-á a seguir.

Quando questionados sobre o conhecimento prévio que possuíam sobre HIV/AIDS, os idosos entrevistados apresentaram respostas que variaram de nenhum a algum conhecimento a respeito da doença. Por um lado, alguns deles foram taxativos em dizer que nada sabiam sobre AIDS antes de se infectarem, e que quando existia informação esta era muito escassa e superficial.

Nada. Não sei praticamente nada. (Sujeito 06)

Eu não tinha nenhum conhecimento. O problema foi esse [...] Se fosse no dia de hoje, eu garanto para você que eu não pegaria essa doença. Porque eu sei como é que é, eu sei o problema tudo [...]. Agora, nuns tempos atrás, a gente quase não tinha informação, não tinha, você não ouvia falar nada, era muito difícil. Então eu garanto, se fosse hoje eu não entrava nessa, nesse barco. (Sujeito 03).

Por outro lado, alguns deles relataram ter tido informações e possuírem alguma ideia acerca do que era AIDS. Todavia observou-se nos depoimentos abaixo que parece haver uma distinção entre "ouvir falar" e ter informações corretas sobre a doença.

Muuuito pouco. Muito pouco falava desse negócio de AIDS. Não sabia tanto quanto eu sei hoje. Eu ouvi falar muito pouco. [...] Às vezes a gente ouvia alguém falar, né. "oh, a AIDS" ou "fulano tá com AIDS". A gente não tinha noção do que era AIDS. Ouvia só falar. Como outra qualquer. Mas não tinha informação. (Sujeito 05).

Sempre ouvi falar no rádio, mas não era tão explicativa que nem hoje, a gente não tinha tanta informação. A gente não sabia muita coisa [...] Logo que surgiu essa doença aí eu já ouvi falar. [...] mas não tinha ideia nenhuma de como era. (Sujeito 07).

Atualmente, grande parte do conhecimento chega à população de forma rápida e correta, porém décadas atrás a difusão do conhecimento não era assim. Falar de sexo e sexualidade era um assunto praticamente proibido. Nesse sentido, a falta de conhecimento caracteriza-se como problema.

Apesar de afirmarem possuir informação/conhecimento sobre a doença, pôde-se constatar que não haviam percebido estar sob risco, antes de se infectarem. O risco é uma combinação de fatores. Essa combinação de fatores geralmente é, em parte, a identificação de uma ameaça, em outra parte, a identificação de uma vulnerabilidade.

Na fala dos entrevistados a AIDS é vista como "doença do outro", uma coisa abstrata, a crença no "ver para crer."

Puuuxa vida! Já tinha ido a diversas palestras, lá no SESC, tem um salão grande lá [...] Veio gente de fora, vieram falando, falando, explicando como era, como não era [...] Distribuiu camisinha e aquelas coisa toda. [...] Meio que a gente não sente [...] "ah, isso não é nada disso não, tal". Eu não acreditava! Porque quando não toca na gente, a gente não acredita, cê me entendeu? [...] Depois é que a gente vai ver [...] Na hora que a coisa aperta. (Sujeito 01).

Tinha, mas nunca tinha visto uma pessoa com isso aí. Você entendeu como é que é o negócio. Acho que o mal da gente é isso aí [...] Nunca [...] Tomar cuidado com o bicho da goiaba, essas coisas [...] Se eu visse não entrava nisso aí [...] Mas você vê falar e não vê [...] Você escuta falar e não vê, quer dizer que é que nem diz o outro "só vendo para crer" (risos). Mas quando fui vê já tinha me lascado. (Sujeito 02).

Sim. Mas nunca passou pela minha cabeça que um dia isso ia acontecer comigo. [...] Olha, eu nunca pensei que isso pudesse acontecer comigo. Nunca. Nunca passou pela minha cabeça que ia acontecer comigo. (Sujeito 04).

Ayres et al. (2008) dizem que as condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva (informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo), comportamentais (interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir daqueles elementos cognitivos) e sociais (acesso a recursos e poder para adotar comportamentos protetores).

Nesse contexto, como se pode perceber nos depoimentos dos entrevistados, apenas informações sobre formas de transmissão e situações de risco podem ser insuficientes para a adoção de comportamentos protetores. Não basta informação, pois estar informado não significa necessariamente conhecer; estar ciente não significa necessariamente tomar medidas; decidir a tomar medidas não significa necessariamente fazer.

Todavia, vale lembrar que, apesar de se ter ciência de que, no caso da AIDS, o grau de informação que um indivíduo possui sobre formas de transmissão e situações de risco não é suficiente para que passe a adotar um comportamento protetor, a falta de informações básicas contribui para aumentar a sua vulnerabilidade (PERUGA; CELENTANO, 2003).

A representação que a AIDS tem para os entrevistados é de uma doença incurável, fatal, que pode levar à morte e, ainda, impregnada de muita discriminação e preconceito, mas que pode ser controlada, dominada.

Eu achava, achava não, ela mata. Se a pessoa não se cuidar ela mata. (Sujeito 02).

[...] porque fala "ah, é uma doença que não tem retorno. Você pegou esta doença, acabou". De fato não acabou, não acaba. Mas derruba a pessoa assim, mentalmente [...] Você não consegue se concentrar. (Sujeito 03).

Porque você sabe que é uma doença que não tem cura. Não tem cura. Perigoso. [...] Antigamente eu morria de medo disso daí. Nossa! Isso daí era uma coisa. Hoje, vamos supor tem gente que é muito discriminado. [...] Agora, tem gente [...] Eu vou olhar para trás é uma doença como outras que mata também. (Sujeito 04).

Bom, agora com o pouco que eu sei, eu acho que é uma doença como outra qualquer... É só você se cuidar. Não é um bicho de sete cabeças. É triste? É. Você tem cura? Não tem. Mas você sabendo levar, se controlar, você vive bem, sossegado [...] O preconceito atrapalha um pouco. Porque a gente percebe que a pessoa, quando a pessoa sabe, fica meio te olhando de lado, então é com isso aí que a gente fica magoado [...]. Por isso. [...]. É complicado porque ainda tem gente que tem preconceito, muito preconceito ainda. (Sujeito 05).

A descoberta da condição de soropositivo para o HIV ocorreu quase sempre em função do surgimento de alguns sintomas/adoecimento, estando a

decisão de submeter-se ao teste de HIV a cargo de pedidos médicos, não aparecendo como uma atitude própria do sujeito.

Eu fui ao médico, ele pediu um exame, aí constatou [...]. E foi onde minha vida mudou tudo [...]. Se transformou num pesadelo para mim. (Sujeito 03).

Depois de ir a vários médicos um resolveu me pedir o exame para HIV, foi aí que descobriu tudo. Sofri muito antes de descobrir o que eu tinha, pois passava muito mal e me internei algumas vezes. (Sujeito 06).

Ferreira (2002), em seu trabalho sobre violência aos direitos humanos entre indivíduos portadores do HIV/AIDS, diz que não é de se surpreender que, diante do diagnóstico para a soropositividade, diversas reações e comportamentos dos sujeitos possam surgir, como, por exemplo, medo da doença, vivências de culpas, ou medos relacionados às respostas sociais.

Receber o diagnóstico soropositivo para o HIV acarreta, num 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. Torna-se importante ressaltar que, apesar do espaço de tempo decorrido entre o momento da recepção do diagnóstico positivo para HIV e a data das entrevistas, os relatos ainda estavam carregados de emoção.

Nota-se que a primeira reação, na maioria dos entrevistados, pode ser um estado temporário de choque do qual ele se recupera gradualmente. Quando termina a sensação inicial de torpor e ele se recompõe, aparece a expressão de "não pode ser comigo". Esta negação inicial se revelou na maioria dos entrevistados.

A minha reação quando eu soube do resultado? A minha reação não foi nenhuma, nenhuma [...]. A minha mulher sentiu, porque ela tava no dia comigo, ela sentiu muito [...]. Ela até precisou de psicólogo, precisou de tratamento mais sério [...]. Mas eu não me abalei porque não adiantava mais nada né, eu tinha que ter evitado antes [...]. Mas eu não sinto nada. Eu fui no médico buscar os outros resultados de anemia, essas coíseras, sabe, o doutor falou "e aí A. você baquiou?". Eu falei "Não, normal. Agora tem que tocar o barco para frente porque se eu baquiar pior para mim" Você não acha que é [...]. e vamo tocar o barco para frente e esquecer isso tudo aí. (Sujeito 02).

Eu não acredito que eu tenho. Tenho. Que tenho, tenho. Mas eu não acredito. Não sinto nada, nada, nada. (Sujeito 04).

Sentimentos contraditórios, indiferença, descrédito são comumente evocados. A negação, ou pelo menos a negação parcial, é usada por quase todos os entrevistados, ou nos primeiros estágios da doença ou logo após a constatação, ou, às vezes, numa fase posterior. A negação é explicada por diversos autores como um para-choque depois de notícias inesperadas e chocantes, deixando que o sujeito

se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais. Comumente, a negação é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial (KÜBLER-ROSS, 1998).

Além da negação, a racionalização se apresenta como um importante mecanismo de defesa, podendo auxiliar a sobrevivência e manutenção de uma estrutura egoica, permitindo ao indivíduo processar e elaborar a sua nova condição de vida.

Então, eu procuro viver, não lembrar essas coisa na cabeça, entendeu. [...] Olha, eu vou falar uma coisa para você, o que eu ponho na minha cabeça é que tem coisa pior. Eu fui vítima, fui. Eu prejudiquei minha esposa, eu que tirei a vida dela [...]. É duro demais, mas tem pior. Tem sempre que pensar nisso: tem pior. (Sujeito 04).

Desde que descobri que estava doente procuro me conscientizar que agora não tem mais jeito. Tenho que viver minha vida nessa nova condição. (Sujeito 05).

Estando a AIDS atrelada à ideia de fatalidade/morte, torna-se primordial para incorporação da nova condição de soropositivo para o HIV, a forma como é dado o diagnóstico para o indivíduo (FIGUEIREDO, 2005). Sendo assim, dependendo de como se diz e do tempo que o indivíduo dispõe para conscientizar-se e assimilar a notícia de sua nova história de vida, torna-se capaz de desprender-se de mecanismos de defesa mais radicais, como a negação, para, enfim, fazer uso dos mais brandos.

Os idosos entrevistados relataram também que ao receberem o diagnóstico apresentaram múltiplos sentimentos: amargura, tristeza, desespero, solidão, pânico, incredulidade e até certo ressentimento, como transparece nos depoimentos abaixo.

Vixi [...]. Olha meu filho, eu chorei dia e noite quando o médico me falou. Ele falou, eu chorei, chorei sentimental mesmo. Não esperava isso [...]. Fiquei amargurado, até hoje, até hoje [...] falei "meu Deus do céu! Porque Deus não me deu o caminho para eu ver o que foi, para não pegar isso aí" [...]. Mas não teve jeito, né [...] Se eu fosse de uma mulher só, ia falar que era ela. Mas não foi. Cê entendeu? . Então eu fiquei sem saída. Fica sem saída. Vou te culpar você, que você não tem culpa. Não posso. Fiquei assim [...]. (Sujeito 01).

Já tinha parado e aí voltou, eu comecei a menstruar aí eu via, eu ia no médico, e o médico dava remédio, passava, tudo bem [...]. E aí me saiu umas feridas na boca. Aí vai no médico, farmácia, remédio, tudo [...]. Nada valia. Aí um médico disse para mim: "vamos fazer o exame de HIV porque isso daí é todo o sintoma do HIV". Eu não caí porque tava sentada. Ele falou assim de supetão. Aí eu já saí dali desorientada. Fui fazer, veio o papel, positivo. E eu fiquei desesperada, louquinha, louquinha. Aí tornou a fazer outro exame, positivo. Aí eu mexi (nome da cidade) de perna para cima, andando, procurando um lugar para eu achar para falar "não é nada", sem

poder falar nada com ninguém. [...] Foi difícil. Foi muito difícil. Porque eu falava que não poderia ter acontecido isso comigo... Porque eu não fui uma pessoa má. O que eu fiz pros outros não poderia ter acontecido isso comigo. Eu fiquei em pânico. (Sujeito 05).

Ah, Deus me livre [...]. Não foi fácil, não [...]. Eu fiquei doida! Vixi [...] Eu falei "nossa, pelo amor de Deus". É duro. [...] A gente fica desesperada, né [...]. Não é fácil, não. Eu pensei "eu vou morrer." (Sujeito 06).

A gente se sente acanhado. Nessa idade aqui e ter isso aí [...]. Se Deus me levasse eu ficaria até mais contente [...]. (Sujeito 07).

O impacto da notícia do diagnóstico positivo e a convivência com HIV/AIDS às vezes é carregado e permeado de sentimentos tão intensos e angustiantes que o desejo de morte se faz presente.

E por aí vai [...]. Vou vivendo enganado, tô me enganando a eu mesmo [...]. Será que tá certo isso? Tá nada, né. Tem vez que eu penso em me jogar embaixo de um caminhão [...]. Eu parafuso umas coisas assim, nada a ver [...]. Me jogar embaixo do caminhão, aí acabou aqui [...]. Lá foi eu, foi embora. (Sujeito 01).

Então a vida da gente é desse jeito [...] a gente tem que [...] eu tô levando uma vida até que razoavelmente não é das piores não. Tem hora que dá aqueles problema, aquelas coisa, não se sente bem, dá aqueles pensamentos, aquelas coisa [...] Então você fica meio desorientado. [...] Eu já tive em situação pior. Eu já tentei até dar um tiro na cabeça e tudo. Foi logo no começo. (Sujeito 03).

A culpa é outro sentimento que surge com grande destaque e de forma maciça nos discursos dos entrevistados. A culpa é vivenciada sobre diferentes vertentes, intimamente associadas às histórias de vida de cada um dos idosos aqui estudados, especialmente no que diz respeito às relações de gênero, à forma de contágio e de conhecimento da soropositividade.

Primeiramente, destaca-se o fato de que a convivência com o sentimento de culpa aparece como um tormento, uma perturbação que incomoda e contamina os pensamentos, acarretando desconforto.

Eu penso em tantas coisas 'porque eu fiz isso! Porque eu fui fazer? Porque eu não presto, eu fui o culpado [...]. "Eu vou embora eu vou sumir". E é assim, eu penso nessas coisas. Como é que eu vou tirar isso da cabeça? Não tem jeito. [...] Como é que eu faço? Então é só chorar, chorar, chorar (suspiro). Fazer o que [...] (Sujeito 01).

Ah, você não consegue concentrar nas coisas boas, é difícil [...]. A gente não consegue, parece que tá sempre com aquela culpa, aquele peso na cabeça, que você aprontou, você fez isso, fez aquilo, então [...] (Sujeito 03).

A culpa surge como uma condenação que não pode ser dividida com ninguém. Reconhecer-se responsável pela própria condição de portador do HIV parece agravar o sentimento de culpa. Dessa forma, o convívio com a condição de soropositivo torna-se difícil e doloroso.

Se eu fosse de uma mulher só, ia falar que era dela [...] mas não foi, cê entendeu? [...] Então fiquei sem saída. Fica sem saída. Vou te culpar você, que você não tem culpa. Culpar a Maria, que não tem culpa. Não posso. Fiquei assim [...]. (Sujeito 01).

Mas é difícil conseguir viver [...] Porque eu, como eu, o professor, nós sempre falava assim “não tem que se julgar culpado”. Mas eu me sinto culpado, ué. Porque culpado fui eu de ter pegado a doença; eu saí procurando [...] Então, eu não vou culpar outra pessoa, a culpa tem que ser em cima de mim mesmo, então [...] não tem jeito, mas... Como diz aquela música 'tá ruim, mas tá bom' [...]. Você não tem como melhorar. (Sujeito 03).

O fato de ter se contaminado e ser portador do HIV é visto como uma condenação perpétua. Culpa, remorso, inquietude fazem parte do dia a dia.

A gente tenta, a gente luta, mas não é como antes [...]. É uma coisa que você sabe que não tem retorno. É que nem o cara condenado à cadeira elétrica. É a mesma [...] você tem o mesmo pensamento, fala “um dia vai chegar a minha hora”. (Sujeito 03).

A gente paga com o erro o resto da vida! Não é verdade? Não é que nem um preso, aí, que cometeu um crime, ficou um tempo na cadeia, saiu e tá livre. Isso não, isso aí é para o resto da vida [...] Sem contar o remorso de ter tirado uma pessoa, a vida de uma pessoa, que é uma pessoa muito amada [...] Foi vítima de vítima. Quando que eu queria prejudicar a minha esposa [...]. Mas nunca, nunca, nunca [...] Você vê, eu batalhei tanto, sozinho em São Luís, para não precisar sacrificar eles (família) [...]. Mas infelizmente homem é assim mesmo: tá sozinho vem um dia, vem outro, já viu, chega uma hora, se enrola e acabou, né. (Sujeito 04).

Alguns depoimentos evidenciam uma tentativa de amenização do sentimento de culpa. Recorrem à identidade e condição de trabalhador/provedor e de macho como alternativa para justificar a infecção e suavizar a vivência de culpa. Ou seja, como trabalhador e provedor da família, o indivíduo se permite novos relacionamentos. Tornando-se vítima, a culpa pode ser amenizada.

Quer dizer: eu fui uma vítima também. Só que de vítima, fiz vítima [...]. Então, por isso, embora eu perdi minha esposa [...] Mas eu tenho a consciência tranquila, porque eu sempre fui um bom pai, me sacrifiquei, batalhei muito, dei tudo para eles, dei condições que eu não tive. Eu sou um cara que trabalhei desde os sete anos de idade [...]. (Sujeito 04).

Não tinha ideia nenhuma de como era. Porque o meu negócio era corrido. Eu fazia essa linha de Imperatriz, chegava aqui na segunda-feira, carregava, voltava para Imperatriz, descarregava de novo e assim ia a semana toda [...]. Não tinha tempo para ouvir rádio, ver TV [...]. Eu tinha quatro filhos para criar, educar. Então tinha de trabalhar, ir lá e voltar e trazer dinheiro. (Sujeito 07).

O diagnóstico positivo para HIV traz reações não apenas ao indivíduo portador, mas também a sua família. Os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação que em certa medida se assemelham aos do portador do HIV. Neste contexto de doença, cada família movimenta-se de forma singular, interpretando a situação a partir de uma percepção em que sua cultura, seus códigos e suas regras influenciam seu comportamento e o processo de comunicação entre seus membros (SOUZA, 2009). Nesse sentido, os depoimentos abaixo tratam da reação da família com sentimentos antagônicos - primeiramente rejeição e depois aceitação.

Ah, quando ficou sabendo, cortou relação, né, comigo. E graças a Deus não pegou. Graças a Deus. Meus filhos quando ficaram sabendo me tocaram para fora de casa [...] Minha mulher, os dois [...] Me mandaram embora de casa. Eu falei "Eu vou embora, sim. Vou embora. Vou vender casa aqui, dou a metade do dinheiro para ela. E vou embora" [...]. Depois [...] eu já tinha feito até uma placa que eu ia vender a casa [...] aí meu filho mais velho falou "pai, não vai fazer besteira, não. Isso é coisa da vida, isso é coisa que acontece. Fica quietinho aí" Aí a mulher falou "Fica aí, não tem problema, não [...] só que você para mim acabou". Falei "tudo bem", eu aceitei. Aceitei, porque eu tava errado. Eu tô errado. Aí eu aceitei. (Sujeito 01)

Aí eu falei para minha filha, minha filha ficou meio desorientada também, mas ela se acostumou. Hoje ela me ajuda com muita coisa, falando comigo. E tem o meu filho do meio que ele também não apavorou [...] Ele fica meio assustado, com medo das coisas, porque não tem orientação [...] Eu falo, mas ele não acredita, né [...] ficou meio com medo das coisa, por exemplo, talheres, copos, essas coisas, coisas de casa [...] Até que enfim ele caiu em si, foi ouvindo eu acho que alguma [...] a televisão explicando alguma coisa aí ele parou de ficar meio assustado. E o caçula até hoje não falou neste assunto comigo. Eu falei para a mulher dele e ela falou para ele, e ele não aceitou e não aceita. Ele não aceita, ele não acredita. E não falou comigo, e até hoje não puxou assunto. (Sujeito 05).

Minha mulher chorava o dia inteiro. Dia e noite [...]. Chorava [...]. (Sujeito 07).

No que diz respeito à convivência com a AIDS e como enfrenta o fato de estar com a doença, a maioria dos entrevistados prefere manter o resultado em sigilo, tendo quase que exclusivamente como único confidente a família nuclear, esposa e filhos.

Então eu procuro não deixar ninguém saber, não [...]. E só eu, vocês aqui (referindo-se aos profissionais do hospital) e lá em casa. [...]. Agora, aonde eu tô trabalhando ninguém sabe, porque se souber dá o fim na gente lá, então [...] (Sujeito 02).

Porque bem pouca gente sabe do meu problema [...]. A situação minha é minha esposa, meus dois filhos, uma nora sabe, a outra não sabe, só se contaram para ela e eu não tô sabendo, e minha irmã. Por parte da minha esposa ninguém sabe. (Sujeito 03).

De lá para cá a gente, meus filhos sabem, acho que minha irmã não sabe, tem o meu irmão mais novo que não sabe, mas a maioria sabe [...]. E ela (namorada), da última vez que nós fomos, ela chegou e comentou e eu falei para ela "aconteceu comigo". Mas ela não falou mais nada. Só que mesmo assim eu não fico contente, eu gostaria de discutir o problema [...]. É eu gostaria, né, não sei [...]. Mas ela não falou mais nada. Às vezes, na televisão, aparece negócio lá de preservativo e tal, use e tal, tal, tal [...]. Ela não fala nada. Sabe, mas eu gostaria de discutir esse problema, só que [...]. Toda vez que vai "Oh, põe camisinha" ela fala "põe camisinha". Quer dizer, ela exige mesmo. Então quer dizer que ela tá sabendo mesmo e sabe o risco. (Sujeito 04).

Tendo em vista o caráter incurável da AIDS, o tratamento passa a ser visto como um recurso indispensável à sobrevivência. O uso de medicamentos e mudanças de hábitos de vida são inseridos no dia a dia dos entrevistados, no sentido de alcançar uma melhor qualidade de vida. Assim, o tratamento e o autocuidado tornam-se meios de enfrentamento da doença.

Então a minha saúde é boa, tá tudo controlado, eu tomo os remédios tudo direitinho, sabe. Quer dizer que eu acho que [...] eu vou tocando a vida desse jeito aí até [...] [...]. Eu achava, achava não, ela mata. Se a pessoa não se cuidar ela mata [...]. Eu me alimento bem, sabe, eu não bebo [...] Mas se você não se cuidar ela mata mesmo [...]. Cê não vê gente aí que toma remédio e toma droga o que vira? Tem que ir pro buraco mesmo. (Sujeito 02).

O que eu posso dizer, que com a minha idade, que eu tô hoje, com sessenta e três anos, e com essa doença, até que eu tô indo, longe demais. Porque eu tento, eu forço as coisas [...] eu tomo meus remédios, não bebo bebida alcoólica. [...]. Então eu evito das coisas. [...]. Eu procuro melhorar, no sentido assim, procurar me alimentar, tomar meus remédios certo, tudo, não tomar bebida alcoólica, não fazer extravagância, para ver se a gente vai dando mais uns passos. (Sujeito 03).

Antes disso tomava uma cerveja, uma pinga, tomava um vinho [...]. Agora já não. De quatro anos para cá só tomo refrigerante, "assim cê atura". Assim fala o médico, "assim, cê vai longe". Como na hora certa, descanso bastante, isso aí vale muito. Agora, cê fez extravagância [...]. (Sujeito 01).

Eu não tomo cerveja com álcool, depois que eu comecei com o medicamento, parei. [...]. A única coisa que eu me preocupo é se um dia eles não fornecer mais esse medicamento, porque ele tá indo tão bem que eu tenho medo de ficar sem ele. Então eu me preocupo, não deixo faltar, porque eu acho importante. Depende do tratamento a qualidade de vida. (Sujeito 04).

É, mudou né [...]. Como eu disse para você, eu era baileira, né, eu só não ia na segunda porque não tinha (risos), mas [...]. Eu larguei de ir ao baile, larguei de sair à noite para não tomar friagem, para não tomar um chuveiro, eu procuro não tomar nenhum chuveiro, para me manter mais um pouco [...]. Já tenho bastante idade, né, agora se eu não me cuidar um pouco [...] [...]. E, vivendo eu tô vivendo bem, né. Não ligo porque eu tenho AIDS, eu só me cuido. Eu só me cuido, não faço extravagância. Eu tenho uma vizinha, um casal que também eles são doente, eles bebem direto, quase todo fim de semana, fumam adoidado, toma chuva, né [...]. Eu não, eu, nossa senhora, eu nunca mais tomei chuva, larguei de fumar,

larguei de beber, porque eu bebia né, viajava né, bebia [...] larguei tudo isso [...] procurando manter mais um pouco a minha saúde. (Sujeito 05).

Kübler-Ross (1998) em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer* faz referência ao terceiro estágio vivido por pacientes que tomaram conhecimento de suas doenças, que é a barganha. Apesar de a autora apontar que a maioria das barganhas são feitas com Deus, pode-se evidenciar no discurso do Sujeito 06 apresentado abaixo, que o autocuidado também pode ser considerado como tal, pois a barganha na realidade é uma tentativa de adiamento, incluindo um prêmio oferecido "por bom comportamento", entrando, assim, em algum tipo de acordo que adie o desfecho inevitável.

A gente tem que se apegar muito com Deus, né. Primeiro é Deus, Deus é legal pra caramba. Eu nunca frequentei igreja, nada, entendeu. Mas eu rezo bastante, eu peço pra Ele. Eu até fiz uma promessa: se o próximo exame que eu vou fazer, não der nada, porque eu já fiz um que não deu nada, né, se o próximo que eu fazer não dá nada [...]. Eu fiz promessa Pra São José de Ribamar [...] vou levar uma vela lá na igreja em São José, vou vestir a menininha minha de anjinho, a netinha né, e não vou cortar o cabelo nunca mais. Fiz promessa mesmo, entendeu? (Sujeito 06).

Depois do impacto sofrido pelo diagnóstico positivo para o HIV, vem a necessidade de reestruturação e manutenção da vida em seus vários papéis. Para tanto, são buscados recursos de enfrentamento, característicos de cada indivíduo, tendo como pano de fundo as vivências e histórias de vida próprias de cada um.

Nos discursos de vários sujeitos entrevistados pôde-se perceber que a AIDS e a condição de soropositivo para o HIV foram incorporados à vida destas pessoas de formas distintas, contudo, afetando-as profundamente.

No entanto, para alguns deles, parece não ter havido mudanças drásticas no estilo de vida. A condição de soropositivo é incorporada como mais um aspecto a ser vivenciado, não interferindo no modo de vida anterior ao diagnóstico.

Não, não mudou nada. [...]. Eu continuo trabalhando. E eu trabalho de um jeito que se botar um menino no meu lugar, não faz o que eu faço. Tenho certeza que não. Se for preciso eu pego peso [...]. Comigo não tem esse negócio de nhenhenhe não. [...]. (Sujeito 02).

O fato de estar doente não afetou em nada meu dia a dia. Continuo fazendo tudo igualzinho antes. Não me sinto de forma alguma como uma incapacitada ou como doente (Sujeito 05).

A condição de portador do HIV e os sentimentos despertados em decorrência dela são vividos intensamente, acarretando grandes alterações, principalmente em nível emocional/psicológico, tornando-se um incômodo constante. Oscilações de humor e vivência de sentimentos contraditórios, como tristeza,

desânimo, desorientação, por um lado, tranquilidade, por outro, surgem como características do modo de encarar o dia a dia. Assim, conviver com a soropositividade passa a requerer muito esforço.

Mas tem dia que eu não quero conversa, fico na cama diretamente, choro, choro. Tem dia que não tem agrado comigo. Eu penso em tantas coisa: Porque eu fiz isso! Porque eu fui fazer. Porque eu não presto, eu fui o culpado. Eu vou embora, eu vou sumir. Como é que eu vou tirar isso da cabeça. Não tem jeito. (Sujeito 01).

Mas [...] é o que eu te falo, se não tivesse a tal da AIDS, seria bem melhor. Queira ou não queira você tem que conviver com ela de todo o jeito. Para você não conviver com ela, você tem que dar um tiro no ouvido. A gente tá sempre pensando, sempre martelando, sempre [...]. Tem dia que você tá ruim, que você tá indisposto, você não aguenta ver uma cama, você quer deitar. Parece que, não sei, acabou aquele entusiasmo, aquela coisa, fica sem ação, sem [...] tem dia que nossa senhora! Dá vontade de pegar a estrada e ir embora. Sinceramente, a gente fica totalmente perturbado. Mas tem dia que não. Tem dia que você passa um dia tranqüilo, sossegado. Então, você vai fazer o que? Tem que ir levando desse jeito. (Sujeito 03).

O rico depoimento do Sujeito 05, apresentado a seguir, deixa explícito que o convívio com o HIV/AIDS torna-se mais complexo quando os primeiros sintomas começam a aparecer. Nesta fase, os momentos angustiantes e depressivos aparecem mais intensos do que os vividos no período assintomático da AIDS.

A AIDS já é a doença né. O HIV acho que ainda não tá muito ruim, também sou só soropositivo, tenho o vírus, mas não tenho a doença. Quando eu comecei me tratar o médico falou para mim "a senhora não tem a doença". Quer dizer para mim o que diferencia uma da outra é isso daí. Quando a médica disse para mim que eu não tinha a doença que eu só era soropositivo, que eu não era doente, não tinha manifestado a doença, então eu me sentia melhor, eu tava gorda, eu era feliz, eu passeava, eu participei de desfile, e tudo, né. Depois que começou a fazer exame e que começou "ah, tá alto" "aí, tá", sabe aquelas coisa, aí eu fui me aborrecendo e eu achei que fiquei mais triste. Quando você sabe que tá doente, qualquer coisa você já acha que é o vírus que tá atacando, você já fica com medo, fica assustada. A gente sabe que a gente vai morrer, mas é difícil aceitar. (Tem medo da morte?) Tenho. Com tudo isso e eu ainda tenho medo de morrer. Principalmente quando me dá aquela crise, me dava, graças a Deus, hoje não tenho mais [...] então eu falava agora eu morro. E tenho medo de sair de perto da minha filha. Antes de descobrir eu nem pensava. Nem pensava antes de descobrir isso tudo, todas essas coisas que eu descobri, eu não pensava [...] eu pensava em trabalhar, em cuidar da minha vida. Minha família tava longe eu pegava e ia lá ver [...] só depois que eu fiquei doente que eu fiquei assim. Sei que qualquer hora acontece. Quer dizer, você tem medo, mas sabe que vai acontecer, qualquer hora vai acontecer. (Sujeito 05).

Apesar dos medos e dificuldades de convivência com alguns fatores estressores do dia a dia e da própria doença, o desejo de viver e de aproveitar a vida ainda são preservados, originando sentimentos de esperança.

Mas que para mim, eu acho que existe gente em pior situação do que eu... Então é isso aí que eu procuro alimentar [...] uma esperança e viver com essa esperança. (Sujeito 02).

Eu tô querendo aproveitar o que eu posso. O que eu posso eu tô querendo aproveitar, o máximo que eu puder. (Sujeito 03).

Então é assim [...] O resto eu vou forçando para levar a minha vida bem... Porque não adianta agora chorar pelo leite derramado [...]. Tem que lutar, né. Enquanto tá vivo, tem que lutar [...] (Sujeito 05).

No início da década de 80, no Brasil, a AIDS trouxe à tona, de maneira nova e assustadora, os fantasmas construídos no imaginário social sobre sexualidade e morte, sobre o desfiguramento e o enfraquecimento físico, sobre a vulnerabilidade e o risco visto na cara do outro. Mais do que qualquer outra doença na era moderna, a AIDS revelou nossa relação ainda não resolvida com a diferença e os diferentes, lembrando-nos da longa história que sempre vinculou o medo da diferença com a discriminação, estigma e preconceito (PARKER, 2000).

Goffman (2008) define estigma como um atributo que é profundamente depreciativo e que, aos olhos da sociedade, serve para desacreditar a pessoa que o possui. Este autor argumenta que o indivíduo estigmatizado é visto como uma pessoa que possui uma "diferença indesejável". Observa, também, que o estigma é atribuído pela sociedade com base no que constitui diferença ou desvio, e que é aplicado pela sociedade por meio de regras e sanções que resultam no que ele descreve como um tipo de identidade deteriorada para a pessoa em questão, originando discriminação e preconceito.

Dessa forma, pode-se dizer que a AIDS tem “duas dores”: a dor da própria enfermidade e a dor dos olhos dos outros. Assim, o medo da rejeição, principalmente no ambiente de trabalho, e o sofrimento causado pelo preconceito e pela possibilidade de discriminação afetam de forma contundente os sujeitos desta amostra.

Minha família me trata muito bem, sabe, meus parentes me recebe bem [...] Agora, por exemplo, aonde eu tô trabalhando ninguém sabe, porque se souber dá o fim na gente lá, então [...]. Eu acho que eles discriminam a gente, né, eu creio que sim [...] É firma grande, e eu acho que se eles soubessem, eles já iam se livrar da gente entendeu [...]. Então eu procuro não deixar ninguém saber não. E só eu, você aqui e lá em casa. (Sujeito 02).

É duro, a gente fica [...]. É o que eu te falo, a gente fica desorientado. Você não tem, não sabe, porque é uma coisa que não é tocando, coisando que vai pegar, né, mas tem muita gente que não acredita [...]. (Sujeito 03).

Antigamente, eu morria de medo disso daí. Nossa! Isso daí era uma coisa. Hoje, vamos supor, tem gente que é muito, muito, discriminado. Tem pessoa que se souber que você tem isso daí, se você for tomar uma água, né [...]. Porque hoje eu vejo o negócio assim [...] às vezes eu vou lá na casa no meu filho, eu pego a minha netinha e penso “será que eles não ficam preocupados”. Eu sei que não contamina assim, mas a cabeça das pessoas não sei como é que é. É muito discriminado. (Sujeito 04).

Algumas pessoas que ficou sabendo veio conversar comigo, me dá apoio, como assim, como se não fosse nada, né. [...] Porque até hoje tem pessoa que sabe, ela fica sabendo e para ela não é nada demais. Agora tem alguém que se fica sabendo sai, corta fora da gente. Ainda tem [...]. O preconceito atrapalha um pouco. Porque a gente percebe que a pessoa, quando a pessoa sabe, fica meio te olhando de lado. Então é com isso aí que a gente fica magoada [...] por isso. (Sujeito 05).

Sendo assim, a doença torna-se um caso particular, inerente aos indivíduos com AIDS e vivido pelos familiares. Eles não a socializam, pois temem, por parte da sociedade, atitudes preconceituosas e discriminatórias, que muitas vezes se apresentam de forma velada ou declarada. Dessa forma, a necessidade de silenciar-se em relação à sorologia positiva se faz presente, no intuito de afastar o preconceito e a discriminação.

Então a gente vive desse jeito, sem eles (fazendo referência aos parentes) saberem, nem nada. Mas também tem hora que eu penso “eles pode saber para quê?” “eles vão ajudar em alguma coisa?” Só vão me prejudicar. Porque eu tenho certeza que vão prejudicar em alguma coisa [...] Isolar mais vai. Então [...] (Sujeito 03).

A doença tem um peso. Em casa os filhos sabem, mas os outros parentes não sabem. Todo mundo fica querendo saber por que tá emagrecendo [...]. Pra te falar a verdade você fica com vergonha. (Sujeito 07).

O julgamento social é uma das faces mais sombrias e cruéis do adoecer de AIDS, portanto, uma violência, tanto para o sujeito quanto para seus familiares, pois cria uma identidade social, fazendo dessas pessoas seres distintos e desiguais. Desse modo, o sigilo/silêncio/segredo assume identidade própria, singular, visto que para grande parte da sociedade, a doença está associada ao pecado e à vergonha, sendo, portanto, fruto de comportamentos geralmente desaprovados (SOUZA, 2009).

Ainda em relação à discriminação e ao preconceito, pode-se observar através do depoimento a seguir, que, muitas vezes, em virtude do medo da descoberta da sorologia positiva por outras pessoas, o autocuidado/tratamento medicamentoso pode ficar comprometido.

De vez em quando vai uma pessoa comigo para conhecer, ir para lá, sabe, da firma [...] isso é que me preocupa [...] às vezes vai pra um outro lugar, eu pego o remédio ponho no bolso, vou para o banheiro e tomo lá [...]. Se eu tô sozinho, não, eu tenho mais liberdade, sabe, eu tomo com mais paciência, aquela coisa [...] às vezes eu até atraso, quando eu tô com outras pessoas [...] (Sujeito 02).

Nemes (2000) observou que a história dos pacientes que aderiram ao tratamento medicamentoso é uma história de superação de dificuldades relacionadas, sobretudo, à adaptação da medicação ao estilo de vida e às questões vinculadas ao estigma da doença.

A manutenção do casamento, nos indivíduos casados, sofreu algumas alterações, especialmente no contexto sexual, havendo a recusa de um contato mais íntimo por parte do (a) companheiro (a), ou então uma negativa por decisão própria do portador do vírus. No decorrer das entrevistas pôde-se notar, e é importante destacar, o laço de confiança que se estabeleceu entre o pesquisador e os entrevistados, a ponto de relatarem detalhes particulares de sua vida privada com riqueza de detalhes como se pode conferir nos depoimentos abaixo.

Ah, quando ficou sabendo cortou relação comigo. E graças a Deus não pegou. Graças a Deus. Nós estamos casados há 47 anos, 47 anos [...]. Se eu te contar é aquela história triste e ruim. Eu falo para ela assim "Vamo fazer o negócio aí, eu ponho camisinha e tal" e ela fala "De jeito nenhum! Nem que se morre" Então, eu fico desmoralizado, tá entendendo. Eu tenho vontade. Eu como bem, eu durmo bem, cê tá me compreendendo? Eu não tô morto! Tô caído, mas não tô morto! Tô bom. E ela "não, porque não, porque não". Às vezes a gente discute um pouco e não dá certo, aí eu largo. Eu falo pra ela que eu vou casar de novo. "Vai, sô. Vai, casa. Mas eu não quero casar, não. Só amigá. Eu falo para ela. (risos) Ela fica brava. "Tem coragem?" "Tenho coragem, sim. Eu preciso. Cê não quer nada comigo. Cê me abandonou, me desprezou. Como é que eu vou fazer?" (Sujeito 01).

Só que agora eu não tenho mais relação com a minha mulher [...]. Mas a gente é tudo normal, roupa é tudo junto, não tem preconceito (Sujeito 02).

Quando eu e minha esposa soube do problema, nunca mais nós tivemos relação [...] então o que eu posso fazer, que não posso forçar ela, eu não posso obrigar na marra [...] são coisas que [...] eu tentei a separação, porque eu falei, para a gente viver numa situação desta, né, então eu falei "vamos acertar nossa situação. Você vai para o seu canto, eu vou para o meu canto. Você fica com os seus filhos e eu procuro um canto para mim viver. Não, não sei o que acertamos, só que nós somos que nem dois irmãos. Nós nos casamos em 65. Então a gente vive nesta situação. E agora que a gente [...], como se diz, a gente vive os dois sozinho e numa situação desta é duro! Então, não se toca, não (pausa). (Sujeito 03).

Desde que soube nunca mais tive relação com a minha mulher. Isso me magoa muito. Você tem aquele medo de passar para ela. Graças a Deus minha mulher não tem. Isso aí acabou para mim faz muitos anos [...]. A decisão foi minha de não ter mais relação com ela. Você já tá no buraco, vai querer pôr ela no buraco também. Então [...] (Sujeito 07).

Alguns dos entrevistados afirmam que continuam mantendo relacionamentos extraconjugais a fim de saciar desejos, vontades e interesses sexuais. Nesse contexto, o uso de preservativo se faz presente, apesar de ficar bem claro em seus discursos o preconceito e o mito quanto ao preservativo.

Transei umas duas, três vez, mas preparado, né, com camisinha e tal, bem preparadinho, então [...] mas não tem graça, cê entende [...] não tem graça [...]. É a mesma coisa que chupar bala com o papel e tudo (Risos) [...]. Não dá. Fica desagradável. Mas vamo assim mesmo, deixa o pau quebrar [...] mas eu fico na vontade. Nossa senhora! Tem dia que o meu rosto, assim, pega fogo. A mulher fala "Que cê tem?" "que eu tenho o que, sô. Tô com vontade demais" "mas como o gato sobe, arruma uma preta por aí" ela fala. "mas que preta o que, vou arrumar é tudo, o que tiver na frente" (risos) [...]. Dou umas pegada por fora, por aí, e vai tocando [...] (suspiro) mas que a vida da gente não é brincadeira, não é não [...] cheia de espinho, flor muito pouca [...] flor muito pouca, viu meu filho. (Sujeito 01).

Eu procuro fora, procuro, com certeza. Eu sempre carrego preservativo, sabe [...]. Ah, ficar sem não fica, né (risos) não fica, a gente não é de ferro não. Só que aqui a gente não mexe mais, sabe, porque é difícil, e a gente procura sempre evitar as coisas mais brava [...] usando camisinha [...] você ir assim sem nada é perigoso, porque as vezes a pessoa tem também e [...] cê entendeu [...] cê vê gente aí que você não fala que tem [...]. Cê percebe que eu tenho? Cê não percebe que eu tenho. Inclusive tem umas menina na firma que quer sair comigo e eu não saio [...] eu vou empurrando elas com a barriga, sabe, amanhã, depois e vou deixando. (Sujeito 02)

Os depoimentos constataam que, apesar dos mitos e crenças sobre a sexualidade dos idosos ("mito da velhice assexuada"), eles mantêm o desejo sexual aflorado e encontram formas para poder saciá-los, seja através de relacionamentos amorosos, seja através da masturbação. Todavia, percebe-se que a condição de soropositivo e suas repercussões algumas vezes interferem também no desejo e na sexualidade.

Tranço com camisinha, mas depois desanimei [...]. Porque é chato [...]. Não fica aquela coisa perfeita, né. Então, não adianta eu querer prejudicar ninguém, então passa vontade. Aí tiro na unha (risos). E na santa palma, meu filho. A santa palma é que paga o pato (risos). Será que é pecado? Não é não. E só aqui, oh (faz gesto), (risos) A mulher fala "cê não tem vergonha, sô?" "mas claro que não tenho vergonha. A natureza minha é essa!" De um jeito ou de outro, tem que dar um jeito, não é verdade? Eu fico de um jeito que até parece que eu vou morrer [...] o rosto fica pegando fogo, a orelha, assim... Aí ela fala "nossa senhora, cê tá doente, heim!" "eu tô, tô doente agora mesmo [...] peraí". Aí fui no banheiro e tomei um banho e só aqui (gesto) Ela falou "Ah, agora cê tá mais calmo" "mas é claro, esvaziei" [...] Que coisa né (Sujeito 01).

E um dia sim e outro também. Sempre fui assim. Foi por isso que dizem aí que foi também, que foi o que causou aí, né, porque fica sozinho lá [...] ai de repente [...] a pessoa começa tatatatá, lá era todo dia [...]. Sempre foi assim [...] mas sei lá se é exagero [...] não é uma coisa forçada. É natureza, sei lá é uma natureza diferente [...] eu sei que um dia acaba, sei lá todo mundo... mas hoje eu tô normal, normal. (Sujeito 04).

*É, demora (desejo sexual), porque a gente toma muito remédio, tive de-
baixo de antibiótico, tomo remédio quase que os dias todo [...] então, sei lá,
parece que a gente cai em si que aquilo também é [...]. Então quando
acontece alguma coisa que eu me sinta eu tento me controlar [...] uma
vontade [...] eu tento me controlar e deixo passar [...] e às vezes até me
masturbo, não vou esconder [...] mas eu não vou atrás de ninguém porque
eu tenho receio de [...] você tem a camisinha, mas pode estourar a
camisinha, você pode passar para uma pessoa que não tem, eu não quero
ter esse sentimento de ter feito isso com os outros, eu sabendo e não tô
arriscando também de pegar outras coisas, porque eu não tenho e não
quero me complicar mais. (Sujeito 01).*

*Então [...]. Antes eu tinha uma vida sexual normal [...]. Mas agora não tenho
nem mais vontade, desejo [...] Isso aí acabou com tudo [...]* (Sujeito 07).

*(desejo sexual) Eu não tenho vontade de nada, acabou tudo, de jeito
nenhum [...]. Com sessenta e seis anos (risos). E, a idade não ajuda. Eu pra
casar não caso mais não. Não, eu não. Sou sossegada, pus cadeado (risos)
tranquei. Deus me livre, né. (desejo/vontade) Não, de jeito nenhum, acabou.
(Sujeito 06).*

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar sobre a temática do idoso com AIDS não foi fácil. A literatura sobre o assunto é escassa e nossa sociedade, de modo geral, é cheia de mitos, estereótipos e preconceito. Sexo na terceira idade ainda é um assunto difícil de ser abordado em nosso meio e ainda existem diversos tabus a ele relacionados. Para muitos, o idoso ainda é visto como um ser assexuado.

Optei por este estudo, aprofundei-me e realizei uma revisão minuciosa dos seguintes temas: “O Envelhecer e Suas Dimensões”, “Aspectos Socioculturais da Sexualidade e do Envelhecimento”, “Envelhecimento e Vulnerabilidade” e “Envelhecimento e AIDS” que me possibilitam tecer algumas considerações que julgo pertinentes e oportunas.

De acordo com os resultados deste estudo, que objetivou analisar conhecimentos, aspectos comportamentais e percepções dos idosos portadores de HIV / AIDS atendidos em um centro de referência estadual do Maranhão, concluí que:

- A população foi composta predominantemente por idosos de 60 a 65 anos (57%); solteiros (63%); natural de Pinheiro (40%); do sexo masculino (61%); pardos (52%); católicos (80%); que moram em casa alugada (91%), do tipo alvenaria (83%), com até 2 filhos(50%); aposentados(78%),com nível de escolaridade até o ensino fundamental(50%) e renda média de um salário mínimo(52%);
- Referiram já haver participado de alguma aula, palestra ou reunião sobre DST/AIDS, no entanto, quando questionados sobre a transmissão do vírus e a segurança nas práticas sexuais, um grande número demonstrou não ter conhecimento ou ter dúvidas que, associados a outros determinantes, podem ser um fator de risco e vulnerabilidade ao idoso. Sabe-se que o fator conhecimento é bastante importante para adoção de condutas protetoras;
- Conhecem a camisinha, entretanto pouco mais da metade (61%) referiram fazer sempre uso deste preservativo e 43% tinham dúvidas quanto a como colocá-la e retirá-la. O não uso da camisinha foi

justificado por 38% dos idosos por não gostarem de usá-la/preferirem o ato sem ela. Estes dados deixam claro o comprometimento da segurança das práticas sexuais desta população;

- Todos os idosos deste estudo relatam que foram contaminados por via sexual, em relações heterossexuais e que têm HIV/AIDS de 8 a 11 anos (61%).

Sendo esta pesquisa também de metodologia qualitativa, tive a oportunidade de identificar as percepções do idoso portador do HIV/AIDS e entendi sobre o seu viver com a soropositividade. No início não foi fácil abordar aspectos da sua sexualidade, mas com o passar do tempo houve a construção de uma relação sincera, de respeito e permeada de sentimentos entre mim e os entrevistados.

Na fala dos entrevistados, percebi que estes não possuíam nenhum, ou quase nenhum conhecimento sobre a AIDS antes de adoecerem. Todavia, pude observar que havia uma distinção entre “ouvir falar” e ter informações corretas sobre a doença. Muitos não haviam percebido estar sob risco, caracterizando assim vulnerabilidade.

São várias suas representações sobre a AIDS: “doença incurável”, “fatal”, que pode levar à morte e impregnada de discriminação e preconceito. Diante do diagnóstico para soropositividade, há uma mistura de sentimentos, como: medo, indiferença, descrédito, negação, amargura, tristeza, desespero, solidão e pânico. Em alguns casos, o impacto desse diagnóstico e a convivência com o HIV/AIDS é carregado de sentimentos negativos que o desejo de morte se faz presente.

Percebi claramente que o diagnóstico positivo para HIV traz reações não apenas ao indivíduo portador, mas também a sua família. Os membros da família experimentam diferentes estágios de adaptação que, em certa medida, se assemelham aos do portador do HIV.

A manutenção do casamento, nos indivíduos casados, sofreu algumas alterações, especialmente no contexto sexual, havendo a recusa de um contato mais íntimo por parte do (a) companheiro (a), ou então uma negativa por decisão própria do portador do vírus. No entanto, alguns entrevistados deixam claro em sua fala que continuam mantendo relacionamentos extraconjugais a fim de saciar desejos, vontades e interesses sexuais.

O aumento nos índices de contaminação pelo HIV em idosos pode estar associado a vários fatores, dentre estes: contexto sociocultural, sobretudo na área

da sexualidade; mudanças demográficas que apontam para o envelhecimento populacional; inovações na área da saúde; falha nos esforços de prevenção para com este segmento; as vulnerabilidades individuais, social, programática e outros.

A Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842/94, foi considerada um marco na construção de ações voltadas para a atenção à saúde do idoso como também a criação dos Conselhos Estaduais do Idoso e posteriormente o Estatuto do Idoso. Diante desses arcabouços legais, está sendo esperada pela sociedade e em especial pelos idosos a possibilidade de conquistas e qualidade de vida. Contudo, percebo que os idosos têm os seus direitos subtraídos no cotidiano dos serviços e das instituições que desenvolvem políticas de assistência “destinadas a eles”. Tais políticas e instituições parecem reproduzir os preconceitos e estereótipos dados à velhice.

Pude constatar, em visita ao setor do Ministério da Saúde responsável pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em Brasília, que infelizmente há uma carência de diretrizes e princípios norteadores referentes aos direitos dos idosos, para além da sexualidade e das questões relacionadas ao HIV/AIDS. Não estaria na hora de este setor definir indicadores e metas nacionais, aprofundar o debate com os gestores estaduais e municipais da saúde, mobilizar a sociedade civil organizada e buscar garantir a esse grupo etário o direito à prevenção secundária, acesso a insumos, à informação, à educação e ao aconselhamento adequado a suas vivências? Não seria esta uma de suas atribuições?

Constater também que políticas que garantam o direito à não discriminação desses idosos são necessárias e urgentes, especialmente para esse grupo que enfrenta sentimentos de abandono e vergonha, constrangimento, medo e sensação de ser tratado de forma (in) diferente.

Assim, espero que este trabalho possa dar mais visibilidade à questão dos idosos convivendo com HIV/AIDS e sirva de inspiração a práticas políticas e institucionais que tenham como horizonte ético mitigar o estigma e a discriminação às pessoas convivendo com HIV/AIDS.

REFERÊNCIAS

- ALONSO, J. A. M. **Aspectos sociológicos del proceso de envejecimiento**. Quadern CAPS, 1995. Disponível em: < [http:// www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em: 10 de jun. de 2010.
- ALVES, V. P. A religião e os idosos. In: FALEIROS, V. P.; LOUREIRO, A. M. L. (Org.). **Desafios do envelhecimento: vez, sentindo e voz**. Brasília, DF: Universa, 2006.
- ANTÓN, E. et al. Sperm studies in heterozygote inversion carriers: a review. **Cytogenet Genome Res**, New York, v. 826, n. 9, p. 81-102, 2005.
- ARANTES, J. T. O sucesso brasileiro na luta contra a AIDS. **Scientific American**, USA, v. 1342, n. 6, p. 8-12, 2002.
- ARAÚJO, V. L. B. et al. Características da AIDS na terceira idade em um hospital de Referência do Estado do Ceará, Brasil. **Rev. bras. epidem.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p.12-20, 2007.
- AIRES, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1991.
- AYRES, J. R. de. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESINA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 76-95.
- AYRES, J. R. de. C. M. et al. AIDS, **Vulnerabilidade e Prevenção**. 2008. Disponível em: < <http://www.aidscongress.net/7> congresso >. Acesso em: 19 de mar. de 2010.
- AZAMBUJA, K. F. **Perfil do Paciente HIV+ com mais de 60 anos no Estado do Rio de Janeiro**. 2000. Disponível em: < <http://www.aidscongress.net/7> congresso >. Acesso em: 28 de fev de 2010.
- BALLONE, G. J. **Da emoção a lesão**. Psiqweb Psiquiatria Geral, Internet. 2001. Disponível em: < <http://gballone.sites.uol.com.br/psicossomatica/raiva.html> >. Acesso em: 22 de jan. de 2010.
- BASTOS, I. F. **AIDS na terceira idade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- BATISTA, L.E. A cor de raça no Estado de São Paulo, 1998 a 2001. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, 2004.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BENTOV, M. et al. Envejecimiento y bienestar. In: DORESS, P.B.; SIEGAL, L. (Org.). **Envejecer juntas**. Barcelona: Ed. Paidós, 1993.
- BOBBIO, N. **De senectute e altri scritti autobiografici**. Torino: Einaudi Editore, 2006.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO- AIDS /MA 2009, Ministério da Saúde. **O Perfil da Epidemia da AIDS no Estado do Maranhão 1985 a 2008**, ano 3, n. 3.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO- AIDS/ MA 2010-Ministério da Saúde. **O Perfil da Epidemia da AIDS no Estado do Maranhão 1985 a 2009**, ano 4, n. 1.

BORBA, F. S. (Coord). **Dicionário gramatical de verbos do português contemporâneo do Brasil**. 2. ed., São Paulo: UNESP, 1991.

BORGES, L. S. Feminização, juventude e AIDS. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 17 fev. 2000, p. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. **Aids entre idosos reorienta política de prevenção**. Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº. 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 4 de jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Programa Nacional DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico- AIDS e DST**. Ano III Nº 2. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS**. Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. AIDS. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico- AIDS e DST**. Ano 4, n. 1. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vacina reduz risco de infecção pelo HIV em mais de 30%**. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional Antidrogas. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico- AIDS e DST**, Ano 7, n. 1. Brasília, DF, 2010.

BRASILEIRO, M.; FREITAS, M. I. F. Representações sociais sobre a AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, 2006.

CAETANO, S. **Sexualidade na terceira idade**. 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/sexualidade-na-terceira-idade/pagina1.html>>. Acesso em: 14 de jun. de 2010.

CAL, J. O. de La; VITAL, M. G.; NARANJO, M. F. Sexualidade em el anciano: um elemento importante em su calidade de vida. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, Habana, v. 7, n. 6, 2001.

CAMARGO JR., K. R. **As ciências da AIDS & A AIDS das ciências**: o discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

CANÇADO, J. M. **A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Revinter, 1994.

CAPODIECI, S. **A idade dos sentimentos**: amor e sexualidade após os 60 anos. São Paulo: EDUSC, 2006.

CARAMELLI, P.; BARBOSA, M. T. Como diagnosticar as quatro causas mais freqüentes de demência? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, 2002.

CARVALHO FILHO, E. T.; ALENCAR, Y. M. G. **Geriatrics**: fundamentos, clínica, terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1994. p. 78-96.

CASTRO, M. P. **O viver com o HIV/AIDS na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado da cidade de São Paulo**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Medicina, São Paulo, 2007.

CASUCCI, M. A. A. Psicogerontologia: attualità e nuove prospettive. In: URBANI, G. (Org.). **L'Anziano attivo**: proposte e riflessioni per la terza e la quarta età. Torino. Edizioni della Fondazione Giovanni Agnelli, 1991. p. 22-37.

CATUSO, M. C. Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. **Rev. virtual textos contexto**, Rio Grande do Sul, n. 4, 2005. p. 20-32.

CHAUVIN, B., HERMAND, D. Risk perception and personality facets. **Risk Analysis**, v.27, n.4, 2006.p. 171-185.

CURIONI, C.; PEREIRA, R.; VERAS, R. **Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2003**. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo>>. Acesso em: 28 de fev. de 2010.

DEBERT, G. G. **Antropologia e velhice**. Campinas: IFCH/ UNICAMP, 1994. p. 24-53.

DECARLO, P. **Qué necessitan lãs personas mayores de 50 em La prevención del HIV?** [S.l]: University of Califórnia, 1998. Disponível em: <<http://www.caps.usfc.edu/mayores.html>>. Acesso em: 06 jun. 2010.

DURHAM, J. D.; COHEN, F. L. **A enfermagem e o aids**. São Paulo: Manole, 1989.

DÜTTMANN, A. G. **La discórdia del SIDA**: cómo se piensa y se habla acerca de un vírus. Madri: Anaya & Mario Muchnik, 2005.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, 2006.

FAUCI, A. S.; LANE, H. C. Doença devida ao vírus da imunodeficiência humana (HIV): AIDS e distúrbios relacionados. In: BRAUNWALD, E; et al. **Medicina interna**. Rio de Janeiro: McGraw, 2002.

FAVARATO, M. E. C. S. et al. Sexualidade e climatério: influência de fatores biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Reprodução & Climatério**, São Paulo, v. 15, n. 4, 2000.

FEATHERSTONE, M. A velhice e o envelhecimento na pós-modernidade. **Terceira Idade**, SESC, v. 10, n. 14, p. 5-17, 1998.

FEITOZA, A. R. **Aids em maiores de 50 anos**: um estudo epidemiológico descritivo do município de Fortaleza- CE. 2003. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem/ Saúde Comunitária) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

FEITOZA, A. R; SOUZA, R. S.; ARAÚJO, M. F. M. A magnitude da infecção pelo HIV/AIDS em maiores de 50 anos no município de Fortaleza- CE. **DST- Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2004.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.105-109, 2005.

FONSECA, M. G. et al. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, p.18-26, 2000.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade e o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FRAIMAN, A. P. **Sexo & afeto na terceira idade**. São Paulo: Gente, 1994.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 610-617.

GODOY, V. et al. **O perfil epidemiológico da AIDS em idosos utilizando Sistemas de Informações em Saúde do DATA SUS**: realidades e desafios. 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/dst/revista20-1-2008/1.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 2008.

GORINCHTEYN, J. C. **Entrevista concedida a João Carlos Cote**. Belo Horizonte, 9 out. 2008. Disponível em: < [http:// www.ibvivavida.org.br/noticias.asp?id=608](http://www.ibvivavida.org.br/noticias.asp?id=608)>. Acesso em: 10 jun. 2010.

GORINCHTEYN, J. C. Avanço da AIDS na terceira idade. **Prática hospitalar**. 2005. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br> . Acesso em: 14 mai. 2010.

INELMEN, E. M.; GASPARINI, G.; ENZI, G. HIV/AIDS in older adults: a case report and literature review. **Geriatrics**, v. 60, n. 9, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. 2009.

IWASSO, Simone. AIDS se alastra entre os idosos. **O Estado de São Paulo**, São Paulo 01 maio 2005. p. 18. Disponível em:< <http://www.agenciaaids.com.br/noticias-resultado.asp>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

KLEIN, C. H; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

KÜBLER-ROSS E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEME, L. E.G. A gerontologia e o problema do envelhecimento: visão holística. In: PAPALÉO, N. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999.

LEMOS, E. F. de. **Sexualidade na 3º Idade**. Florianópolis: Ediograf, 2003.

LIMA, M. L. **Terremotos, amor e outras coisas perigosas**: uma abordagem psicossociológica da percepção de riscos. Lisboa: Livros Horizonte, 2003.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 102, n. 7, p. 17-23, 2005.

MARTINS, J; BICUDO M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia**: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Moraes, 2007.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A resposta sexual humana**. São Paulo: Roca, 1984.

MATTAR, M. E. **Dignidade e segurança sob o mesmo teto**. 2003. Disponível em: < http://www.cidadania.org.br/conteudo.asp?Conteudo_id=830&secao_id=100 >. Acesso em: 22 mar. 2010.

MATTOS, G.; NAKAMURA, E. **Aspectos da sexualidade no processo do envelhecimento**. 2007. Disponível em: <http://uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/oitavo.pdf >. Acesso em: 15 abr. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec- Abrasco, 2004.

MINAYO, M. C.; COIMBRA, C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MOREIRA JÚNIOR, E. D. et al. Prevalence of sexual problems and related help-seeking behaviors among mature adults in Brazil: data from the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. **São Paulo Medical Journal**, v. 123, n. 5, 2005.

NEGREIROS, T. C. Sexualidade, gênero e envelhecimento. **Revista Alceu**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 9, 2004.

NEMES, M. I. B. **Avaliação da aderência ao tratamento por antirretrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à AIDS no Estado de São Paulo.** Brasília, DF, 2000.

NÉRI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia.** Campinas: Alínea, 2001.

NETTO, J. P. **A erosão do Serviço Social “tradicional” na América Latina.** In: Ditadura e Serviço Social. Uma análise do Serviço Social na Brasil pós-64. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 142–151.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Previsões sobre a população mundial.** 2008. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br>. Acesso em: 11 mai. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo.** 2006. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br>>. Acesso em: 27 mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual sobre o envelhecimento.** 2005. Disponível em: < <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqolold.html> >. Acesso em: 12 jun. 2010.

PAIVA, V. et al. **A vulnerabilidade das mulheres ao HIV é maior por causa dos condicionates de gênero?** Cuadernos Mujer Salud, Santiago, 1998.

PAIVA, V. et al. **Uso de preservativos: pesquisa nacional.** MS/IBOPE, 2003. Disponível em:< www.aids.gov.br/pdf >. Acesso em: 15 de abril de 2010.

PAPALÉO, M. N. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, 2002.

PARKER, R. **Corpos, prazeres e paixão: a cultura sexual no Brasil contemporâneo.** São Paulo: Nova Cultural, 2000.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005.

PERLADO, F. **Teoría y práctica de la geriatría.** Madrid: Diaz de Santos, 1995.

PERUGA, A.; CELENTANO, D. D. Correlates of AIDS knowledge in samples of the general population. **Social Science and Medicine**, v. 46, n. 7, p. 16-19, 2003.

POTTES, F. A. et al. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.78, n.3, p. 22-30, 2009.

PRILIP, N. B. A. **O pulso ainda pulsa**: o comportamento sexual como expressão da vulnerabilidade de um grupo de idosos soropositivos. 2004. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

RAMOS, L. R. Os fármacos e os idosos. In: GORZONI ML; TONIOLO NETO, J. **Terapêutica clínica no idoso**. São Paulo: Sarvier, 2002.

RAMOS, P. R.B. **Os direitos fundamentais das pessoas portadoras de deficiências**. 2. ed. São Luís: Promotoria do Idoso e Deficiente, 2003.

REIS, J. A. **As vinculações e a satisfação do viver**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2004.

ROBLEDO, L. M. G. Concepción holística del envejecimiento. In: ANZOLA PÉREZ, E. et al. (Org.). **La atención de los ancianos**: um desafío para los años noventa. Washington D.C.: OPS, 1994.

ROCHA, N. S. **Associação entre saúde, espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais e qualidade de vida**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

ROTTA, Z. M. V. et al. AIDS: aspectos preventivos em idosos de Blumenau. **Rev. Digital**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p.22-29, 2003.

SALDANHA, A.; VASCONCELOS, I. **Vulnerabilidade ao HIV na velhice**: riscos, prevenção e tratamento. 2008. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/article>>. Acesso em: 19 de mai. de 2010.

SANCHES, K. R. de B. **A AIDS e as mulheres jovens**: uma questão de vulnerabilidade. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2006.

SANTOS, I. M. M. dos et al. Perfil da AIDS em indivíduos acima de 50 anos. **Revista Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 5, p. 16-18, 1997.

SANTOS, N. J. S. et al. A AIDS no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 5, n. 3, 2002.

SANTOS, S. S. **Sexualidade e amor na velhice**. Porto Alegre: Sulina, 2003.

SEGATTO, C. AIDS depois dos 50. **Época**, São Paulo, v. 122, n. 6, p. 26, 2003.

SILVA, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, F. H. Beyond retrovirus infection: HIV meets gene therapy. **Genet. Mol. Biol.** v. 25, n. 4, p. 23-28, 2009.

SILVA, L. S. **AIDS: transmissão e prevenção sob a ótica de idosos aposentados de Feira de Santana- BA.** 2002. Disponível em: <<http://www.sbponline.org.br/revista2/.../v16n2a04t.htm>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

SILVA, R. M. **A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação.** Acta Fisiátrica, v. 10, n. 3, 2003.

SILVEIRA, C. M. Aids no idoso. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 82-105.

SODELLI, M. **Escola e AIDS: um olhar para o sentido do trabalho do professor na prevenção à AIDS.** Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia da Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 1999.

SOUZA, C. **Sexualidade na terceira idade.** 2009. Disponível em: <<http://www.soropositivo.org/arquivo-de-noticias/4233-a-sexualidade-na-terceira-idade.html>>. Acesso em: 22 jun. 2010.

SOUZA, C. T. V de. **Características Sociodemográficas, Comportamentais e Vulnerabilidade à Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana em Homens que Fazem Sexo Com Homens do “ Programa Rio”.** 2001. Disponível em: <www.aidscongress.net/html/livro7congresso.pdf >. Acesso em: 20 abr. 2010.

SZWARCWALD, C. L. et al. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987- 1996: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 1, n. 2, p.32-40, 2004.

UNAIDS. **Impacto of AIDS in older population.** 2009. Disponível em: <data.unaids.org/publications/fact-sheets02/fs_older_en.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2010.

UNAIDS. **Reporto of global AIDS epidemic.** 2010. Disponível em: < viewer.zmags.com/showmag.php>. Acesso em: 29 abr. 2010.

VALENTINI, M.; RIBAS, K. **Terceira idade: tempo para semear, cultivar e colher.** 2003. Disponível em: < <http://www.unicentro.br/editora/revistas/analecta.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2010.

VASCONCELLOS, D. et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 9, n. 3, set./dez., 2004.

VASCONCELOS, E. M. R.; ALVES, F. A. P.; MOURA, L. M. L. de. Perfil epidemiológico dos clientes HIV/AIDS na terceira idade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 54, n. 3, 2001.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VITIELLO, N. **Reprodução e sexualidade.** São Paulo: CEICIJ, 1995.

WAGNER, E. C. A. M. As dimensões individuais no envelhecimento. In: PEREIRA, D. A. (Org.). **Idoso**: encargo ou patrimônio? O envelhecer em São Paulo. São Paulo: Proposta Editorial, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Uses of epidemiology in aging**; report of a scientific group. 1984. (WHO - Technical Report Series 706).

ZORNETTA, M. Aids e terceira idade. **Revista Saber Viver**, jan./mar., 2005. Disponível em: < <http://www.saberviver.org.br>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

ZORNITTA, M. **Os novos idosos com AIDS**: sexualidade e desigualdade à luz da bioética, 2008. Disponível em: <http://www.saberviver.org.br/pdf/dissertacao_novos_idosos.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa “Comportamento e Práticas Sexuais de Idosos Portadores do HIV/AIDS Atendidos em um Hospital de Referência de São Luís- MA”. Para isso, você terá que responder um questionário composto de perguntas abertas e fechadas relacionadas ao tema da pesquisa.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar aspectos comportamentais e práticas sexuais de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no Hospital Presidente Vargas em São Luís- MA e sua população-alvo será composta por pacientes portadores do HIV/AIDS em acompanhamento no Hospital Presidente Vargas com idade igual ou maior de 60 anos, em uso ou não de medicamentos antirretrovirais, internados ou em acompanhamento ambulatorio, que aceitem participar assinando este termo.

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedecem aos critérios da Ética na Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e consiste em responder um questionário, portanto não lhe trará nenhum risco ou desconforto.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Os dados do (a) voluntário (a) serão identificados com um código e não com o nome. Somente o pesquisador e seu orientador terão conhecimento dos dados, assegurando assim sua privacidade.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo contribua com informações importantes que devem acrescentar elementos importantes à literatura, e o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Você não terá nenhum tipo de despesa ao autorizar sua participação nesta pesquisa, bem como nada lhe será pago por sua participação.

Sua participação **não é obrigatória**, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento sem qualquer prejuízo ao seu cuidado.

Sempre que você quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone do pesquisador, de seu orientador e, se necessário, por meio do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa. Você receberá uma cópia deste Termo de Consentimento assinado pelo pesquisador.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre e esclarecida para permitir sua participação nesta pesquisa. Portanto, preencha os itens que seguem:

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
após a leitura e compreensão destas informações, entendo que minha participação é voluntária e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento e autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

São Luís, _____ / _____ / 2010.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador

Pesquisador: Allan Serra. Rua Bari Q 7, C 5, Cond. Itália- Cohama

Tel.: 3246-7050/ 8845-5419

Orientadora: Dr^a Sílvia Cristina Viana Lima. Sítio do Físico S/N Parque Estadual do Bacanga.

Tel.: 3218-8735/ 8111-2585

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário. Rua Barão de Itapary, 227 Centro- São Luís- MA.

Tel.: 2109-1000

APÊNDICE B

Miniexame do Estado Mental

Do ponto de vista prático, para uma primeira análise do estado cognitivo, o teste mais difundido e de maior validade é o MEEM, elaborado por Folstein em 1975.

- 1) Solicitar ao examinando que diga o dia da semana, dia do mês, o mês, o ano, e a hora (1 ponto para cada resposta correta).
- 2) Solicitar que diga a cidade em que se encontra, o estado, o bairro, o nome do hospital / clínica e em que setor do hospital se encontra (1 ponto para cada resposta correta).
- 3) Dizer ao paciente 3 objetos (ex.: laranja, relógio, moto) e solicitar que os repita (1 ponto para cada resposta correta). Se não repetiu as 3 corretamente, treinar com o mesmo até que consiga.
- 4) Subtrair 7 de 100 cinco vezes seguidas (ou soletrar MUNDO de trás para frente) (1 ponto para cada resposta correta).
- 5) Recordar os 3 objetos ditos no item 3 (1 ponto para cada resposta correta).
- 6) Mostrar dois objetos e pedir que nomeie (ex.: caneta e relógio) (1 ponto para cada resposta correta).
- 7) Repetir “Nem aqui, nem lá, nem cá” (1 ponto).
- 8) Escrever (o examinador) em um papel: “Feche os olhos” e pedir que o paciente leia e execute o solicitado (1 ponto).
- 9) Solicitar: “Pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” ou “Com a mão direita, toque na ponta do nariz, e depois na orelha esquerda” (1 ponto para cada ação correta).
- 10) Copiar o desenho dos dois pentágonos em intersecção (1 ponto).



- 11) Pedir ao paciente que escreva uma frase qualquer (1 ponto, se a frase tiver sentido).

Avaliação do Exame:

A pontuação obtida no Miniexame do Estado Mental pode ir, portanto, de 0 a 30.

No idoso considera-se com déficit cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15 ;
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22 ;
- Com escolaridade superior a 11 ≤ 27 .

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO

PESQUISA: Conhecimentos, Aspectos Comportamentais e Percepções de Idosos
Portadores do HIV/AIDS Atendidos em um Centro de Referência Estadual do
Maranhão

Nº DO QUESTIONÁRIO: _____

I-ESTADO _____

II-MUNICÍPIO _____

Data: ____/____/____ Hora de Início: _____ Término: _____

Nome do (a) entrevistador/a: _____

PARTE I

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Qual a sua idade? (em anos): _____

2. Estado civil atual:

() Casado

() Solteiro

() Viúvo/a

() Divorciado/a

() Outros. Especificar: _____

3. Onde você nasceu? Estado: _____ Cidade: _____

4. Sexo: () Masculino () Feminino

5. Raça/Cor (Autoidentificação):

- Branca
- Preta
- Amarela
- Parda
- Indígena

6. Religião:

- Espírita
- Candoblé/umbanda
- Religiões orientais
- Evangélica
- Católica
- Judaica
- Sem Religião
- Outra.Especificar_____

7. Moradia:

- Casa própria
- Alugada
- Cedida
- Reside com a família

8. Qual o tipo de habitação:

- Alvenaria
- Taipa
- Outro: Especificar_____

9. Número de cômodos/ exceto banheiros: _____

10. Número de moradores na residência (incluindo você): _____

11. Qual sua renda mensal ? R\$ _____

12. Qual a renda mensal familiar ? R\$ _____

13. Qual o nº de filhos (as)? _____

14. Qual a sua situação atual em relação ao trabalho?

- Tem emprego fixo
- Não tem emprego fixo
- Desempregado
- Aposentado

15. Até quando estudou?

- Nunca estudou, não sabe ler
- Nunca estudou, mas sabe ler
- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior incompleto
- Ensino Superior

16. Que você faz para se divertir?

- Joga bola
- Vai à igreja
- Assiste à TV
- Outro. Especificar _____

CONHECIMENTOS SOBRE O VÍRUS E SUA TRANSMISSÃO

17. Você já participou de alguma aula / palestra / reunião sobre DST/AIDS?

() Sim

() Não

18. Você sabe como é transmitido o vírus da AIDS?

() Sim

() Não

() Tenho dúvidas

19. Você acha que transmite HIV/AIDS:

TRANSMITE HIV/AIDS	SIM	NÃO	NÃO SEI
Reutilizar/ferver agulhas e seringas?	()	()	()
Da mãe contaminada para o feto?	()	()	()
Pode ocorrer por meio de relação sexual com parceiro contaminado sem proteção?	()	()	()
Doando sangue?	()	()	()
Por meio de picada de insetos?	()	()	()
Uso de banheiros, copos, talheres, toalhas, após utilização por uma pessoa com AIDS?	()	()	()
Pode ocorrer por aperto de mão, abraço ou beijo de pessoa contaminada?	()	()	()
Pode ocorrer tomando banho de rio, piscinas, lagoa junto com pessoa com AIDS?	()	()	()
É possível reconhecer uma pessoa portadora do vírus da AIDS pela sua aparência?	()	()	()

20. Diga se você considera "segura", "insegura" ou "tem dúvidas" sobre as seguintes práticas sexuais:

PRÁTICAS SEXUAIS	SEGURA	INSEGURA	TENHO DÚVIDA
Penetração vaginal com camisinha	()	()	()
Penetração vaginal sem camisinha	()	()	()
Sexo oral com camisinha	()	()	()
Sexo oral sem camisinha	()	()	()
Sexo anal com camisinha	()	()	()
Sexo anal sem camisinha	()	()	()
Masturbação mútua	()	()	()

PARTE III

ASPECTOS COMPORTAMENTAIS

21. Você conhece ou sabe o que é camisinha? (Caso não, passe para a questão 28).

- () Sim
() Não

22. Já usou camisinha?

- () Sim
() Não

23. Você sabe como colocar e retirar a camisinha?

- () Sim
() Não
() Tenho dúvidas

24. Você sempre usa camisinha?

- () Sim
() Não

25. Nos últimos 6 meses, com que frequência você usou a camisinha nas relações sexuais?

- Sempre usa
- Na maioria das vezes
- Usou poucas vezes
- Não usou nenhuma vez
- Não sabe/não respondeu

26. Como você obtém camisinha?

- Compra
- Vai buscar nos serviços de saúde
- Vai buscar em serviços vinculados à área social, ONGs...
- Recebe em eventos como carnaval e outras datas.

27. Por quais motivos ou em que situações você deixa de usar a camisinha?

- Porque não sabe usar
- Porque não gosta de usar / prefere sem
- Porque tira o prazer / quebra o clima
- Porque não tem na hora da transa
- Quando a excitação é grande, não dá tempo de colocar
- Outro. Especificar _____

28. Você tem relações sexuais:

- só com homens
- só com mulheres
- com homens e mulheres
- sem atividade sexual atualmente

29. Você tem ou já teve relações sexuais com indivíduos sabidamente HIV /Aids?

- Sim
- Não
- Não sabe

30. Como você pegou Aids?

- () Relações sexuais
() Uso de drogas injetáveis
() Transfusão de sangue/hemofilia

31. Há quanto tempo você tem AIDS?

_____Anos

PARTE IV

PERCEPÇÕES DOS IDOSOS SOBRE O VIVER COM HIV/AIDS

32. Qual o conhecimento que o (a) Sr^o (a) tinha sobre HIV/ AIDS antes de adoecer?
E hoje após estar doente?

33. Como o (a) Sr^o (a) soube que estava com AIDS e qual foi sua reação?

34. Como o (a) Sr^o (a) convive com a AIDS? Como enfrenta o fato de estar com AIDS?

35. O (a) Sr^o (a) sofre alguma discriminação ou preconceito por ter AIDS?

36. Como se dão suas relações afetivo-sexuais após o diagnóstico da AIDS?

APÊNDICE D
Parecer do Comitê de Ética