



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Fernanda Maria do Vale Martins Lopes

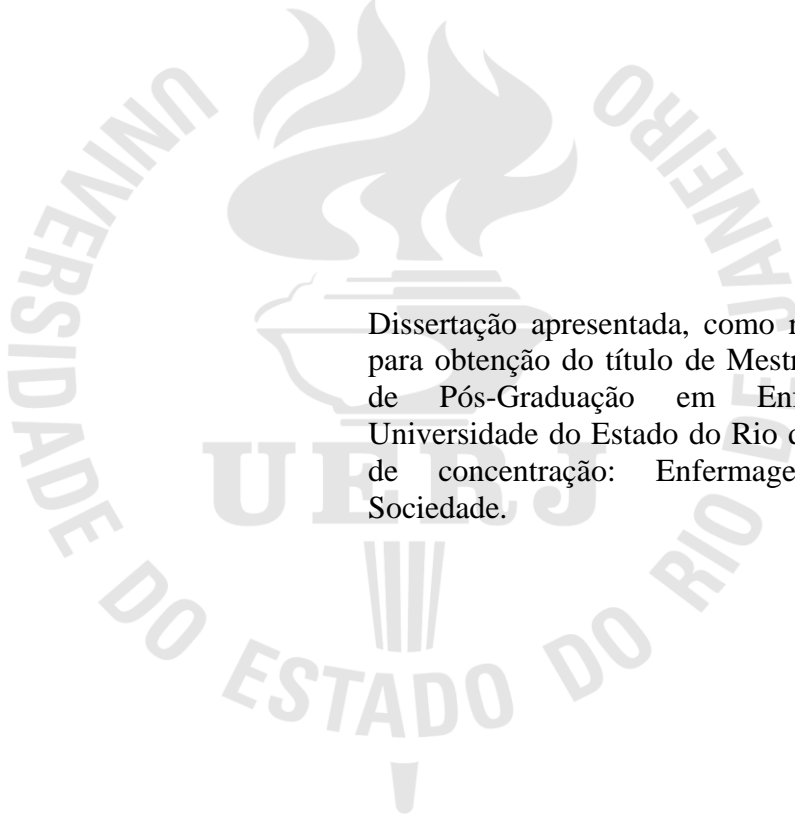
Vulnerabilidades da Mulher idosa frente ao HIV/AIDS

Rio de Janeiro

2010

Fernanda Maria do Vale Martins Lopes

Vulnerabilidades da Mulher idosa frente ao HIV/AIDS



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

Rio de Janeiro

2010

Fernanda Maria do Vale Martins Lopes

Vulnerabilidades da Mulher idosa frente ao HIV/AIDS

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 09 de março de 2010.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Vania Reis Girianelli
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação ao meu adorado marido, Wilson Viana Lopes Neto que sempre me estimulou a crescer profissionalmente. Este grande companheiro e amigo, que sempre me apoiou nos momentos mais complicados, ajudando-me a enfrentar os obstáculos com discernimento e sabedoria. A minha pequena e amada filha Luiza Martins Lopes que com meses de vida me apoiou com seu sorriso e me estimulou a continuar na caminhada.

Ao meu grande e querido irmão e amigo Ricardo José Oliveira Mouta pelo carinho, sabedoria, conselhos e incentivo.

Sem vocês eu não conseguiria!

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade e coragem para enfrentar os aprimoramentos da vida. A meu mestre espiritual Meishu Sama que me direcionou a construção de um sonho e que me deu intuição e sabedoria na caminhada.

Ao meu querido pai Carlos Alberto Fernandes Martins pelo carinho e confiança, que partiu durante o mestrado mais não me deixou desanimar e que continuou me apoiando através do mundo espiritual.

À minha sogra Maria do Carmo Lopes pela dedicação e apoio nos momentos mais complicados.

À minha grande amiga e irmã Telma Pena pelo incentivo e ajuda dos finais de semana.

À minha grande amiga Sabrina Seibert pelos conselhos e palavras certas nos momentos difíceis.

Ao meu grande amigo e orientador Professor Dr. Octávio Muniz da Costa Vargens pela ajuda, apoio e confiança em mim depositada nas situações mais difíceis que passei durante o mestrado. Saiba que após estes dois anos percebo que cresci não só profissionalmente, mas também como pessoa. Aprendi com você a olhar as situações de forma mais crítica e sábia.

À Sanitarista Vânia Reis Girianelli e o Professor Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes, por aceitarem fazer parte desta banca, como examinadores, com tanto carinho. A Professora Professora Dr^a. Jaqueline da Silva que participaram como suplentes nesta banca.

Ao grupo de pesquisa sobre gênero, poder e violência na enfermagem da FENF UERJ, que faço parte, e estou aprendendo a ser pesquisadora.

Aos meus queridos amigos de turma do mestrado, por compartilhar medos e ansiedades durante a caminhada. Aos meus amigos que me apoiaram e se prontificaram a me ajudar mesmo que só com palavras de incentivo.

À equipe de pesquisadores contratados para o estudo, obrigada pela paciência e persistência durante a coleta.

Ao Professor Hélio, responsável pelo Projeto Longevidade da Secretária Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de vida do Rio de Janeiro, agradeço pelo apoio para a realização desta pesquisa.

Às minhas queridas idosas que aceitaram tão gentilmente a fazer parte do estudo

Qual seria a sua idade se você não soubesse quantos anos você tem?

Idoso sim... velho nunca!

Marcial Salaverry

RESUMO

LOPES, Fernanda Maria do Vale Martins Lopes. **Vulnerabilidades da Mulher idosa frente ao HIV/AIDS**. 2009. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

Tratou-se de um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa acerca da vulnerabilidade de mulheres com mais de 60 anos em relação ao HIV/AIDS, cujo problema foi descobrir qual o processo de vulnerabilidade auto referido por mulheres de 60 anos e mais em relação ao HIV/AIDS a partir de suas atitudes sexuais. Os objetivos foram: Descrever o processo de vulnerabilidade auto referido por mulheres com 60 anos e mais em relação ao HIV/AIDS a partir de suas atitudes sexuais. Identificar atitudes sexuais entre mulheres com mais de 60 anos e mais. Descrever o conhecimento sobre HIV/AIDS das mulheres com mais de 60 anos. Descrever o processo de vulnerabilidade auto referido por mulheres com mais de 60 anos em relação ao HIV/AIDS. O estudo foi realizado com mulheres com mais de 60 anos frequentadoras das atividades do Projeto Longevidade da Secretária Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de vida do Rio de Janeiro. O local escolhido foram espaços públicos aonde se realizavam as atividades do Projeto. A coleta de dados aconteceu no período dos meses de setembro e outubro de 2009. Em atendimento ao preconizado pela resolução 196/96, todos os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro a fim obter a autorização para a divulgação do nome da Instituição aonde foi realizada a pesquisa, sob o parecer de número 84 A-2009. Participaram do estudo 256 mulheres. O questionário foi criado à partir de quatro dimensões estabelecidas. Dimensão sócio econômico e demográfica, processo de vulnerabilidade auto referido, conhecimento sobre HIV/AIDS e práticas sexuais. Os dados coletados foram organizados em bancos de dados, criados pelo pesquisador através de um sistema Gerenciador de Banco de Dados Microsoft Excel versão 2003. Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas como frequência absoluta e a frequência relativa para atender aos objetivos do estudo. Concluiu-se que em nossa amostra as mulheres idosas se colocam em situação de risco, quando ao possuir vida sexual ativa não usam preservativos. Compõem um grupo bem informado acerca dos métodos de prevenção, porém a utilização do preservativo esta relacionada, a muito mais do que informação e sim a um objeto de confiança nas relações. Entendeu-se que a prevenção ao HIV/AIDS em mulheres com mais de 60 anos deveria incluir, além de estratégias de repasse de repasse de informação, estratégia de fortalecimento individual, reforço na auto estima e estímulo a autonomia de uma forma geral.

Palavras-chave: Idoso. Vulnerabilidade. HIV/AIDS. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This was an exploratory descriptive study with a quantitative approach on the vulnerability of women over 60 years in relation to HIV / AIDS, the problem was to find out what the process of self vulnerability reported by women aged 60 years and the relation to HIV AIDS from their sexual attitudes. The objectives were to describe the process of self vulnerability reported by women aged 60 and relation to HIV / AIDS from their sexual attitudes. Identify sexual attitudes among women over 60 years and more. Describe the knowledge about HIV / AIDS in women over 60 years .Describe the process of self vulnerability reported by women over 60 years in relation to HIV / AIDS. The study was conducted with women over 60 years who attended the activities Project called Longevidade da Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida do Rio de Janeiro. The place were public spaces where he carried out the Project activities. The data were taken closed place during the months of September to October from 2009. In compliance with that recommended by Resolution 196/96, all subjects to an informed consent. The study was submitted to the Ethics Committee from the “Prefeitura” of Rio de Janeiro city in order to obtain authorization to disclose the name of the institution where the research was performed under the process number 84 A-2009. The study included 256 women. The questionnaire was created from the four dimensions established. The socio economic and demographic dimensions, process of self vulnerability, the knowledge about HIV/ AIDS and sexual practices. The collected data were organized in databases, created by the researcher through a Manager Database Microsoft Excel version 2003. We used descriptive statistics such as absolute frequency and relative frequency to attend the objectives of the study. We concluded that in the search, older women put themselves at risk when to have sexually actives do not use condoms. Make a well informed about the methods of prevention, but condom use is related to much more than information, but an object of confidence at the relations. We were understood that the prevention of HIV / AIDS in women over 60 years should include, in addition to strategies to pass the propagation of information, individual empowerment strategy, building self esteem, encouraging autonomy in general.

Key words: Elderly. Vulnerability. HIV / AIDS. Women's Health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das variáveis relativas às características sócio econômico e demográficas. Rio de Janeiro, novembro de 2009.....	64
Tabela 2 – Distribuição das variáveis não excludentes relativas às características sócio-econômicas e demográficas, novembro de 2009.....	65
Tabela 3 – Distribuição das variáveis relativas à dimensão conhecimento sobre HIV/AIDS, novembro de 2009.....	66
Tabela 4 – Distribuição das variáveis relativas a dimensão percepção de vulnerabilidade auto referida, novembro de 2009.....	67
Tabela 5 – Distribuição das variáveis não excludentes relativas à dimensão percepção de vulnerabilidade auto referida, novembro de 2009.....	68
Tabela 6 – Distribuição das variáveis não excludentes relativas a dimensão práticas sexuais, novembro de 2009.....	68
Tabela 7 – Distribuição das variáveis relativas a dimensão práticas sexuais, novembro de 2009.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AP	Área Programática
CDC	Centers for Diseases Control an Prevention
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
GAPA	Grupo de Apoio a Prevenção a AIDS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSI	Programa Nacional Saúde do Idoso
PSF	Programa Saúde da Família
SIM	Sistema de Informações de Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
1.1	A Aids no Brasil e no Mundo.....	17
1.1.2	<u>Percurso histórico do HIV/AIDS no Brasil e no Mundo.....</u>	17
1.1.3	<u>Dados epidemiológicos do HIV/AIDS.....</u>	20
1.1.4	<u>Mudanças ocorridas no perfil do HIV/AIDS no Brasil.....</u>	21
1.1.5	<u>O envelhecimento populacional e o HIV/AIDS.....</u>	23
1.2	Características do Processo de envelhecimento da População Brasileira	24
1.2.1	<u>Aspectos demográficos do envelhecimento populacional.....</u>	24
1.2.2	<u>Características epidemiológicas do processo de envelhecimento e os desafios do Sistema de Saúde Pública.....</u>	27
1.2.3	<u>A Política Nacional de Saúde do Idoso e o conceito de capacidade funcional</u>	29
1.3	A Sexualidade da mulher idosa.....	32
1.3.1	<u>A sexualidade e a história</u>	32
1.3.2	<u>Aspectos conceituais sobre a sexualidade.....</u>	39
1.3.3	<u>A sexualidade e a mulher na 1ª década do séc. XXI.....</u>	39
1.4	Vulnerabilidade das mulheres idosas em relação ao HIV/AIDS.....	43
1.4.1	<u>Aspectos conceituais</u>	43
1.4.1.1	<u>Vulnerabilidade Individual.....</u>	44
1.4.1.2	<u>Vulnerabilidade Social.....</u>	44
1.4.1.3	<u>Vulnerabilidade Programática.....</u>	45
1.4.2	<u>A trajetória histórica da mulher e sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS.....</u>	46
1.4.3	<u>O HIV/AIDS como doença do “outro”</u>	47
1.4.4	<u>A dependência afetiva, a carência, o romantismo e a submissão feminina, como fatores de vulnerabilidade.....</u>	48
1.4.5	<u>A relação entre a informação sobre a doença e a baixa consciência do uso do preservativo.....</u>	50
1.4.6	<u>A desigualdade de gênero como fator de vulnerabilidade</u>	51
2	MATERIAIS E MÉTODOS.....	53
2.1	Tipo de estudo.....	53

2.2	Critérios de escolha.....	53
2.3	População.....	53
2.4	Variáveis do estudo.....	55
2.5	Estratégia de coleta de dados.....	59
2.6	Cuidados éticos.....	61
2.7	Financiamento	62
2.8	Organização e análise dos dados.....	62
3	RESULTADOS.....	63
4	DISCUSSÃO.....	70
4.1	Vulnerabilidade Social.....	70
4.2	Vulnerabilidade Individual.....	84
5	CONCLUSÃO.....	87
	REFERÊNCIAS.....	89
	APENDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	102
	APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados.....	103
	ANEXO A - Divisão Administrativa da Cidade do Rio de Janeiro por área Programática	110
	ANEXO B - Carta de aprovação do comitê de ética	111

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como temática as DST/HIV/AIDS em mulheres com mais de 60 anos e tem como foco a percepção de vulnerabilidade destas mulheres ao vírus HIV/AIDS.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são frequentes em todo o mundo. No ano de 1999 havia 34,3 milhões de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) ou AIDS, destas, 370.333 eram brasileiras. Dos infectados, 15,7 milhões eram mulheres o que correspondia a quase metade de todas as pessoas contaminadas em 1999 (SANCHEZ, 1999). No Brasil a pandemia do HIV/AIDS, desde seu início na década de 80, vem apresentando mudanças importantes que nos permitem identificar quatro momentos distintos: o primeiro caracterizado pela infecção de homens que fazem sexo com homens e de bissexuais masculinos; o segundo marcado pela participação da categoria usuários de drogas injetáveis, representando a juvenilização e heterossexualização da epidemia; o terceiro momento no qual foi observado um avanço acentuado de transmissão heterossexual, principalmente entre as mulheres e em consequência à transmissão vertical; e o quarto e atual momento da epidemia em que se assiste a um avanço do HIV/AIDS nas pessoas acima dos 50 anos de idade principalmente com relação à parcela feminina idosa (SILVEIRA, 2002).

Neste sentido alguns conceitos epidemiológicos foram adotados a fim de caracterizar a evolução da pandemia. Inicialmente a expressão “grupos de risco” era utilizada para caracterizar o conjunto de pessoas que tinham um maior risco de se expor à infecção, no caso os homossexuais (BRASIL, 2008b). Posteriormente com o avançar da pandemia entre mulheres, usuários de drogas e crianças além dos homossexuais, a expressão “grupos de risco” cedeu lugar ao conceito de “comportamento de risco”, por não se concentrar mais em grupos específicos (BRASIL, 2008b).

O debate sobre HIV/AIDS e mulheres propiciou um novo dimensionamento para o enfrentamento da pandemia da AIDS. Buscando-se uma reflexão e elaboração de ações preventivas em HIV/AIDS surge um novo conceito que pode ser utilizado para a compreensão da disseminação do vírus: a vulnerabilidade (AYRES et al., 1997; AYRES et al., 1999; CAMPOS, 1998). Para Lisboa (2003) vulnerabilidade é um conceito que vem sendo utilizado desde o início dos anos 90 na reflexão e elaboração de ações preventivas em HIV/AIDS. Este conceito aponta para um conjunto de fatores de níveis e magnitudes distintos, cuja interação amplia ou reduz as possibilidades de uma pessoa se infectar com o HIV/AIDS. Nessa perspectiva os comportamentos individuais de maior ou menor exposição ao risco de se

infectar com o vírus da AIDS são considerados em relação a um conjunto mais amplo de determinantes que devem ser contemplados no planejamento das intervenções preventivas.

As mulheres são especialmente vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, em especial ao HIV/AIDS, por características histórico/sociais. Percebe-se que inúmeras são as vulnerabilidades em que as mulheres estão expostas quando se pensa em HIV/AIDS e grande parte delas se relaciona a uma trajetória histórica social. Isto acontece, segundo Silva e Vargens (2006), pela dificuldade de estabelecer a negociação sobre o uso do preservativo, pela idéia de imunidade quando se tem um relacionamento estável, através da idéia de amor romântico presente nas relações através da idéia do HIV/AIDS como doença do “outro” e devido à submissão feminina pautada na questão de gênero e relação de poder. A mulher é historicamente oprimida, subjugada e tem poder bastante limitado nas relações afetivo-sexuais porque escolhe, em algum momento do relacionamento, submeter-se conscientemente às escolhas, decisões ou desejos do parceiro. São também as mulheres que têm maior probabilidade de sofrer violações, de serem coagidas a manter relações sexuais contra a vontade até mesmo como fator da própria sobrevivência ou dos filhos, seja dentro de relações com parceiro fixo como em relações comerciais, no caso das profissionais do sexo (SANCHEZ, 1999; SILVA; VARGENS, 2006).

Diante disso, surgiu a curiosidade de entender como o contexto desta doença se apresenta entre as mulheres idosas. Para isso tornou-se necessário compreender a dinâmica do envelhecimento Brasileiro.

O Brasil atualmente é um país cuja população encontra-se em rápido processo de envelhecimento. No ano de 2020 seus habitantes com 60 anos ou mais irão compor um contingente estimado de 31,8 milhões de pessoas. Esse segmento populacional crescerá 15 vezes no período de 1950 a 2020, em contraste com a população total que terá crescido apenas cinco vezes, situará o Brasil como o sexto país do mundo em termos de massa de idosos (VERAS, et al 2002). Conforme Silveira (2002), inúmeros são os desafios a serem enfrentados diante desta crescente população dentre os quais a pandemia HIV/AIDS já que vivenciamos um momento em que o número de idosos portadores da doença está aumentando.

Desta forma, diante das inúmeras vulnerabilidades ao HIV/AIDS que a mulher está exposta, quando pensamos na mulher idosa percebemos que este grupo populacional também se mostra altamente vulnerável. Desta forma, a autora acreditou que à crença histórica / cultural de que o idoso não tem mais práticas sexuais, fazem com que poucas sejam as pesquisas direcionadas a esta clientela.

A sexualidade na terceira idade é um tema pouco conhecido e menos entendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais da saúde. A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estão inexoravelmente ligados tem sido responsável pela pouca atenção dada a uma das atividades mais fortemente associadas à qualidade de vida como é a sexualidade (BALLONE, 2001; ZAMLUTTI, 1996). Muitas vezes devido ao desconhecimento e à pressão cultural, pessoas de terceira idade, nas quais ainda é intenso o desejo sexual, experimentam um sentimento de culpa e de vergonha, podendo levar a uma inibição de todos os aspectos referentes a qualquer expressão sexual (BALLONE, 2001; CAPODIECE, 2000). A concepção arraigada na sociedade de que sexo é prerrogativa da juventude contribui para manter sem assistência a terceira idade. Conforme Silveira (2002), realizou-se uma pesquisa sobre o comportamento sexual dos brasileiros que mostrou que 67% da população entre 50 e 59 anos se dizem sexualmente ativos. No grupo acima de 60 anos, o índice também é expressivo 39%. A média de relações na parcela acima de 50 anos é de 6,3 ao mês. Os autores acreditam que a responsabilidade por isso se deve, em parte, à difusão dos fármacos para a disfunção erétil. A longevidade sexual da população está aumentando e a prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis precisa ser intensificada.

Este problema pôde ser percebido durante todo o percurso profissional gerontológico da autora nos mais diferentes cenários de atuação tais como: em um ambulatório geriátrico na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e em um Centro Municipal de Saúde durante o programa de residência em Saúde Pública. Posteriormente em uma operadora de saúde da rede privada, a autora iniciou um trabalho onde eram realizadas consultas de enfermagem domiciliar a idosos com mais de 60 anos em um cenário de medicina suplementar. A questão da sexualidade entre idosos também se manteve como queixa de muitas idosas de forma muito vergonhosa e preconceituosa, o que corrobora com a literatura quanto ao considerar a sexualidade em idosos como algo que está longe de ser compreendida e aceita pela sociedade. Era percebido que o preconceito, aliado à falta de informação, reforça o estereótipo da velhice assexuada determinando atitudes e propensões comportamentais que exacerbam a vulnerabilidade do idoso para o HIV/AIDS, tanto na saúde pública como no privado.

Estimulada a isso a autora fez a Especialização de Geriatria e Gerontologia da UERJ, experiência esta que possibilitou obter um melhor conhecimento teórico a respeito deste problema de saúde pública.

Desta forma através de um convívio com a população idosa a autora foi percebendo que muitos deles se apresentavam vulneráveis em relação aos riscos que as doenças

sexualmente transmissíveis, em especial o HIV/AIDS, possuem justificando desta forma a escolha pela temática.

Neste sentido o trabalho foi desenvolvido tendo na área de saúde da mulher. O estudo procurou descrever um problema de saúde pública que está aumentando em números expressivos mais especificamente entre as mulheres idosas infectadas pelo vírus do HIV/AIDS.

Diante do exposto surgiu o questionamento: Qual o processo de vulnerabilidade auto referido por mulheres de 60 anos e mais em relação ao HIV/AIDS a partir de suas atitudes sexuais?

Para respondê-la traçamos um objetivo geral e três específicos, descritos a seguir:

Descrever o processo de vulnerabilidade auto referido por mulheres com 60 anos e mais em relação ao HIV/AIDS a partir de suas atitudes sexuais.

Os objetivos específicos foram:

Identificar práticas/atitudes sexuais entre mulheres com 60 anos e mais.

Descrever o conhecimento sobre HIV/AIDS das mulheres com 60 anos e mais.

Discutir o processo de vulnerabilidade auto referido por mulheres com 60 anos e mais em relação ao HIV/AIDS.

Ações eficazes e oportunas devem ser adotadas no intuito de acrescentar qualidade de vida aos idosos. Sendo assim, é preciso gerar subsídios que sirvam no planejamento de ações que possam propiciar um serviço de qualidade a esta população. Desta forma, tanto o profissional quanto o cliente tornarão ativos no seu processo de cuidado / auto cuidado, pois a autora acredita que a falta de campanha de prevenção do HIV/AIDS para o idoso é um dos problemas que pode favorecer a vulnerabilidade física e psicológica desta população.

Estudos que visam avaliar a eficiência dos programas de saúde na luta contra o HIV/AIDS que contribuam para mudanças de hábitos e atitudes em população sexualmente ativa na terceira idade são escassos. Assim, a autora espera com este estudo subsidiar e orientar programas de atendimento à terceira idade e em especial às mulheres idosas que estão vulneráveis ao HIV/AIDS, afim de que as necessidades desta população possam ser mais bem contempladas.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A AIDS no Brasil e no Mundo

1.1.1 Percursores históricos do HIV/AIDS no Brasil e no Mundo

A AIDS ou SIDA é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Ao entrar no organismo humano, o mesmo pode ficar silencioso e incubado por anos. Esta fase é o que se caracteriza por assintomática e relaciona-se ao quadro em que uma pessoa infectada não apresenta nenhum sintoma ou sinal da doença (BRASIL, 2005b).

Os infectados pelo HIV evoluem para grave disfunção do sistema imunológico. Ao entrar na célula, o HIV passa a fazer parte de seu código genético. As células mais atingidas do sistema imunológico pelo vírus são os linfócitos T CD4+ usados pelo HIV para fazer cópias de si mesmo, ou seja, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a AIDS, ocorre como consequência da ação do vírus HIV no organismo. A contagem de linfócitos T CD4+ é importante marcador dessa imunodeficiência sendo utilizado tanto na avaliação do tratamento e prognóstico quanto em uma das definições de caso de AIDS, com fim epidemiológico (BRASIL, 2005b). Conforme Ministério da Saúde (2008b), com a imunidade afetada pelo vírus HIV, o organismo fica susceptível a diversos microorganismos chamados de oportunistas ou a certos tipos raros de câncer como o Sarcoma de Kaposi ou linfoma cerebral. Uma destas infecções oportunistas é a pneumonia provocada pelo *Pneumocystis carini*, sendo a mais comum entre os portadores da doença. A Toxoplasmose, a criptococose e as afecções provocadas por citomegalovírus também são encontradas nos indivíduos imunodeprimidos.

As vias de transmissão do HIV são inúmeras. Em homossexuais masculinos, o intercuro anal é um grande via de transmissão pelo contato das secreções corporais. A prática sexual com vários parceiros também contribui para a disseminação da doença. As infecções também vêm crescendo significativamente através do intercuro heterossexual com portadores do vírus (SMELTZER; BARE, 2000). O HIV pode ser transmitido pelo sangue (via parenteral e vertical), esperma, secreção vaginal (via sexual) e leite materno (via vertical). Alguns fatores de risco associados aos mecanismos de transmissão do HIV são: tipo de prática sexual,

reutilização de seringas e agulhas transmissão ocasionada por acidente com material biológico sem a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI). O vírus também pode ser transmitido da mãe para o feto intra útero e mais tarde pelo leite materno (BRASIL, 2005b).

Segundo Brasil (2000), uma nova descoberta que trás esperanças para os doentes: uma droga conhecida como "coquetel de drogas" que diminui em 100 vezes o ritmo de reprodução do vírus de modo a bloquear as etapas iniciais do ciclo reprodutivo do vírus nas células humanas. As drogas atuam bloqueando a ação de duas enzimas responsáveis pela multiplicação do vírus: a transcriptase reversa e a protease.

Vários foram os acontecimentos durante a primeira década da epidemia do HIV/AIDS (1980/1990), porém prevaleceu a idéia de grupos de risco, e o risco de contaminação neste período estava relacionado a comportamentos individuais.

Em 1977/78 foram identificados os primeiros casos da doença nos EUA, Haiti e África Central, descobertos e definidos como AIDS. A doença foi descrita e seu agente causador identificado na década de 80. A origem do vírus é ainda desconhecida, sendo uma das hipóteses a de que teria surgido na África central como resultado de uma mutação e descendo por via indireta de outro vírus, não patológico.(GREGÓRIO, 2004).Em 1980 aparece o primeiro caso no Brasil, em São Paulo, porém só classificado em 1982. No ano de 1981 surgiram as primeiras preocupações das autoridades de saúde pública nos EUA com esta nova doença. Foram identificados em São Francisco e Nova York um grande número de indivíduos homossexuais adultos com Sarcoma de Kaposi, pneumonia e comprometimento do sistema imunológico (MANSUR et al., 1985).Paralelamente a isso, alguns casos foram descobertos na Califórnia, embora exista evidencias de mortes por AIDS cerca de trinta anos antes (PETERMAN et al., 1985).Desta forma os órgãos norte americanos passavam a estudar e investigar o perfil clínico e epidemiológico da doença. Em 1982 nos Estados Unidos, adotou-se temporariamente o nome Doença dos 5 h - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável), *Hookers* (profissionais do sexo em inglês). Nesta mesma época surge o primeiro caso de transfusão sanguínea e só então nesta data diagnostica-se o primeiro caso no Brasil, em São Paulo (BRASIL, 2008b).

Posteriormente a isso, Succi (2005), após a análise de um grupo de pessoas afetado pela doença, surgiram as práticas sexuais entre pessoas heterossexuais como possível forma de contágio, surgindo assim o conceito de doença transmissível, pois até então a homossexualidade masculina era considerada como forma de transmissão, o que contribuiu em larga escala para a difusão da doença para outros grupos da população. Os centros para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) passaram a utilizar a expressão “grupos de risco”

para designar um conjunto de pessoas que tinham maior risco de se expor a infecção. Em seguida, o HIV/AIDS disseminou-se entre os homossexuais usuários de drogas que passam a serem considerados os difusores da doença para os heterossexuais usuários de drogas (CDC, 1982) e aqueles que receberam transfusão de sangue e/ou de hemoderivados (DAVIS et al., 1983).

Em 1983, Brasil (2008b), afirma que ocorreu nesta data a primeira notificação de caso de HIV/AIDS em crianças, possivelmente por transmissão heterossexual. Paralelamente a isso, obtêm-se relatos de casos em profissionais de saúde. Nesta mesma época surgem as primeiras críticas ao termo grupos de risco. No Brasil, aparece o primeiro caso de AIDS no sexo feminino. Assim, logo se percebeu que havia casos heterossexuais e em crianças recém nascidas. Em 1984, cientistas americanos e franceses isolaram de células de pacientes com AIDS o vírus HIV, que passou a ser considerado o causador da doença como um vírus capaz de infectar seres humanos (GREGÓRIO, 2004). Também nesta mesma época, Brasil (2008b), afirma que se estruturou o primeiro programa de controle da AIDS no Brasil - o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Em 1986, ainda de acordo com o autor acima citado, surge a fundação do GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS). Ainda nesta época surge o Programa Nacional de DST e AIDS. Seguiu-se um período entre o final da década de 80 e início da década de 90 no qual pouco se observou avanço prático sobre a doença. Nesse período a doença tomou grandes proporções alastrando-se pelo mundo afora, particularmente em países subdesenvolvidos como os da África Central e do Sudeste Asiático, além da Europa e Américas (MENESIA, 2001; EYER, 2003). Na segunda década (1990-2000), inicia-se o processo para a aquisição e distribuição gratuita de anti-retrovirais. Estas drogas são capazes de manter a carga viral do sangue baixa o que diminui os danos causados pelo HIV no organismo e aumenta o tempo de vida da pessoa. Desta forma se possibilitou o tratamento e o controle da doença, fazendo aumentar e melhorar a qualidade de vida das pessoas com a patologia, desenvolvendo assim o processo de cronificação do HIV/AIDS (BRASIL, 2008b). Vale ressaltar que de acordo com Brasil (2008b), que dez anos depois da AIDS ser identificada, a OMS anuncia que 10 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV no mundo.

A partir de então, o conceito de grupo de risco deu lugar a comportamento de risco, pois o vírus passou a se espalhar de forma geral, não mais se concentrando apenas em grupos específicos. Acredita-se que a mudança do termo sofre influência dos atores sociais envolvidos, quais sejam militantes homossexuais, grupos de mulheres, etc. O número de heterossexuais infectados por HIV tem aumentado proporcionalmente com a epidemia nos

últimos anos, principalmente entre mulheres. Afirmação esta comprovada quando Succi (2005), afirma que a partir de meados dos anos 90 do Século XX a epidemia se disseminou entre heterossexuais, que constitui atualmente a subcategoria de exposição sexual com o maior número de casos notificados da doença. Como uma das conseqüências, a incidência de AIDS aumentou rapidamente entre as mulheres e a razão de casos homem/ mulher decresceu. Assim, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tem sido uma das mais sérias já enfrentadas, tornando-se um marco na história da humanidade.

1.1.2 Dados epidemiológicos do HIV/AIDS

No Brasil, estima-se que 38,6 milhões de pessoas no mundo vivem com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) ou com AIDS, The joint united nations programe on hiv/aids, (2006), sendo que destas, 370.333 são brasileiras. Segundo Brasil (2000), estima-se que 1,8 milhões de pessoas vivem com HIV/AIDS na América Latina e um terço delas encontra-se no Brasil.

Em países desenvolvidos os contatos sexuais entre homens homossexuais constituem, desde o início, os principais mecanismos de transmissão. Por isso, grande parte deste grupo populacional tomou consciência do seu risco e isso fez com que se organizassem para o enfrentamento da epidemia. Em New York, San Francisco e Los Angeles, em parte devido às campanhas de prevenção a incidência do HIV/AIDS cresceu mais lentamente do que estimava após 1986 (MENESIA, 2001).

Observa-se um aumento do número de casos entre os segmentos da sociedade com menor nível de escolaridade e pior condição socioeconômica. Este mesmo fenômeno se observa entre residentes em cidades com menos de 50 mil habitantes. O comportamento da epidemia pode estar evidenciando a desigualdade social e relações de gênero no Brasil (SUCCI, 2005).

Existem inúmeras particularidades da infecção pelo HIV em países subdesenvolvidos nas quais podem se originar em uma maior gravidade do quadro clínico. A co-infecção do HIV com outros agentes infecciosos como o da tuberculose e com outros tipos de doenças somadas a uma situação precária do sistema de atenção à saúde, com certeza influenciaram uma evolução mais acelerada da patologia nesta população (GREGÓRIO, 2004),

O HIV/AIDS matará mais de 22 milhões de homens, mulheres e crianças no decorrer da próxima década. Na África o número é 200 vezes maior do que o de todas as vítimas da bomba atômica que destruiu Hiroshima em 1945 ou 100 vezes o total de mortos na Guerra do Vietnã. Enquanto na Europa, nos Estados Unidos e mesmo no Brasil às campanhas de prevenção e novas drogas têm conseguido deter a epidemia e prolongar a vida de milhares de portadores do HIV. Para os africanos contaminados praticamente não há esperança. A doença, combinada à pobreza e falta de informação tem provocado ali uma tragédia de proporções inacreditáveis. A própria agência das Nações Unidas para AIDS, Unids, já considera inevitável nos próximos dez anos a morte de todas as pessoas hoje portadoras do vírus no continente (BRASIL, 2005b).

1.1.3 Mudanças ocorridas no perfil do HIV/AIDS no Brasil

A epidemia pelo HIV/AIDS é hoje, no Brasil, um fenômeno de grande magnitude e extensão. Desde o caso inicial, foram descritos vários outros basicamente restritos aos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, tendo como categorias de exposição preponderantes os homens homossexuais, os hemofílicos e as demais pessoas que receberam sangue e hemoderivados (BASTOS, 1995). No estudo de Brito et al. (2000), onde se pesquisou as principais características das mudanças ocorridas no perfil da infecção pelo HIV e da AIDS no Brasil existem quatro tendências da doença: a interiorização, heterossexualização, a feminização, e a pauperização.

Com relação à interiorização, o autor afirma que, de 1980 a junho de 2007 foram notificados 474.273 casos de AIDS no País 289.074 no Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro Oeste e 16.103 no Norte. No Brasil e nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência de AIDS tende à estabilização. No Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento. Segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tem uma epidemia concentrada nas grandes cidades com taxa de prevalência da infecção pelo HIV de 0,6% na população de 15 a 49 anos (BRITO et al., 2000). Constatou-se que, apesar de registrar as maiores taxas de incidência, a região sudeste apresenta tendência à estabilidade. Verificou-se ainda que a dinâmica da disseminação espacial da epidemia tem sido maior, nos últimos anos, entre municípios pequenos com menos de 50 mil habitantes. O estudo ainda aponta que a ocorrência da doença em todo o território nacional, no entanto, não se mostra de

forma homogênea quanto às regiões de residência, sexo, idade, grau de escolaridade, nem no que se refere às categorias de transmissão. Segundo Rodrigues et al. (2000), o HIV/AIDS no Brasil, é uma epidemia multifacetada, não possui um perfil epidemiológico característico, mas é formada por pequenas epidemias regionais apontadas por suas desigualdades econômicas.

Com relação aos fenômenos de feminização e heterossexualização, segundo Brasil (2008b), na série histórica foram identificados 314.294 casos de AIDS em homens e 159.793 em mulheres. Ao longo do tempo, a razão entre os sexos vem diminuindo de forma progressiva. Em 1985, havia 15 casos da doença em homens para 1 em mulher. Hoje, a relação é de 1,5 para 1. Na faixa etária de 13 a 19 anos, há inversão na razão de sexo, a partir de 1998. Esses dados são confirmados também no estudo de Brito et al. (2000), quando afirma que a via de transmissão heterossexual constitui a mais importante característica da dinâmica da epidemia com expressão relevante em todas as regiões do País, de 6,6% em 1988, para 39,2% em 1998. No ano de 2000, segundo dados de Brasil (2000), no Brasil aumentaram os casos em mulheres. A proporção nacional de casos de HIV/AIDS notificados já é de uma mulher para cada dois homens. O total de casos notificados no Brasil 1999/2000 são de 17.806 casos da doença. A estimativa de gestantes infectadas é de 16.410 mulheres com idades entre 15-34 anos com uma taxa de transmissão vertical que vem se reduzindo para o País como um todo (SUCCI, 2005). Conforme Rodrigues et al. (2000), afirma em sua análise que o aumento de transmissão heterossexual deve traduzir a maior vulnerabilidade feminina em relação à menor capacidade de negociar sexo seguro e a menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva. Atualmente, a transmissão heterossexual do HIV é o “motor” da dinâmica da epidemia, com expressão relevante em todas as regiões, contribuindo também, de modo decisivo, para o aumento de casos de AIDS entre as mulheres.

Na análise do estudo de Brito et al (2000), com relação ao fenômeno de pauperização, observa-se maior incidência em indivíduos com baixa escolaridade. No ano de 1999/2000, entre os casos com escolaridade informada, 74% eram analfabetos ou haviam completado o ensino fundamental e apenas 26% apresentavam mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior. Analisando a evolução temporal dos casos da doença por grau de escolaridade para indivíduos com 20 a 69 anos de idade, entre 1989 a 1996. Rodrigues et al. (2000), afirma que a incidência dos casos com baixa escolaridade vem apresentando tendência crescente para o sexo masculino. Para as mulheres as proporções no grupo de menor escolaridade permanecem estáveis. A constatação de que o número de casos aumentou nos estratos de menor escolaridade remetem à condição de pior cobertura dos sistemas de vigilância e de assistência médica entre os menos favorecidos economicamente, sob a hipótese de que a escolaridade é

uma variável importante de estratificação social, Rodrigues et al. (2000), ou seja, não seria apenas pela pobreza em si, mas pelo conjunto de questões que a cercam no que se refere às políticas públicas.

Neste sentido, após as profundas transformações no perfil da epidemia de AIDS no Brasil determinadas pelos processos denominados “heterossexualização” e “feminização” as investigações mais recentes se dirigem a tentar estabelecer os grupos populacionais sob maior risco que terão velocidades mais intensas de disseminação nos próximos anos. Em um país caracterizado por extremas desigualdades sociais, marcadas por diferenças relevantes não só nos padrões de distribuição de renda e de educação, mas também nos de acesso aos serviços e programas de saúde, são crescentes as especulações acerca da “pauperização” da AIDS.

1.1.4 O envelhecimento populacional e o HIV/AIDS

Observa-se que os fenômenos de feminização, interiorização e pauperização, descritos anteriormente como tendências da trajetória da epidemia do HIV/AIDS, coincidem com a trajetória epidemiológica do envelhecimento populacional brasileiro. Esta semelhança de características entre a epidemia do HIV/AIDS e o processo de envelhecimento nos reflete a um aumento do número de idosas portadoras da doença. Estes dados já são observados em estudos como os de Silva e Paiva (2005), quando afirmam que nos últimos anos a epidemia aponta para um crescimento acentuado na população acima de 50 anos. A participação maior das mulheres nos números da AIDS e a introdução de idosos com 50 anos ou mais, nos registros epidemiológicos, nos fazem refletir no enfrentamento de questões surgidas na última década (LEMOS, 2003).

Muitas são as causas atribuídas ao aumento nos índices de contaminação pelo HIV/AIDS em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos. As mudanças sócio-culturais, sobretudo na sexualidade, representam papel de destaque para justificar tal assertiva. Lemos (2003, p. 69) assinala que: “transitamos numa época de mudanças, sendo que a visão de sexualidade tem-se alterado rapidamente nas últimas décadas”. Entre as mulheres com mais de 50 anos, a possibilidade de estarem laqueadas ou de não poderem engravidar e já terem família constituída, pode levá-las a falsa idéia de que não têm necessidade da utilização do preservativo em sua vida sexual. Desta forma, Silva e Paiva (2005) afirma que não usar preservativo nas relações é particularmente arriscado no climatério e depois da menopausa

porque as paredes vaginais se tornam mais finas e ressecadas, favorecendo ao surgimento de ferimentos que abrem caminho para as infecções sexualmente transmissíveis. Por essas razões, esses indivíduos se expõem a situações de risco, que além de estarem relacionadas às atitudes pessoais se estendem à dificuldade em diagnosticar precocemente o vírus HIV/AIDS 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 finaliza o autor.

1.2 Características do processo de envelhecimento da população brasileira

1.2.1 Aspectos demográficos do envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional vem sendo observado há muitos anos. O estudo de Ramos (2002), relatou que naquele ano os países em desenvolvimento vinham apresentando um progressivo declínio nas suas taxas de mortalidade e fecundidade. Esses dois fatores associados gerariam ao longo do tempo o envelhecimento real dessas populações. Naquela época, mais da metade das pessoas idosas já viviam em países considerados do terceiro mundo (RAMOS, 2002). No ano de 2003, Lima-Costa e Veras. (2003) relatou que este fenômeno continua ocorrendo, ainda que em escala menos acentuada nos países desenvolvidos. Em pesquisas mais recentes, o que se observa é a confirmação das estimativas de crescimento populacional projetado anteriormente. Estudos demográficos têm demonstrado que há uma nítida tendência de aumento de indivíduos da terceira idade em nível mundial. Na realidade, os países desenvolvidos apresentam este panorama já há muitos anos. Quanto aos países em desenvolvimento, dentre os quais se inclui o Brasil, esse fenômeno ainda está acontecendo com uma velocidade acentuada. (SOUZA et al., 2008).

Este envelhecimento populacional decorre desde o acontecimento do chamado “baby boom”, o qual se caracteriza pelo segmento populacional composto por pessoas que nasceram após a segunda guerra Mundial, entre 1946 e 1964. Entre estes anos nasceram aproximadamente 76 milhões de crianças, causando um grande impacto populacional. O crescimento da população idosa atingirá seu pico em 2005 e 2030 à medida que a geração “baby boomer” atingir os 65 anos de idade (ROACH, 2003).

Segundo dados extraídos do Brasil (2008a), a população idosa Brasileira vem aumentando progressivamente ao longo dos anos. A população idosa brasileira de ambos os sexos ao longo de 07 anos teve um crescimento absoluto considerável quando observamos a predominância do número de mulheres sobre os homens dados estes conferidos no Instituto Brasileiro de geografia e Estatística .(IBGE, 2008). Diante destes dados Lima-Costa et al. (2003), descreve que no Brasil o número de idosos passou de 3 milhões em 1960 para 7 milhões em 1975 e 14 milhões em 2002 e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020. Isto representa que a população idosa perfaz um total de 10% a 11% da população total. Em países como a Bélgica, por exemplo, foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho. Estes valores fazem com que não se caracterize o País como mais velho, mas é significativo. Complementando os dados acima, Veras et al. (2002), afirma que esse segmento populacional crescerá 15 vezes no período de 1950 a 2020, em contraste com a população total que terá crescido apenas cinco vezes situando o Brasil como o sexto país do mundo em termos de massas de idosos.

Esses dados demonstram que o Brasil vem deixando a característica de ser um país essencialmente jovem e já possui a necessidade de atender a demanda dessa nova população que tende cada vez mais se intensificar. Desta forma, o delineamento de políticas específicas para pessoas idosas vem sendo apontado como altamente necessário, sendo imprescindível o conhecimento das necessidades e condições de vida desse segmento etário.

O envelhecimento populacional pode ser descrito diante de quatro linhas de análise: a feminização, interiorização e pauperização. É importante frisar que estas tendências do processo de envelhecimento coincidem com as apresentadas pela epidemia do HIV/AIDS.

Com relação ao processo de feminização do envelhecimento, a maior longevidade da população feminina explica esse diferencial na composição por sexo. A predominância da população feminina entre os idosos é resultado da maior mortalidade masculina. Em 1980, a esperança de vida feminina foi de 65 anos, 6,4 maior do que a masculina. Em 2000, este diferencial aumentou para 8,7 anos, dada a mais acentuada redução da mortalidade feminina (CAMARANO, 2003). Essa predominância tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas. Uma delas diz respeito ao fato de que embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas estão mais sujeitas as doenças do que seus parceiros masculinos por terem uma maior longevidade, dentre elas o HIV/AIDS. Já que a feminização também ocorre na trajetória da epidemia do HIV/AIDS. Diante disso, Brito et al. (2000) relata a probabilidade de que mulheres idosas possam estar mais vulneráveis a doença. Acredita-se que o fenômeno de feminização está diretamente relacionado à maior vulnerabilidade

feminina diante do HIV/AIDS, isto em detrimento da menor capacidade de negociar sexo seguro e na menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva, supondo-se a idéia de uma maior vulnerabilidade destas mulheres a doença (RODRIGUES et al, 2000).É enganoso, pensar que as pessoas idosas não fazem sexo a despeito de poucas campanhas de prevenção dirigidas a essa população. Portanto, de modo geral, estas pessoas estão menos informadas sobre o HIV e pouco consciente de como se protegerem (ARAÚJO, 2007).

Com relação ao fenômeno de pauperização no Brasil é observado que existe uma elevada proporção de mulheres idosas morando sozinha e grande parte delas mora com parentes por serem viúvas. Estas mulheres idosas que ficam viúvas têm mais probabilidade do que os homens de viverem abaixo no nível de pobreza. É possível que grande parte deste grupo não tenha experiência de trabalho no mercado formal e seja menos instruído, o que requer uma maior assistência tanto do Estado quanto das famílias (CAMARANO, 2003).

O fenômeno de interiorização também é observado na trajetória do processo de envelhecimento. Acredita-se que processo de migração seja o principal motivo deste fenômeno ocorrer. Em geral quem migra são pessoas mais jovens à procura de trabalho e de melhores condições de vida, saindo de sua terra natal e aportando em regiões ou países mais ricos que oferecem mais e melhores oportunidades, ou em regiões ou países a serem desbravados. Quando migram, deixam para trás os familiares mais velhos. Isto leva a um aumento na proporção de idosos das regiões de emigração e a diminuição na proporção de idosos das populações das regiões de imigrações (NETTO; PASCHOAL 2007). Igualmente ao processo de interiorização da AIDS descrito por Brito et al. (2000), os idosos das áreas menos favorecidas são os mais propensos a enfrentar o desafio da pobreza. Os autores acreditam que estes idosos, especificamente as mulheres idosas, são considerados mais vulneráveis ao vírus da AIDS, pois o acesso à saúde deve ser mais difícil quando comparando às áreas mais industrializadas (FREITAS, 2002). Ratificando estas características do processo de envelhecimento, Araújo et al. (2007), em um estudo documental onde se utilizou fichas de notificação compulsória de AIDS disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e dados do Sistema de Mortalidade (SIM), sobre as características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil, mostrou que se obteve a notificação de 107 casos. Sua análise evidenciou que a faixa etária mais comprometida era de 60 a 69 anos, que a maior parte tinha baixa escolaridade e que a feminização apareceu ao longo do tempo. Assim conclui-se que o conjunto de dados analisados sobre estes idosos permitiu obter dados semelhantes aos fenômenos observados no país, a saber: feminização, envelhecimento e pauperização.

1.2.2 Características epidemiológicas do processo de envelhecimento e os desafios do Sistema de Saúde Público

O envelhecimento populacional ocorre principalmente devido a dois fatores principais: a diminuição da taxa de mortalidade e a diminuição da taxa de natalidade (TAMAI, 1997). Esses dois fatores causam uma diminuição da população jovem e um aumento da expectativa de vida, desta forma um progressivo aumento da população idosa. Estes fenômenos que geraram a longevidade são decorrentes de incentivos promovidos pela sociedade, pelo estado e pelo progresso tecnológico.

Estas mudanças epidemiológicas resultado da reconfiguração do quadro de morbidade e mortalidade fazem com que as doenças infecto-parasitárias comecem a dar espaço para doenças crônicas degenerativas. As doenças crônico-degenerativas podem ser resultantes, em parte, dos fatores de risco à saúde acumulados ao longo dos anos, tais como: fumo, sedentarismo, álcool, auto-medicação, entre outros (MOTTA, 1998; LOPES et al, 2004). No entanto, a presença de doenças crônicas não impede que o idoso possa gerir sua própria vida e encaminhar seu dia a dia de forma independente. Eles são totalmente capazes de decidir sobre seus interesses e organizar-se sem nenhuma ajuda sequer. Nestas condições este idoso é considerado saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas (BRASIL, 1999). Sendo assim, um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle das mesmas e com seqüelas decorrentes de incapacidades associadas. Desta forma, destaca-se a importância da articulação de políticas públicas, no cuidar da saúde deste idoso, para que conseqüências de doenças mal controladas não afetem a capacidade funcional dos mesmos (BRASIL, 1999).

Desta forma desenvolve-se uma rápida transição nos perfis de saúde em nosso país que se caracterizam por esta transição epidemiológica e pela necessidade de ações preventivas em diversos níveis, orientados pelas diretrizes descritas na Política Nacional de Saúde do Idoso, que visa o envelhecimento saudável (BRASIL, 1999). Acredita-se que os serviços de saúde devem estar preparados para atender e absorver as demandas dessa nova população. Como a maioria desses idosos não possui condições de pagar uma instituição privada, acabam recorrendo à rede pública que além de lidar com a demanda jovem, muitas vezes não absorvida, tem que suportar as necessidades dessa nova e crescente população (BRASIL, 1999). Atualmente, os pacientes idosos moradores de Municípios do Rio de Janeiro de uma

maneira global, não causam um impacto muito grande nos atendimentos ambulatoriais da rede básica, eles procuram, freqüentemente em primeiro lugar, a porta do hospital. Esta distorção além de custar caro para o sistema de saúde, não resolve os problemas dos idosos que em geral são múltiplos e crônicos, problemas estes que necessitam de continuidade no tratamento, o que não é observado em serviços destinados ao atendimento de urgências e emergências (BRASIL, 2000a). Esta distorção do sistema reflete a deficiência da atenção primária em ações preventivas, orientações que visam à qualidade de vida e manutenção da autonomia não estão sendo tão enfatizadas como se deveria. O problema se agrava quando este idoso não é apenas acometido por doenças crônicas, mas também por outras patologias características da idade e o resultado disso são as conseqüências das doenças crônicas não controladas que necessitam de internação (BRASIL, 2000a).

O Brasil possui um sistema de saúde despreparado e desorganizado frente às necessidades dos idosos, com baixa resolutividade, agravados pela desinformação, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, pelo preconceito e despreparo da sociedade e dos profissionais de saúde em lidar com situações peculiares aos idosos. Tal situação tem como resultado um cuidado deficiente e de elevado custo. A situação se torna ainda mais crítica quando associamos estas falhas do sistema de saúde com o crescente número de idosas vulneráveis ao HIV/AIDS. Pois a idéia que que uma mulher idosa pode contrair a doença ainda é cercada de preconceitos pela sociedade e pelos próprios profissionais de saúde quando se deparam com tal situação. Ações eficazes e oportunas devem ser adotadas para que essa faixa etária cresça não só em termos quantitativos, mas também com a melhor qualidade de vida possível. Para que isto se torne realidade é preciso que a sociedade como um todo participe desse propósito, sugerindo que campanhas de conscientização da família e da sociedade sejam vitais para a mudança de mentalidade no tratamento da questão do envelhecimento. O objetivo é mudar o modelo para um envelhecimento saudável, implementando e ampliando a rede de cobertura dos serviços e programas de atenção à população idosa e às demais gerações.

1.2.3 A Política Nacional de Saúde do Idoso e o conceito de capacidade funcional

Foram muitas as ações direcionadas à terceira idade nas últimas décadas, que visavam discutir sua condição, devido ao aumento do número de idosos em nossa sociedade (TAMAI, 1997).

Até a década de 70 todo trabalho realizado com os idosos era de caráter caritativo, desenvolvido por entidades religiosas ou entidades leigas filantrópicas. (RODRIGUES et al., 2000).

No início dos anos 70, preocupados com o aumento do número de idosos em nossa sociedade, o governo e o setor privado se despertaram para o aspecto social desta população. Isto se deve, em boa parte, pelo aumento do impacto financeiro, sobre os custos da atenção à saúde. Conforme, Rodrigues et al. (2000), no ano de 1976 foi criado um documento chamado Políticas para a 3ª Idade- Diretrizes Básicas que surgiu através de um acervo de informações obtidas por meio de Seminários Regionais que discutiam as linhas básicas de uma política de assistência de promoção social do idoso. Desta forma, considero assim que o ano de 1976 foi o marco inicial com relação às políticas públicas direcionadas aos idosos, pois a partir desta data outras discussões preocupadas com a temática surgiram.

O ponto principal destas discussões surge na década de 80, através do Ministério da Saúde com a criação do Programa de Saúde do Idoso, que concentrava ações na área de promoção da saúde e estímulos ao auto cuidado. Vale ressaltar que as políticas públicas relacionadas à saúde desta clientela até a década de 80 eram de caráter curativo, com consultas individuais ou em grupos de convivências. O pensamento de promoção da saúde e o auto cuidado só tiveram destaque a partir desta época, contribuindo desta forma para a criação da Política Nacional de Saúde do Idoso em 1991 (RODRIGUES et al., 2000).

Em 1990, no Dia Internacional do Idoso em 5 de outubro, foi criado o Projeto Vivência, que deveria desenvolver ações na área de saúde, educação, cultura, lazer, promoção e assistência social ao idoso e preparação à aposentadoria. Para o funcionamento deste projeto foi publicada uma portaria que estabelecia parcerias para a execução da mesma, tais como Ministérios de Ação Social, da Justiça, da Educação, do Trabalho e da Previdência Social, da Marinha, do Exército e Aeronáutica e os Secretários de Governo dos Desportos e da Cultura (RODRIGUES et al., 2000). Era necessário o prazo de 60 dias para apresentar propostas de políticas e programas para a 3ª idade. Este prazo foi prorrogado até fevereiro de 1991 surgindo um documento preliminar, a Política Nacional do Idoso (PNI), que tem como

objetivo geral “Promover a autonomia, integração e participação efetiva dos idosos na sociedade, para que sejam co-participes da consecução dos objetivos e princípios fundamentais da Nação.” Esta política previa algumas ações, dentre elas destacam-se as da saúde e no sentido de colocar em prática as ações preconizadas. Os órgãos governamentais propuseram um plano de ação conjunta, que trata de ações preventivas, curativas e promocionais objetivando a promoção da qualidade de vida do idoso. Desta forma em 1997 é publicada pela Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social, o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (RODRIGUES, 2001; BRASIL, 2005). Segundo, Brasil (2005), o objetivo geral do Plano Integrado de Ação Governamental para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso é: Promover ações integradas de forma a viabilizar a implementação da Política Nacional do Idoso expressas na lei nº. 8842 de 4/04/94.

A Política Nacional do Idoso tem como diretrizes: o atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população; preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas; destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso; viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações; priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência; capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos; estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento; e garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência locais (BRASIL, 2005). Vale ressaltar que as diretrizes descritas nesta política atualmente estão muito longe de serem cumpridas, diferenciando assim o que está descrito na política como direito e o que está na prática. No entanto simboliza uma conquista histórica no campo do envelhecimento.

Muitos são os desafios que se apresentam para os poderes públicos e para as instâncias privadas, num campo que vai lentamente despontando como digno de atenção de políticos, administradores e cientistas.

Visando complementar as ações descritas na Política do Idoso foi aprovado recentemente pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 1.395 de 10 de dezembro de 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), já representando mais um avanço sem precedentes na história do país e um avanço em relação à própria política

nacional do idoso (PROTTI, 2002).A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) é um instrumento disponível para se pensar a política de Atenção à Saúde do Idoso e assim buscar garantir os direitos sociais do Idoso e proporcionar condições para promover sua integração, participação social e sua autonomia (PROTTI, 2002).

Assim em 1999, mesmo sem conseguir colocar em prática as diretrizes estabelecidas pela PNI, surge a PNSI complementando-a. Ao definir como meta a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, esta política destaca a importância de uma visão interdisciplinar e considera a velhice como parte do ciclo vital e não como uma fase estanque do desenvolvimento, além de significar a valorização da autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso.Nesse sentido, a PNSI em seu anexo no capítulo da introdução, tem como propósito basilar:

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida. (BRASIL 1999, p.50).

Assim, analisando o propósito desta Política, destacamos as ações de prevenção de doenças, dentre elas pode-se incluir o HIV/AIDS. Estes são problemas que necessitam da criação de estratégias de enfrentamento, afim de que se estabilizem os números dos casos de idosos infectados, como já descritos anteriormente. Medidas simples e eficazes como as de educação em saúde e a quebra de preconceito são fundamentais para que se estabeleçam os princípios descritos na PNSI. Para o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do idoso (PNSI), são definidas algumas diretrizes, sendo as mesmas a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999).

Decorre daí o conceito de capacidade funcional, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. A capacidade funcional surge então como um novo conceito em saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas e assistências de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou no mínimo sua manutenção e sempre que possível à recuperação desta capacidade que foi perdida (BRASIL, 1999). Segundo a PNSI, entende-se a manutenção da capacidade funcional que

acontecerá em dois níveis específicos: prevenção de agravos à saúde, que compreende a aplicação de vacinas como a contra o tétano, a pneumonia pneumocócica e a influenza; detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e a autonomia dos idosos. Segundo Ramos (2002), saúde dentro desta nova ótica passa a ser resultante de interação multidimensional entre sua saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma destas dimensões se comprometida pode afetar a capacidade funcional do idoso. Assim, os pacientes classificados como totalmente dependentes constituirão o grupo mais sujeito a internações prolongadas e de pior diagnóstico, tornando-os mais vulneráveis quando se relaciona a sua saúde. Os serviços de saúde deverão estar preparados para identificar esses pacientes, promovendo-lhes uma assistência diferenciada. (BRASIL, 1999). Conforme Roach (2003), os idosos que devido à precária saúde mental e física são incapazes de cuidar-se e precisam de assistência são chamados de idosos vulneráveis. Os idosos vulneráveis são os mais dependentes e mais vulneráveis da população idosa. Para Hekman (2003), os idosos que sofreram um declínio funcional em consequência da combinação de efeitos de doença e idade são chamados de frágeis e são extremamente vulneráveis a uma piora na sua capacidade funcional. Assim, idosos que precisam de ajuda no atendimento das necessidades básicas, são chamados de “idosos vulneráveis” ou “idosos frágeis”. Observa-se então que os idosos são compreendidos em dois grandes grupos, os que têm sua capacidade funcional preservada e os que não possuem, sendo classificados então como “frágeis”. Para este estudo nos deteremos ao primeiro grupo, porque se acredita que os mesmos são capazes de decidir sobre seus interesses, inclusive sexuais, diferenciando-os dos demais que se vêem dependentes, com algum comprometimento cognitivo ou mental.

1.3 A sexualidade da mulher idosa

1.3.1 A sexualidade e a história

Para que se entenda o processo de sexualidade nos dias atuais é certo conhecermos sua origem, pois a compreensão da vida do ser humano não se resume somente ao período em que vive.

As relações entre homens e mulheres iniciaram-se nas épocas primitivas e se baseavam no propósito de sobrevivência física. O comportamento e as necessidades individuais não eram valorizados (BRADEN, 1982). Conforme Risman (1996), a população desta época tinha como característica o medo da perda do controle dos valores e da autoridade tribal, isto acontecia pela preocupação com uma possível vinculação afetiva entre os membros da tribo. A população primitiva concerne à baixa expectativa de vida (TANNAHILL, 1983). As populações deste período morriam muito cedo. Sendo assim aspectos referentes ao envelhecimento não eram discutidos nesta época.

Prosseguindo a evolução da sexualidade historicamente, a época em que a beleza física era o ponto de devoção e idolatria compreende a Antiga Grécia. Nesta época, muitos costumes relacionados à sexualidade nesta época se refletiram como pontos importantes para a definição de comportamentos atuais. Conforme Risman (1996), a posição feminina na sociedade era vista sob uma ótica de desvalorização, as mulheres eram consideradas seres inferiores aos homens. Toda a visão da sexualidade da época se vinculava a existência de um casamento onde a mulher não tinha o direito de escolher com quem casar. Sua função era meramente reprodutiva vinculada aos cuidados e a sua família (RISMAN, 1996). O corpo é visto como uma fonte de impurezas e as mulheres são associadas a essa esfera impura (SCHOTT, 1996).

Essa noção de corpo feminino impuro passa da Antiguidade para o cristianismo, sendo também associada ao sangramento menstrual e puerperal. A mulher menstruada não deveria manter relações sexuais, exceto quando o marido exigisse (SCHOTT, 1996).

Observa-se então bastante semelhança entre os povos primitivos e os Gregos, quando relacionam relações sexuais a procriação para a sobrevivência do seu povo. A partir disto, destaca-se a exclusão da população idosa neste período, também pelo fato de que os objetivos almejados por esta civilização eram os da procriação.

No Império Romano os casamentos ainda não aconteciam por vontade própria, dava-se conforme interesses políticos e econômicos (RISMAN, 1996). Neste período predomina um intenso preconceito com relação ao envelhecimento feminino, pois as características pertencentes a esta fase da vida como as rugas, por exemplo, poderiam ser motivos de desavenças conjugais. Estes padrões estéticos exigidos poderiam prejudicar a vida do casal como a falta de atração sexual (TANNAHILL, 1983). Percebe-se que esta importância com os padrões estéticos é uma característica que observamos nos dias atuais, fruto deste período histórico.

A procriação também segundo, Risman (1996), continuava a ser um fator importante para a relação de uma relação conjugal em Roma. Assim como os períodos anteriores a população de Roma também era caracterizada pela baixa faixa etária. Desta forma, a questão do envelhecimento e sexualidade não eram assuntos discutidos. Ao final do Império Romano, o cristianismo rejeitava o sexo ou toda e qualquer prática sexual, pois este prazer físico simbolizava um mal para o espírito.

Mudando os conceitos anteriores de outras épocas, o Cristianismo trouxe para o ser humano a idéia de amor altruísta e não sexual (BRANDEN, 1982). O amor era vinculado à figura divina e a prática sexual ao demônio (RISMAN, 1996). Assim percebe-se a forte influência da Igreja no que diz a respeito da união carnal. Era permitido o ato sexual, somente se fosse para procriação (CABRAL, 1995). Neste período a mulher era representada pelo irracional e pelo animal. Ela era concebida como sexo e deveria ficar no controle dos homens (FERNANDEZ, 1994). Em virtude disso, a mulher era considerada mais fraca que o homem e era a culpada pela saída do mesmo do Paraíso devido ao acontecimento da relação sexual motivada pelo desejo. Os sentidos exibiam a alma aos perigos do desejo. Devido a isso ninguém deveria satisfazê-lo fazendo com que os desejos e o sexo fossem desprezados (FERNANDEZ, 1994). O corpo perfeito e puro era o livre do desejo sexual, e este mal era visto como uma doença originada a partir das mulheres. Estas eram identificadas com o uso inferior da razão e não sendo feitas à imagem e semelhança de Deus, a dominação do homem sobre elas se justificava (SCHOTT, 1996).

Na Idade Média o conceito de que o sexo estava ligado somente à procriação se estendeu por muitos séculos se firmando na Idade Média. Os idosos que não atendiam tais fins eram condenados porque possuíam o desejo pelo sexo, mas não podiam exercê-lo, impedindo assim a manifestação da sexualidade entre os idosos, já que trocas afetivas não eram permitidas. A Idade Média marcou-se como um período onde a sociedade estava preocupada em modificar os padrões morais e do comportamento sexual ditados pela Igreja Medieval. As práticas sexuais com fins de procriação ainda eram enfatizadas e a mulher ainda continuava a ser vista como um depósito de sêmen que não tinha nenhuma participação na concepção humana, destacando-se assim a superioridade masculina (RISMAN, 1996). As relações sexuais entre os idosos eram consideradas como pecado, pois não havia a possibilidade de fecundação. Para Carneiro (2000), este período foi marcado pela morte de várias pessoas pelo aparecimento de doenças como a Lepra e a Peste Negra. Esta situação ocorreu segundo os pensadores da época em função de castigos enviados pelo mundo divino como um corretivo frente às ações perversas da mulher. Covey (1989) colabora com o estudo

quando diz que a caça às bruxas, outro movimento realizado para reforçar a teoria da Igreja Medieval ocorreu mediante os vários argumentos, dentre os quais se destaca a associação à luxúria carnal, a punição às mulheres por serem mais insaciáveis do que os homens e a problemas como impotência masculina, aborto e infertilidade que eram considerados como realização de bruxarias. Este movimento trouxe algumas conseqüências, como descritas abaixo:

Quando cessaram a caça às bruxas, houve grandes transformações na condição feminina. A sexualidade se normatiza e as mulheres se tornam frígidas, pois o orgasmo era coisa do Diabo, e, portanto passível de punição (MURARO, 1991p. 16-17).

O período da Igreja Medieval foi marcado pela história de punições de atitudes e práticas conceituadas como desviantes. Assim, destaca-se que o sexo entre os idosos naquela época era pecaminoso já que o coito, nessa idade e o desejo sexual não eram bem aceitos pela igreja. Em termos gerais, a sexualidade do idoso era vista como inadequada, imoral e negativa.

O Renascimento foi um período marcado por grandes transformações políticas e sociais, porém não se pode dizer o mesmo com relação à mulher no início deste período. Sua figura ainda era vista como um ser inferior pelo fato de ter sido criada depois de Adão e em função disto ela era para ser sua companheira e não seu inverso. Tal tentativa de soberania feminina conduziu o homem ao pecado (FERNANDEZ, 1994; SALDANHA, 2003). Posteriormente, várias pesquisas médicas relacionadas à concepção humana foram realizadas até que se descobriu o papel da mulher. Era necessário um ovo proveniente da mulher para que se completasse a concepção humana. Diante disso, o sexo feminino começa a ser valorizado se iniciando um extenso processo de veneração à maternidade (GORDON, 2002; SALDANHA, 2003). Esta inserção médica nos discursos sobre a mulher alterou a percepção religiosa de que Maria era venerada por ser virgem e agora era venerada por ser mãe. Este discurso propiciou a imagem da mulher como figura frágil, emotiva, dependente, sexualmente passiva e predestinada à maternidade (SALDANHA, 2003). A mulher impura que não tinha nenhuma participação na concepção e que só era utilizada para procriar deu lugar à mulher mãe que participava de todo este processo.

No entanto, é factível que atitudes preconceituosas ainda existiam quando pensamos na mulher idosa a partir destas mudanças originadas pela inserção do discurso médico, isto porque à medida que eram valorizadas por serem mães e de terem conseguido ao longo de suas vidas filhos, eram discriminadas pelo fato de não poderem exercer mais tais funções

reprodutivas. Para Saldanha (2003), durante estes períodos históricos a mulher era vista como um ser procriador e que deveria se abdicar de todo e qualquer manifestação de desejo sexual. A sexualidade é confundida com genitália e não vista como uma dimensão do ser humano que está sempre presente. Julgava-se que a sexualidade e as relações sexuais estavam reservadas para os jovens. Desta forma, as mulheres idosas são julgadas como carentes de desejos sexuais e se manifestarem este desejo são tidas como anormais.

A partir do século XX, iniciou-se um movimento coletivo de luta de mulheres: o Feminismo. Elas lutavam pela igualdade na diferença sexual, pela idéia da identidade masculina no seu atributo provedor e a feminina nos papéis domésticos e reprodutivos (GIFFIN, 2008). Essas reivindicações aconteceram através do reconhecimento das mulheres como oprimidas (FOUGEYROLLAS; CHWEBEL, 2002). Esta luta de igualdade social de gêneros propiciou a reivindicação da opção da maternidade pelo direito do uso do corpo e por igualdade profissional (VALERY, 1996). O corpo reprodutivo feminino deveria ser controlado por meio de uma sexualidade mais igualitária, livre da ameaça da gravidez não desejada (GIFFIN, 2002).

As primeiras idéias do planejamento familiar surgiram na Conferência de Bucareste em 1974, onde o Governo admitiu que os casais estivessem livres para planejarem suas famílias (GIFFIN, 2002). O Ministério da Saúde lançou em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, que contemplava a prevenção da gestação de alto risco. Mas somente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, concebia a questão da saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção (CORREA; AVILA, 2003).

Até o início dos anos 80, a política governamental para a assistência à saúde das mulheres era totalmente ainda relacionada à questão da natalidade e mais especificamente ao ciclo gravídico puerperal. Este conceito da mulher de ser vista apenas pela questão da maternidade se modifica a medida que surge um nova idéia de como se avaliar a saúde. Em 1983, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), se tornando uma nova forma de se abordar a mulher. Paralelamente a isso se pode dizer que o mesmo foi um marco histórico porque pela primeira vez se implantou no Brasil um programa em que se planejava a fecundidade e a proposta de mudanças no atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral à saúde e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar (OSIS, 1998). Sem dúvida o PAISM representou um passo importante no reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que esta expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta.

Segundo Formiga (1999); Osis (1998), só entre 1985 e 1986 o PAISM iniciou de fato suas atividades abrangendo: a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação; atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção de câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade; atenção pré-natal, no parto e pós-parto; e diagnóstico e tratamento de DST's, assim como de doenças ocupacionais e mentais. Contudo, uma questão polêmica é até que ponto, em termos práticos e teóricos, o PAISM conseguiu incorporar os homens na prática da reprodução. Na década de 1980, a discussão sobre saúde da mulher e saúde integral da mulher, tanto no Brasil quanto no mundo, evoluíram para o conceito de “saúde reprodutiva”, o qual foi adotado pela OMS em 1988 ampliadas e consolidada no Cairo em 1994 e em Pequim (AVILA, 2003). Os governos de vários países, entre os quais se inclui o Brasil, assumiram o compromisso de basear nos direitos sexuais e nos direitos reprodutivos todas as políticas e os programas nacionais dedicados à população e ao desenvolvimento, inclusive os programas de planejamento familiar (OSIS, 1998).

Os princípios de Cairo (94) e ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS “MULHER 2000: IGUALDADE DE GÊNERO, DESENVOLVIMENTO E PAZ PARA O SÉCULO XXI” (1995) opõem-se radicalmente à imposição de metas populacionais conceptivas e contraceptivas (CORREA et al., 2000). A concepção de saúde reprodutiva dá um passo à frente em relação aos conceitos anteriores ao incorporar explicitamente os homens na dimensão reprodutiva e incluir a noção de saúde sexual. Desta forma, a saúde reprodutiva e a saúde sexual foram definidas da seguinte forma na Conferência do Cairo:

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes devem fazê-lo (CORREA, et al., 2000).

Em conformidade com a definição acima a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis.

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (CORREA; AVILA, 2003).

A questão dos direitos sexuais e reprodutivos segue de perto a questão da saúde sexual e reprodutiva, mas tem suas especificidades e sua própria história.

O conceito de saúde reprodutiva aviva a importância dos indicadores de saúde relacionados ao processo reprodutivo, ao tempo em que dissemina um novo olhar às mulheres expandindo sua cidadania para além da maternidade (AVILA, 2008). Os direitos sexuais e a saúde reprodutiva são conceitos recentemente desenvolvidos e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais.

Na IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em Pequim em 1995, reafirmam-se os acordos estabelecidos no Cairo e avançam na definição dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais como direitos humano, definindo-se assim:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências (ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS “MULHER 2000: IGUALDADE DE GÊNERO, DESENVOLVIMENTO E PAZ PARA O SÉCULO XXI”, 1995).

Em Pequim, as questões dos direitos reprodutivas estão definidas da seguinte forma:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” . (ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS “MULHER 2000: IGUALDADE DE GÊNERO, DESENVOLVIMENTO E PAZ PARA O SÉCULO XXI”, 1995)

O conceito de direitos sexuais é complexo e recente, trazendo à cena as questões da sexualidade abrindo a possibilidade de separar sexo de reprodução (CORREA; AVILA, 2003). O processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais se integra ao processo mais amplo de construção da democracia. Para as mulheres, a condição de sujeito construtor de direitos reprodutivos e sexuais significa romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas em relação ao uso de seus próprios corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais na sexualidade e na reprodução foram historicamente determinadas pelos homens (ÁVILA, 2003).

1.3.2 Aspectos conceituais sobre a sexualidade

De acordo com Netto; Paschoal (2007), a maneira como a pessoa expressa seu sexo, é como definimos a sexualidade. “É uma característica humana que não se perde com o tempo, mas vai se desenhando conforme a história vivenciada pelo corpo em sua trajetória existencial” (NETTO; PASCHOAL, 2007, p. 279)

Confunde-se muito sexualidade com relação sexual, afirmação esta exemplificada na fala do autor quando diz que a sexualidade ultrapassa o ato sexual, uma vez que inclui o amor, o carinho, a troca de palavras, o toque e o compartilhar entre as pessoas que se expressam e se percebem como homens ou mulheres (ELIOPOULOS, 2005). Acredita-se que esta confusão se expresse porque a sexualidade é um tema ainda muito reprimido pela nossa sociedade e a repressão na educação sexual, desde a infância, acarreta vários empecilhos que vão se solidificando gerando esmagamento do nosso desenvolvimento sexual. Esta situação exige, em geral, um longo tempo para ser introjetada e nem sempre se reverte espontaneamente e/ou liberta o indivíduo de sentimentos negativos. Quando pensamos na sexualidade de mulheres idosas, percebemos que este é um assunto difícil, pois o referencial teórico específico é escasso na literatura. Acreditamos que esta dificuldade é decorrente de todo um processo histórico relacionado à privação do prazer e conseqüentemente de sua sexualidade.

1.3.3 A sexualidade e a mulher idosa na primeira década do século XXI

A sexualidade na terceira idade sempre teve cercada de muitos preconceitos. No final do século XX, Max Sussol, demonstrou através da escrita de seu livro todo este mito acerca da sexualidade na terceira idade. O livro chamado “O que se pode fazer sexualmente após os 80 anos?”, refletia uma imagem antiquada e preconceituosa da sexualidade dos idosos, pelo fato do livro trazer apenas páginas em branco. O autor se embasava na idéia de que com o idoso ocorre um processo de deterioração corporal, no qual suas funções estão totalmente prejudicadas, inclusive o desejo sexual (RISMAN, 1996). Esses conceitos de degeneração do corpo e conseqüente assexualidade defendidos por alguns estudiosos, é verificado segundo Libman (1989), seguindo uma lógica que decorre por todo o seu ciclo vital.

A sociedade culturalmente rotula cada indivíduo a sua idade cronológica. Assim, os idosos acabam se considerando um grupo em que seus sentimentos relacionados à manifestação de sua sexualidade devem ser visto como anormais (RISMAN, 1996). Uma vez que as pessoas já apresentam suas dificuldades sexuais sem verificar suas próprias potencialidades (LIBMAN, 1989). Esta idéia de que o interesse no comportamento sexual na velhice é inapropriado, reflete-se em demais faixa etária que crescem moldados a preconceitos que ao chegar a idades mais avançadas perdem o direito de exercer sua sexualidade sem culpa ou medos. Neste ponto, é necessário que a sociedade reflita seus conceitos básicos sobre o comportamento sexual questionando suas atitudes, pois os jovens de hoje serão os idosos preconceituosos sexualmente de amanhã, complementa Vasconcelos (1994), quando afirma que os jovens preparam uma velhice ruim para eles mesmo. Diante desta idéia de que só alguns podem desenvolver sua sexualidade Vasconcelos (1994, p. 48) afirma que:

Quando se pretende que só há uma forma de desenvolver a sexualidade e que esta forma esta condicionada a uma fase da vida, está dando prova de uma ignorância existencial diante das estações da existência e do desenvolvimento dela.

Analisando estes fatos, verifica-se que este rótulo cultural que a sociedade impõe direciona os jovens a pensar que para exercer e manifestar sua total sexualidade são necessários padrões pré-estabelecidos como casamento, filho e relação heterossexual. É certo de que todos deverão se comportar para tais fins.

Já com os idosos se não fossem todas estas limitações impostas socialmente, as possibilidades sexuais dos idosos estaria muito mais ampla e livre para manifestar-se. Vasconcelos (1994, p. 49), salienta esta questão quando comenta que: “os mais velhos já passaram por isto e já devem ter percebido que a libido propriamente não tem sexo e podem mais facilmente do que os jovens deixarem-na manifestar-se, seja hetero, homo ou auto-eroticamente”, citação esta apoiada pela definição de Direito sexual sustentada pela Conferência de Cairo e de Pequim nesta mesma época.

Diante disso, é notável que nestes discursos a relação da sexualidade humana esteja diretamente ligada ao ato sexual, conceito este em constante evolução marcado por inúmeras conquistas históricas de dissociação dos mesmos. Estes conceitos refletem a carga histórica acumulada ao longo dos anos com relação à sexualidade humana mais especificamente na mulher, sendo agravada quando esta mulher tem mais de 60 anos, pois até recentemente se acreditava que por volta dos cinquenta anos o declínio da função sexual era inevitável face à menopausa feminina e à instalação progressiva das disfunções da ereção masculina.

Pesquisas atuais na Inglaterra conforme Gott (2003) refletem para a necessidade de lutar contra os mitos que envolvem a sexualidade dos idosos. O Comitê sobre o envelhecimento da *American Psychological Association* lançou uma resolução contra todo tipo de discriminação em relação aos adultos maduros, até mesmo contra a discriminação sexual. Diante disso, é inadmissível que nos dias atuais em frente a inúmeras conquistas observadas que o homem possua um conceito tão remoto sobre a sexualidade, depositando ainda sobre elas somente o papel da reprodução. Além de acreditar que a sexualidade deve ter um espaço curto de tempo determinado pela vida do ser humano. Diante de todas estas mudanças descritas o que se observa na prática é uma grande luta pela liberdade sexual e reprodutiva, pois ainda se encontra em intenso processo de transformação. Inúmeras conquistas já foram descritas e observadas na sociedade atual, porém devemos analisar até que ponto estas conquistas transformaram, já que as repercussões do processo de envelhecimento sobre a sexualidade constituem um assunto particularmente contaminado por preconceitos.

Os autores acreditam que estas conquistas históricas serão refletidas futuramente nas idosas de amanhã, pois as mesmas vivenciaram todas estas transformações. Assim, estas idosas possivelmente terão uma velhice onde se expresse abertamente sua sexualidade sem culpa ou medo.

Cabe ressaltar que toda conquista histórica se remete a um conjunto de ônus que a sociedade de um modo geral vai moldando. Temos uma sociedade de mulheres onde teoricamente são definidos como direitos, a sua sexualidade e sua regulação da fecundidade. No entanto o que se apresenta são mulheres que idealizam seus corpos com vistas a inúmeras transformações em busca do corpo perfeito estipulado pela sociedade. Diante disso, cabe refletir se a sociedade de hoje analisa que a sexualidade da mulher se reflete na definição de corpos esculturais e as mulheres idosas que marcadas pelo processo natural do envelhecimento não atendem mais tais padrões estabelecidos? Será que voltaremos à época da Antiga Grécia em que a beleza física era o ponto de devoção e idolatria do qual as idosas eram excluídas.

Uma das conseqüências disso são os muitos casos do HIV/AIDS, transmitidas de forma heterossexual entre idosos. Sugere-se que estes homens imbuídos da idéia da perfeição de corpos rotulados pela sociedade, procuram prazer de forma não segura, levando por vezes a contaminação da sua parceira. Estas idéias moldadas se tornam mais claras quando encontramos discursos que defendem a idéia medicamentosa associada à única forma de se obter prazer. Vasconcelos et al.(2004) afirma que esta liberdade ideológica só pôde tornar-se

realidade com a conquista tecnológica dos hormônios sintéticos, tornando-se possível tanto a contracepção quanto a terapia de reposição hormonal que facilita manter a função sexual prazerosa após a menopausa. Mais recentemente, o *sildenafil* e o *tadalafil* vieram proteger os homens das perturbações da ereção cujo potencial patológico se revela provavelmente muito mais a nível psicológico que fisiológico. Ainda de acordo com o autor os progressos da medicina minimizam as barreiras biológicas que dificultavam a manutenção da atividade sexual na segunda metade da vida. Espera-se que junto com a dilatação da esperança de vida e do progresso científico e técnico que o homem tem sido capaz de pôr em marcha haja uma evolução social e cultural e uma mudança das mentalidades capaz de integrar a sexualidade das pessoas idosas harmoniosamente em tais avanços.

Estes discursos anteriores muitos estão fundamentados na idéia de gênero em que a única forma de obtenção de prazer é através dos órgãos genitais masculinos. E são aceitos socialmente pelo fato de muitas de nossas idosas, dos dias atuais trazem consigo esta questão de gênero muito forte ainda, pois viveram num período em que o homem era criado para desempenhar seu papel reprodutor e a mulher para dedicação a família e a procriação, ou seja, as relações de gênero demonstram que esta visão da sexualidade como impulso biológico instintivo é historicamente aplicado muito mais à sexualidade masculina. Dono e senhor, este era livre, inclusive para dispor do seu corpo e se entregar as diversões noturnas e prazeres extras matrimoniais (BORRELI, 1998). A mulher era sedutora, pecadora, responsável pela atração sexual do homem e, portanto, guardiã da moralidade (GIFFIN, 2002). De acordo com Seixas (1998), a sexualidade feminina foi historicamente construída no sistema de gênero como impura e passiva, e o desejo era altamente reprimido. No que se refere à prevenção do HIV/AIDS, o sistema de gênero só poderia dificultar a negociação do uso do preservativo pela mulher, visto que a construção da sexualidade feminina neste sistema prioriza o enfoque maternal, opondo-se à proposta de prevenção do HIV/AIDS. Existem diferenças entre os papéis de homens e mulheres, na autoridade para tomar decisões. Este poder diferenciado entre os gêneros está articulado de forma complexa na vivência da sexualidade. O poder diferenciado na esfera sexual amplia a vulnerabilidade das mulheres, isso se dá pela expectativa de que as mulheres “direitas” devam ser passivas sexualmente; pelo valor dado à virgindade vaginal; do silêncio sobre as doenças sexualmente transmissíveis; pela relação da sexualidade com a dependência econômica das mulheres; e ainda pela violência de gênero contra mulheres adultas, crianças e adolescentes (DINIZ, 2008). Diante disso, é certo que as mulheres idosas fazem parte de um grupo onde o preconceito embasado em raízes histórico-cultural se faz muito mais presentes. Sendo assim, torna-se importante reivindicar o direito

das mulheres idosas, de exercer sua sexualidade livre de preconceitos. Pois os direitos sexuais são direitos humanos universais baseados na liberdade inerente, dignidade e igualdade para todos os seres humanos. Saúde sexual é um direito fundamental e deve ser um direito humano básico. Para assegurarmos que os seres humanos e a sociedade desenvolvam uma sexualidade saudável, os seguintes direitos sexuais devem ser reconhecidos, promovidos, respeitados e defendidos por todas sociedades de todas as maneiras.

1.4 Vulnerabilidades das mulheres idosas em relação ao HIV/AIDS

1.4.1 Aspectos conceituais

O debate sobre AIDS e mulheres propiciou um novo dimensionamento para o enfrentamento à epidemia da AIDS. Buscando-se uma reflexão e elaboração de ações preventivas em HIV/ Aids surge um novo conceito que pode ser utilizado para a compreensão da disseminação do vírus: a vulnerabilidade (AYRES et al., 1997; CAMPOS, 1998).

O termo provém da área dos Direitos Humanos e em sua origem caracterizava grupos ou indivíduos em situação de fragilidade, juridicamente ou politicamente na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania. Começa a ser estudado mais fortemente no campo da saúde com o surgimento da AIDS e com a compreensão de que os conceitos epidemiológicos de grupos de risco e comportamento de risco não conseguiam alcançar respostas para a evolução da epidemia. Nesse sentido, vulnerabilidade ao HIV/AIDS expressa:

É um esforço de produção e difusão do conhecimento, debate e ação sobre diferentes graus e natureza da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES et al., 1999).

Este novo conceito aponta para um conjunto de fatores que contribuem para a vulnerabilidade diante do HIV, desde fatores biológicos e culturais até fatores sociais e econômicos. A interação dos mesmos amplia ou reduz as possibilidades de uma pessoa se infectar com o HIV, ou seja, seu risco individual.

Podemos definir a análise da vulnerabilidade à infecção pelo HIV através de três dimensões: O comportamento pessoal (vulnerabilidade individual); o contexto social (vulnerabilidade social) e programa nacional de combate a AIDS (vulnerabilidade programática) (MANN; TARANTOLA,1992; AYRES et al., 1997).

1.4.1.1 Vulnerabilidade Individual

Para Ayres et al. (1997) e Mann e Tarantola (1992), a vulnerabilidade individual envolve a dimensão cognitiva e a comportamental. A primeira se refere ao acesso às informações sobre HIV/AIDS, sexualidade e à rede de serviços, para a redução da vulnerabilidade à infecção pelo HIV, já a segunda dimensão se relaciona dentro de duas categorias: características pessoais, o que incluem desenvolvimento emocional, percepção de risco e atitudes frente a esse possível risco e habilidades pessoais, como a de negociar práticas de sexo seguro e saber usar o preservativo. O comportamento individual é um determinante da vulnerabilidade à infecção. Esse componente individual pode variar conforme diversos períodos da vida do indivíduo.

1.4.1.2 Vulnerabilidade Social

No plano da vulnerabilidade social, alguns indicadores são utilizados para ponderar o nível de susceptibilidade de populações a epidemia como: acesso a informação; acesso aos serviços de saúde e índice de desenvolvimento humano entre outros (AYRES et al.,1997).

A vulnerabilidade social inclui tanto a vulnerabilidade a doença, quanto a vulnerabilidade ao impacto socioeconômico provocado pela AIDS.

1.4.1.3 Vulnerabilidade Programática

A vulnerabilidade Programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV / AIDS na redução da vulnerabilidade pessoal e social, ou seja, a avaliação da vulnerabilidade é feita através de índices que busquem mostrar em que medida estruturas sócio-políticas abrangem a necessidade de indivíduos e populações. A vulnerabilidade programática, segundo OMS, é definida através dos três principais elementos de prevenção: a informação e educação; serviços sociais e de saúde; e a não discriminação de pessoas portadoras de HIV/AIDS (AYRES et al.,1997). As ações para reduzir a vulnerabilidade programática envolvem a viabilidade e a acessibilidade à esses três componentes: sua qualidade; conteúdo; e o processo através do qual esses elementos são desenhados, implementados e avaliados.

1.4.2 A Trajetória Histórica da Mulher e sua Vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

Historicamente, as mulheres até o final da década de 80 ainda não haviam sido destacadas no contexto da expansão da epidemia. O HIV/AIDS era uma doença pertencente a certos grupos como os homossexuais masculinos de usuários de drogas injetáveis, dos hemofílicos / transfundidos e no máximo de suas parceiras sexuais (VERMELHO et al., 1999). Como nos mostra Berer (1997):

A crença de que o HIV e a AIDS fossem restritos a grupos especiais, aparentemente bem definidos e freqüentemente marginalizados, reforçou estereótipos e preconceitos sobre identidade sexual e sexo imoral, em vez de destacar o que há de comum em todos os comportamentos sexuais.

Várias relações e comportamentos sexuais não são admitidos e dessa forma, o risco da transmissão do HIV via práticas heterossexuais têm sido negados. Muito tempo se levou para identificar fatores sociais, econômicos e biológicos que estão presentes na transmissão do vírus e muito ainda não se sabe. Outras afirmativas também ratificavam o pensamento de grupos de risco bem definidos, o que promovia, entre outras coisas, o aumento na crença de que mulheres estavam imunes a doença. Em 1985, o então Ministro da Saúde, Carlos Sant'Anna, afirmou que:

O problema da AIDS no país é preocupante, mas não é prioritário... fala-se muito no risco de contrair a doença através de transfusão sanguínea, mas a verdade é que apenas uma entre um milhão de pessoas que recebem sangue e seus hemoderivados pode ser contaminada. Portanto, se for feito um trabalho de esclarecimento entre os homossexuais para que não façam doação, este risco cai praticamente à zero (BERER, 1997)

Da década de 90 até os dias atuais, o alto contingente de mulheres com HIV/AIDS foi destacado pela mídia. No entanto, a maioria dos programas de atividades educativas se direcionavam apenas para as mulheres profissionais do sexo e as gestantes devido ao risco de transmissão para o bebê, excluindo-se assim as mulheres com que não se enquadravam em tais características, dentre as quais as idosas (VERMELHO et al., 1999).

Quando pensamos em mulheres idosas percebe-se que a sociedade determina quem deve ter ou não ter atividade sexual, de acordo com sua idade cronológica. Estas mulheres que já viveram um papel social de esposa bem definido, mesmo que já infectadas pelo vírus, não se identificam com os chamados grupos vulneráveis e ao HIV/AIDS continuando a ser pensada como uma doença do outro (KNAUTH, 1999).

1.4.3 O HIV/AIDS como Doença do “Outro”

Esta idéia de doença do “outro” e não de todos se fundamenta em raízes históricas geradas pela pandemia HIV/AIDS. A idéia inicial de grupos de risco e posteriormente comportamento de risco, apontava para grupos específicos que eram condenados pela sociedade por terem hábitos considerados inadequados. Apesar de nos dias atuais o HIV/AIDS ser uma doença de “todos”, permanece ainda esta idéia de que a doença só atinge a determinados grupos, dentre estes destacam-se as profissionais do sexo. É percebido um sistema classificatório que relaciona os limites de quem pode ou não pegar Aids, de um lado mulheres promíscuas, com comportamentos não aceitos pela sociedade e por outro as mulheres com somente um parceiro, onde a afetividade e o amor estão presentes (THIENGO et al., 2005). Assim existe a idéia de que o HIV/AIDS é doença de mulher promíscua, que faz com que o pensamento hegemônico sobre mulher/AIDS promova “uma mistura contraditória de excesso e falta de visibilidade, em detrimento das próprias mulheres” (BERER, 1997), já que para muitas mulheres o único comportamento de risco seria fazer sexo sem camisinha com seu marido. Num estudo em Mombassa, Quênia, com caminhoneiros de rota longa, o uso do preservativo girava em torno de 32% e as principais razões para o não uso do

preservativo foram não passar a noite com as prostitutas (VILLARINHO, 2002). Confirmando assim a idéia cultural de que mulheres profissionais do sexo são as que têm e transmitem doenças e as com união estável são as aceitas pela sociedade por não apresentar riscos. Por outro lado, enquanto alguns estudos apontam que ter relação com mulher profissional do sexo só com uso de preservativo, em outros, a negociação por sexo seguro é reduzido, em virtude da relação de poder do cliente. A Profissional do Sexo passa a ser vista como uma mercadoria que se deve adequar às exigências do consumidor, ficando mais vulneráveis ao HIV/AIDS (ESPOSITO, 2006).

Desta forma, entende-se que homens que possuem relações sexuais extraconjugais desprotegidas com profissional do sexo ou não, submetem a suas parceiras a um maior risco, pois a idéia da mulher que possui uma união estável e fiel ter HIV/AIDS ainda não é aceita pela sociedade. Esta afirmação é confirmada em outro estudo onde o “outro” aparece como mais vulnerável a adquirir a doença e as mulheres entrevistadas, se percebem supostamente protegidas. Para os autores, as mulheres entrevistadas acreditavam que a doença estava ligada a comportamentos que justificavam a contaminação. A idéia de imunidade, também se apresenta, quando se refere que as mulheres casadas devem ter uma menor preocupação ao HIV/AIDS (SILVA; VARGENS, 2006). Em uma pesquisa com adolescentes evidenciou-se que o HIV/AIDS era uma doença muito distante de sua vida e do seu meio, ratificando a idéia de doença do outro. As mesmas, não se incluíam no grupo de risco, por não se perceberem fazendo parte dos grupos (THIENGO et al., 2005). Esta idéia do “outro” adquirir HIV/AIDS também se observa entre os idosos quando nos deparamos com um estudo que relata que dos participantes 33% não referenciavam fatores de risco para contrair HIV/AIDS (MORIGUTI, 1996).

Quando pensamos em mulheres idosas, esta idéia do “outro” adquirir HIV/AIDS é muito mais presente, pois somados aos fatores apresentados anteriormente, acrescenta-se em outro estudo concepções errôneas sobre a sexualidade na terceira idade não evidenciadas. A idéia do idoso assexuado as torna ainda mais vulneráveis ao HIV/AIDS (LIEBERMAN, 2000). É perceptível que esta idéia de idoso assexuado ainda é mantida socialmente porque até recentemente ainda se acreditava que por volta desta idade, ocorria um declínio da função sexual intenso e inevitável devido à menopausa feminina e à instalação progressiva das disfunções da ereção masculina. Desta forma, atividades de prevenção a esta população se tornam deficientes. Contraditoriamente, no estudo de Hillman (1998), as idosas correm os mesmo riscos de contrair HIV/AIDS quando comparados a outras pessoas de outras faixas etárias, pois também estão envolvidos em atividades sexuais. Afirmação esta confirmada em

uma pesquisa que afirma que 39% das pessoas com mais de 60 anos mantém relações sexuais com regularidade (BRASIL, 2008b).

Inúmeros são os aspectos que interferem na vulnerabilidade ao HIV/AIDS, dentre os quais a identidade sexual e de gênero (ALVES, 2002). Assim o aumento da vulnerabilidade da mulher frente ao HIV/AIDS é característico no padrão de contaminação de todo o mundo e a discussão no campo que nos remete as questões de gênero se torna essencial para o entendimento de como ao longo dos anos se deu o incremento da participação feminina nos números da epidemia.

1.4.4 A dependência afetiva, a carência, o romantismo e a submissão feminina, como fatores de vulnerabilidade.

Os relacionamentos humanos se sustentam em pilares que geram uma relação de dependência entre as pessoas envolvidas, devido à troca de sentimentos contidos nas relações. Diante disso, destacam-se alguns estudos onde estes fatores foram apontados como predisponentes a não negociação por sexo seguro. O casamento é destacado pelas mulheres como fator de proteção a doença. O casar para as mulheres representa amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade. Há um pressuposto de que ao assumir tais valores na vida cotidiana, homens e mulheres estariam protegidos do risco de se infectarem (MAIA, 2008). O casamento gera uma visão romântica e eternizada do amor entre o casal e isto pode fazer com que se abandone a utilização de preservativos acreditando estarem realmente protegidos contra a HIV/AIDS (VIEIRA, 2000). Ratificando os autores acima em outro estudo realizado em 2003 com agentes comunitárias de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) de Porto Alegre, é percebido que a negociação para o uso da camisinha masculina solicitada pela mulher é muito complicada devido à submissão, fraqueza, passividade, dependência e sentimentalismo. Em contrapartida, os homens se encaixam no padrão de masculinidade, força, atividade, dominação e racionalidade (OLIVEIRA, 2004). Acredita-se que para as mulheres adolescentes a negociação por sexo seguro, associada à perda de virgindade e ao primeiro homem e amor, favorece a exposição ao vírus, através de relações sexuais não protegidas. Para Vieira (2000), os jovens avaliam como sendo alto o risco representado pelo HIV/AIDS para pessoas de sua faixa etária, devido às especificidades que a própria idade os coloca. No estudo de Camargo e Botelho (2000), com jovens estudantes do ensino médio de

Santa Catarina é perceptível que mais da metade dos participantes declararam pelo menos uma experiência sexual arriscada. Os dados do estudo sobre jovens do Vale de Kathmandu no Nepal, também apontam para esta direção. Foi analisado que eles, principalmente as meninas, são altamente vulneráveis a doenças devido ao uso irregular do preservativo por terem um único parceiro (PURI, 2006).

Os idosos vêem o HIV/AIDS, como algo também presente entre os mais jovens (LINSK, 1994; ORY; MACK, 1998). No entanto, os autores acreditam que para as mulheres idosas a não negociação por sexo seguro é muito mais presente quando pensamos em relações mais duradouras onde o companheirismo e a necessidade do outro é mais evidenciada.

Segundo mulheres entrevistadas em um estudo em relacionamento estável, sugerir a utilização do preservativo que não por contracepção, pode provocar a desconfiança do parceiro de estar sendo traído ou de se sentir desacreditado pela esposa em suas atitudes extraconjugais. Também foram comum elas afirmarem que os homens não gostam porque é incômodo e que se só tem a elas, não é necessária a prevenção contra doenças (VILELA, 1999). Acredita-se que esta última afirmação nos remete a mais uma demonstração do poder masculino exercido sobre a mulher, já que uma das questões mais importantes no contexto atual é a falta da negociação do uso do preservativo pela mulher pelo fato deste método ser controlado pelos homens, e estes sendo os dominantes da relação colocam as mulheres em posição de subordinação afetiva. Ratificando a afirmação acima, em um estudo feito em 2007 com gestantes infectadas pelo vírus, demonstrou que antes delas se infectarem, algumas entrevistadas já eram cientes ou suspeitavam que o seu parceiro fosse HIV positivo. Mesmo assim, eram mantidas relações sexuais com eles e em nenhum momento era questionado ao menos o uso de preservativo feminino. Embora fossem cientes desta informação, talvez pela baixa auto-estima, por medo de solidão não exigiam seu uso (CECAIM, 2007). A idéia de submissão é resultante das diferenças de poder entre homens e mulheres. (SILVA; VARGENS, 2006), em um estudo realizado com mulheres da região de Camagibe, foi descrito que estas mulheres são criadas desde sua infância baseadas na afirmação de poder masculino, a submissão e o dever de ser boa mãe e esposa as colocam vulneráveis, quando se relaciona a aceitação de valores considerados normais do homem (NASCIMENTO, 2005). Ainda neste estudo todas as vezes que o tema “camisinha” foi abordado entre as mulheres, o preservativo surgia como método contraceptivo, nunca como barreira de doenças (NASCIMENTO, 2005).

Estes fatores são bem evidenciados quando pensamos em idosas. Pois a visão de que uma relação de muito tempo é monogâmica, eliminaria a possibilidade de o parceiro ter

atividades sexuais desprotegidos com outra pessoa (LIEBERMAN, 2000). Percebe-se que o auto cuidado da saúde destas mulheres fica prejudicado. Pois se relaciona diretamente a consciência de si, da sua própria importância e valor, bem como depende do investimento que cada mulher está disposta a fazer em si mesma (LISBOA, 2003). Os autores acreditam que para que a mulher se cuide, fazendo a opção por sexo seguro é necessário o conhecimento dos métodos de prevenção da doença, pois a falta de informação as coloca mais vulneráveis a doença.

1.4.5 A relação entre a informação sobre a doença e a baixa consciência do uso do preservativo

O desconhecimento sobre vias de transmissão e as formas de prevenção foram achados importantes no estudo de Alves (2002), onde foram apontadas pelas mulheres entrevistadas como fatores mais importantes para adquirir a infecção. Já com as idosas, a falta de informação e percepção de risco parece estar evidenciada quando relatam que têm pouco conhecimento sobre HIV/AIDS e não se vêem com risco de contrair a doença (ALLEN, 1995). Jovens de classes sociais mais favorecidas postergam o início de sua vida sexual e usam mais proteção porque têm acesso à informação e aos insumos, e também porque sentem que suas vidas têm valor, têm projetos para o futuro e existem outros suportes para ancoragem da auto-estima que não apenas a realização sexual/ amorosa (VILELA 2000). Para Keogh et al, (1994), a baixa consciência sobre sua vulnerabilidade durante a relação sexual não se deve apenas à desinformação. A falta de informação figura entre as diversas consequências do estereótipo feminino extensamente relatado na literatura, no qual a mulher tem que ser ingênua e passiva (GUIMARÃES, 1996). As mulheres atribuíram pouco valor ao preservativo devido ao argumento de que impedia o prazer e ou que preservativo poderia romper-se durante a relação sexual ou o medo de prurido e queimação (COGNA; RAMOS., 2002). Percebe-se que o fato das mulheres terem informações ou se acharem susceptíveis ao HIV, não justifica a negociação da proteção em suas relações sexuais (ALVES et al., 2002). Sendo assim, é fato que enquanto as mulheres não se sentirem no direito ou encontrarem a sua maneira de agir como “sujeitos sexuais”, elas continuaram a deparar-se, por exemplo, com a dificuldade de convencerem seus parceiros quanto ao uso do preservativo (BARBOSA, 1999; VILELA, 1999).

1.4.6 A desigualdade de gênero como fator de vulnerabilidade

Atendendo às características epidemiológicas da infecção por HIV/AIDS, as mulheres tornam-se particularmente vulneráveis a esta problemática de saúde, quanto associados a trajetória histórica relacionadas as questões de gênero. Tornando-se assim um importante desafio no desenvolvimento de medidas apropriadas e sustentadas para a prevenção do HIV/AIDS. Tal situação é confirmada no estudo de Saldanha (2003), onde a idéia de gênero pode ser considerada um obstáculo para a percepção da vulnerabilidade à infecção ou a reinfecção pelo HIV. A desigualdade entre os sexos é fruto de um processo histórico que revela uma submissão da mulher em relação ao homem, através do estabelecimento de valores diferenciados para homens e mulheres, e as formas como os mesmos se relacionam na sociedade. As mulheres eram desviadas do poder de decisão na vida pública ou privadas e a violência cotidiana, doméstica e sexual fazia parte da sua realidade. As mulheres têm menor liberdade em sua vida sexual e têm menos poder de decisão acerca do sexo com proteção. Desta forma, estas relações desiguais se traduzem em uma maior vulnerabilidade para as mulheres, contribuindo para o aumento dos números na pandemia (WERNWCK, 2008). No estudo de Souza (2008), realizado com mulheres adultas vivendo relações conjugais estáveis, moradoras de bairro considerado de baixa renda na periferia de Teresina, fica evidente nas falas a vulnerabilidade das mulheres que as relações de gênero têm uma decisiva influência nessa realidade.

Os autores sugerem que esta idéia de gênero quando relacionado ao envelhecimento, pode acontecer devido às intervenções farmacológicas como o *Citrato de sildenafil*, utilizado pelo homem idoso para exercer sua virilidade e a mulher idosa o papel de negar sua sexualidade, já que não se encontra mais na sua idade reprodutiva. Os representantes masculinos percebendo seu potencial sexual começam a se relacionar, quase sempre com mulheres mais jovens e atraentes, pois não há supostamente uma razão aparente de escolher uma mulher de sua idade, uma vez que imaginam encontrar esta desvalorizada sexualmente. Contraditoriamente a isso além de manter relações extraconjugais, possuem relações sexuais com sua parceira sem proteção, propiciando a um aumento da vulnerabilidade a doença entre estas mulheres idosas. Sendo assim estes homens idosos se vendo com menos oportunidades do que os mais jovens recorrem aos serviços de prostituição, comprando sexo (LIEBERMAN, 2000). No estudo feito com homens motoristas de ônibus e integrantes de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) em uma empresa de transportes coletivos na

cidade de São Paulo, são muito comuns encontrar-mos falas que refletem esta diferença de gênero. É permitido, segundo os entrevistados, que na fase adulta os homens tenham relações extraconjugais, se estiver longe da esposa. Contraditoriamente a isto a mulher deve ser virgem, e destinada para o casamento, mais especificamente a procriação, não sendo então permitido mais nenhuma outra prática sexual além da vaginal, pois as demais são mantidas fora (GUERREIRO, 2002). A infidelidade feminina é entendida como possível apenas quando falta alguma coisa que o companheiro não oferece e a masculina como algo natural, característico do homem.

Em outro realizado com mulheres de Camaragibe em 2005, observou-se que o casamento é o maior objetivo dessas mulheres, porque funciona como uma comprovação de mulher bem sucedida que se excluem daquelas “de rua”. O sexo é visto como mais uma obrigação doméstica da mulher e um desejo do marido. Sendo o sexo uma necessidade do homem, as práticas extraconjugais são percebidas como fato natural, pois mesmo não sendo uma atitude desejada, tornando-se realidade será compreendida pela esposa. Por essas razões, não se confia no parceiro, mas também não há cobranças. Ou seja, estes possíveis relacionamentos extraconjugais do marido possivelmente sem proteção, as colocam mais vulneráveis ao HIV/AIDS (NASCIMENTO, 2005). Quando associamos a percepção destas mulheres diante destas relações onde a questão de gênero está muito presente, a união estável aparece como fator de proteção. Esta da idéia de imunidade, associada à dependência afetiva, a carência e ao romantismo as colocam muito mais vulneráveis a adquirir a doença.

A fim de minimizar esta vulnerabilidade, uma das estratégias fundamentais seria a desconstrução da tradicional concepção de gênero, baseada na desigualdade de poder entre os sexos, construindo-se outra, segundo a qual homens e mulheres sejam pensados como seres sociais e políticos capazes de refletir, discutir e tomar decisões de modo igualitário (SCOTT, 1990). Assim as mulheres nessa condição estariam prontas para assumir na relação com o parceiro, uma postura consciente acerca do uso do preservativo nas relações sexuais (PARKER, 1994). A necessidade de um trabalho educativo, que incorpore a discussão sobre o assunto extensivo não apenas às mulheres, mas a seus parceiros, mostra-se de fundamental importância no sentido de contribuir para a mudança do quadro.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

2.1 Tipo de estudo

Estudo exploratório com abordagem quantitativa descritiva acerca da vulnerabilidade de mulheres com mais de 60 anos em relação ao HIV/AIDS.

2.2 Critérios de escolha

Os locais utilizados foram espaços públicos onde se concentravam grupos de mulheres acima de 60 anos integrantes do Projeto Longevidade pertencente à Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida da Prefeitura do Rio de Janeiro. Este projeto faz parte de uma política pública que visa à independência funcional dos indivíduos que envelhecem, através de atividades físicas.

Para a realização da pesquisa foi necessário a autorização prévia do coordenador geral do Projeto Longevidade desta Secretaria. A seleção dos locais ocorreu mediante uma listagem fornecida por este coordenador onde constavam 117 locais aonde os grupos aconteciam. A pesquisa foi realizada em 15 lugares, sendo eles: Parque Ary Barroso no Bairro da Penha; Praça Jardim do Méier; Praça Barão de Drumound em Vila Isabel; Avenida Atlântica em frente ao Copacabana Palace; na praia na altura da Praia do Flamengo; Castelinho Aterro do Cocotá no Bairro da Ilha do Governador; no Abrigo Cristo Redentor no Bairro de Bonsucesso; no Clube do Curtume no Bairro da Penha; no Iate Clube de Ramos; Igreja Divino Salvador no Bairro de Piedade; na Praça Cebinho no Bairro de Irajá; Avenida Maracanã ; na Praça Guaporé no Bairro de Brás de Pina; na Praça Maribel em Vila Valqueire e na Rua Henrique Valadares pertencente ao Bairro do Centro.

Para a seleção destes quinze locais, optou-se pela escolha de pelo menos um Bairro de cada Área Programática onde estivessem sendo realizadas as atividades, além de se levar em consideração a acessibilidade para os pesquisadores. Foram selecionados quinze locais porque cada grupo tinha em média, conforme o coordenador do Projeto Longevidade, quarenta

mulheres com 60 anos e mais, totalizando 600 mulheres, quantitativo próximo ao número inicial esperado de 500 respondentes previstos para a pesquisa. No entanto, foram estudadas 256 mulheres com 60 anos e mais, não sendo atingido o número esperado devido à inviabilidade do tempo de coleta que ocorreu por causa das férias das alunas do Projeto, pela dificuldade do reinício das turmas e pela demora no fornecimento da listagem atualizada pelo coordenador do Projeto com os locais aonde os grupos aconteceriam no segundo semestre de 2009. Também se acreditou que muitas destas mulheres não aceitaram participar da pesquisa pelo fato de que os critérios de inclusão geravam por vezes certo constrangimento a este grupo escolhido, pois foi perguntado por cada pesquisador antes da aplicação do instrumento quem das mulheres do grupo possuía atividade sexual. Observou-se também que nem todas as mulheres participantes tinham 60 anos ou mais.

Vale ressaltar que este estudo continuará após a defesa da dissertação de mestrado da pesquisadora, visando atingir uma amostra próxima ou superior a esperada inicialmente.

2.3 População

O estudo foi realizado com 256 mulheres com 60 anos e mais frequentadoras das atividades externas do Projeto Longevidade da Secretária Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de vida do Rio de Janeiro.

Pela dificuldade de se estabelecer um critério para amostragem, este estudo foi desenvolvido a partir de uma amostra por conveniência não probabilística de 500 mulheres inicialmente.

Critérios de Inclusão

Para este estudo nos detemos ao grupo que realizavam atividades físicas porque se acreditou que os mesmos tinham sua capacidade funcional preservada e eram capazes de decidir sobre seus interesses, inclusive sexuais.

Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo todas as mulheres com 60 anos e mais que não tinham práticas sexuais e as analfabetas devido à inviabilidade da aplicação do instrumento da pesquisa.

2.4 Variáveis do estudo

Conforme os objetivos e a problemática do estudo, delimitamos quatro dimensões, sendo elas: características sócio econômico e demográfica, conhecimento sobre a doença, auto percepção de vulnerabilidade ao HIV/AIDS e práticas sexuais. Para expressar estas dimensões foram selecionadas variáveis que serão descritas a seguir.

A dimensão característica sócio econômico e demográfica foi criada visando agrupar todas as variáveis que descreviam o perfil da amostra estudada. Esta dimensão foi composta por onze variáveis com suas respectivas categorias, tais como: grupo etário composta por cinco categorias criadas com intervalo, sendo que as quatro primeiras tiveram um espaço intervalar de cinco anos e a última aberta a mais de 80 anos.

A criação das categorias da variável área programática de residência foi criada conforme a divisão por área programática estabelecida para a Cidade do Rio de Janeiro descrita no anexo 1.

A variável “cor da pele” foi composta por duas categorias parda ou preta e branca. Esta classificação foi criada respeitando a distribuição da população pelo Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE, 2009).

A variável “escolaridade” foi estabelecida mediante a quatro categorias que compreendiam atingir as participantes que tivessem nenhuma instrução mas sabiam ler e escrever assim como as que tinham menos de um ano de estudo, as que tinham pouco estudo, entre 1 a 3 anos, as que tinham uma escolaridade média de 4 a 8 anos de estudo e as com um alto nível de escolaridade com mais de 8 anos de estudo. Optou-se por colocar em anos de estudo devido a várias nomenclaturas adotadas ao longo do tempo para o ensino Brasileiro. Desta forma podemos ter uma noção da escolaridade destas idosas levando em consideração para a nossa análise à nomenclatura atual de ensino fundamental, médio e superior.

A renda mensal familiar foi criada em reais com base no valor do salário mínimo do ano de 2008, que era de R\$ 415,00. Foram 11 categorias que foram descritas baseadas nos múltiplos deste valor inicial. A primeira foi de menos de R\$ 415,00, a segunda entre R\$415,00 e R\$ 800,00, a terceira entre R\$ 800,00 e R\$1.200,00, a quarta entre R\$ R\$1.201,00 e R\$ 1.600,00, a quinta entre R\$ R\$1.601,00 e R\$ 2.000,00 a sexta entre R\$ 2.001,00 e R\$ 2.400,00, a sétima entre R\$ 2.401,00 R\$ 2.800,00, a oitava entre R\$ 2.801,00 R\$ 3.200,00, a nona entre R\$ 3.201,00 e R\$ 3.600,00, a décima entre R\$ 3.601,00 e R\$ 4.000,00 e a última com mais de R\$ 4.000,00.

A variável “situação conjugal” foi estabelecida em duas categorias, a primeira compreendia as mulheres idosas com união estável e a outra a que não tinham nenhum tipo de união. Esta classificação foi criada visando atingir as mulheres idosas casadas oficialmente e as que consideraram que seu relacionamento é estável independente de tempo. A segunda classificação de união não estável visou atingir todas as participantes que consideraram seu relacionamento desta forma, independente de formalidades, tipo ou tempo.

A variável “número de pessoas por residência” foi composta por quatro categorias, criadas a partir da classificação do IBGE, (2009) do número médio de pessoas por família residentes em domicílios particulares. A primeira categoria buscou descobrir se a participante morava sozinha, a segunda se a mesma morava com 1 a 3 pessoas, a terceira com 4 a 6 pessoas e a última com mais de 6 pessoas.

A variável “atividade remunerada” foi criada a fim de descobrir se a respondente tinha alguma renda extra proveniente de seu trabalho ou alguma outra atividade remunerada, além da renda principal que provia seu sustento financeiro.

A variável “fonte de renda” procurou descobrir qual era a renda principal destas participantes que provia seu sustento financeiro. Constou de seis variáveis menores, sendo elas: trabalho, aposentadoria, pensão, ajuda do esposo, ajuda de parentes e amigos e outros. Tiveram como categorias as respostas sim ou não.

A variável “religião” foi descrita tendo como base as principais religiões e crenças no Brasil descritas pelo IBGE, (2009). Abordou-se cinco menores variáveis tais como: a católica, o camdoblé/ umbanda, evangélica, espírita e outras. Tiveram como categorias as respostas sim ou não.

A variável “lazer” buscou descobrir se as participantes do estudo tinham alguma atividade de socialização constando de duas categorias tendo como opção sim ou não.

A segunda dimensão conhecimento sobre a doença HIV/AIDS foi criada para agrupar as quatro variáveis que se relacionavam aos meios de conhecimento e informação da doença.

A primeira “variável conhecimento sobre a doença” teve como propósito inicial descobrir se a respondente já tinha ouvido falar sobre o HIV/AIDS constando de duas categorias, sim ou não.

A variável “modos de transmissão da doença” foi formada por sete variáveis menores que compreendiam as formas de transmissão do vírus. A primeira através de colher, pratos e copos, a segunda pelo ar, a terceira através do contato sexual sem preservativo, a quarta no banheiro público, a quinta pelo contato da pele com quem está doente, a sexta pela picada de mosquito ou inseto e a última através de transfusão de sangue contaminado com o vírus da

AIDS, sendo considerada correta as opções três e sete. Todas tiveram como categorias as respostas sim ou não.

A variável “meios de comunicação” teve como finalidade descobrir quais são os meios de comunicação mais utilizados pela respondente para se obter conhecimento sobre a doença constando de oito variáveis menores sendo elas: rádio, jornal, folhetos ou panfletos, em palestras nos serviços de saúde, através de amigos ou familiares, na igreja, televisão e internet. Tiveram como categorias as respostas sim ou não.

A última variável “finalidade do preservativo” teve por objetivo descobrir se a participante tinha conhecimento sobre a dupla função do preservativo, além de saber da existência do preservativo feminino. Foi composta de três variáveis menores. A primeira foi se o preservativo é usado pelo homem e pela mulher para evitar gravidez, a segunda se é usado pelo homem e pela mulher para evitar gravidez e doenças transmitidas pelo sexo e a terceira se é usado pelo homem para evitar gravidez e doenças transmitidas pelo sexo. Todas tiveram como categorias as respostas sim ou não.

A dimensão vulnerabilidade auto referida constou de seis variáveis. Foi criada com o propósito de descobrir a percepção de vulnerabilidade referida das mulheres entrevistadas.

A primeira variável “doença do outro” foi criada com base em estudos de vulnerabilidades de mulheres com outras faixas etárias. O fato de considerar o HIV/AIDS como doença de todos e não dos outros as colocavam em posição de vulnerabilidade. A variável foi descrita no instrumento através da seguinte pergunta “A sr^a. se imagina com essa doença?” tendo como categorias sim ou não.

A variável “uso do preservativo conforme o parceiro” constou de quatro variáveis menores e buscou investigar se a respondente tinha influência da decisão do uso do preservativo nas relações. A primeira variável foi descobrir se o parceiro fica chateado (a) achando que o (a) traindo quando a idosa pede para usar o preservativo. A segunda variável procurou descobrir se o parceiro relatava que não é necessário usar o preservativo porque a participante não tinha mais o risco de engravidar. A terceira variável que procurou abordar se o parceiro não usava preservativo porque só tinha relação sexual com a participante. A quarta variável procurou abordar se o parceiro elogiava a atitude da respondente e fazia questão de usar o preservativo. Todas estas variáveis tiveram duas categorias compreendidas entre sim ou não.

A variável “frequência do uso do preservativo” foi criada visando descobrir se a participante fazia uso do preservativo e qual a frequência, constando de cinco categorias, sendo elas: sempre, frequentemente, algumas vezes, raramente, e não uso.

A variável “percepção de contrair a doença” foi formada através da pergunta “Quais as possibilidades da sr^a pegar AIDS?” Buscou descobrir se o comportamento das mulheres as colocavam vulneráveis ao vírus constando de quatro categorias, tais como: nenhuma, pequena, moderada e grande.

A variável “gênero” foi criada a partir da pergunta “A sr^a. acha que fazer sexo é igual para homens e mulheres?”, foi criada visando descobrir se as relações se o gênero masculino influenciava nas atitudes sexuais das participantes. Foi formada por duas categorias, sim ou não.

A variável “Infidelidade” constou de cinco variáveis menores e teve como propósito investigar a vulnerabilidade se estas mulheres se colocavam em posição de risco aceitando que seu parceiro tivesse práticas extraconjugais. A primeira variável foi considerar que esta atitude é um direito do homem, a segunda é admitir que a relação do casal seja liberal em que os dois aceitam tais práticas, a terceira é descobrir se é um direito da mulher, a quarta foi admitir que o companheiro (a) não tem práticas sexuais fora do casamento porque o casal se ama e a última foi descobrir que a parceira fingia que seu companheiro (a) tem outros relacionamentos fora. Todas elas constaram de duas categorias concordo e discordo.

A última dimensão práticas sexuais constou de 8 variáveis. Foi criada com o propósito de descobrir as características das práticas sexuais das participantes da pesquisa.

A primeira variável foi prática sexual e foi formada por três variáveis menores: a primeira gosto de homens e mulheres, a segunda gosto de homens e a terceira gosto de mulheres, todas compostas por duas categorias, sim ou não. Desta forma, descobriríamos se a idosa se considerava homossexual, bissexual ou heterossexual.

A segunda variável foi investigar o número de parceiros sexuais da idosa nos últimos 12 meses. Foi compreendida por três variáveis menores, tais como: um único parceiro; de 2 a 4 parceiros e mais de 4 parceiros. Tiveram duas categorias cada, sim ou não.

A terceira variável foi descobrir a representatividade do ato sexual para estas idosas e qual o sentimento que envolve estas relações. Foi formada por três variáveis menores: companheirismo; amor e prazer com duas categorias cada, sim ou não.

A quarta variável teve a finalidade descobrir se a idosa já teve alguma doença transmitida pelo sexo após 60 anos. Foi formada por duas categorias sim ou não. Percebeu-se que esta variável pode trazer uma limitação para a pesquisa, pois muitas idosas podem ser portadoras de uma doença sexualmente transmissível e não saber.

A quinta variável foi descobrir se ela usa preservativo nas suas relações sexuais Foi composta de duas categorias, sim ou não.

A sexta variável foi criada para descobrir a qualidade que sua relação sexual apresenta atualmente. Foi composta por quatro categorias: monótona; agitada; normal e prazerosa.

A sétima variável foi descobrir os tipos de práticas sexuais que as mulheres realizavam com seus parceiros (as). Foi formada a partir de três variáveis menores, compostas de duas categorias cada, sendo elas sim ou não.

A oitava e última variável se relacionou ao preconceito, nesta questão procurou descobrir se a atividade sexual era vista como um tabu para a amostra pesquisada. Foi formada por duas categorias, sim ou não.

2.5 Estratégia de coleta de dados

Para a coleta de dados foi utilizada como técnica a entrevista e como instrumento o questionário.

Questionário é um instrumento de investigação composto por questões que são apresentadas por escrito às pessoas, formado por uma seqüência ordenada de perguntas e campos para serem preenchidos sem a presença do pesquisador preferencialmente. Tem por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, entre outras situações vivenciadas. (GIL, 1999).

Ao se construírem as questões do questionário houve preocupação quanto à linguagem empregada, atentando-se para comunicação fácil e rápida com as respondentes. As questões foram de múltipla escolha, obtendo uma abordagem seqüencial. Primeiramente a pesquisadora dividiu o instrumento em quatro grandes dimensões, sendo elas: características sócio econômico demográficas; conhecimento sobre a doença HIV AIDS; auto percepção de vulnerabilidade; e práticas sexuais.

O estudo piloto instrumento foi testado com 15 mulheres idosas pertencentes a outro Município do Estado do Rio de Janeiro, a fim de avaliar a compreensão do questionário utilizado.

Anteriormente a aplicação dos instrumentos foi feita a pergunta se a participante possuía atividade sexual. Posteriormente o questionário foi aplicado a cada respondente em uma sala reservada, demorando em torno de 20 minutos para respondê-lo de forma completa.

No momento do estudo foi verificada a necessidade de modificação e inclusão de alguns dados relacionados às características sócio econômico demográficas das participantes e

foi observada a necessidade de alterar as instruções para preenchimento do questionário, pois se percebeu confusão por parte das mesmas. Para melhor compreensão do leitor foi necessário deixar claro que nenhuma pergunta poderia ficar em branco e que uma mesma pergunta podia ter duas respostas.

Após o teste piloto a única alteração realizada no instrumento foi a substituição da palavra lazer por diversão, referente à questão 11 do questionário. Com relação às demais perguntas não se observaram dúvidas quanto ao preenchimento.

Alguns cuidados foram adotados visando aumentar a aceitação e a qualidade das respostas. O questionário, ao ser aplicado, seguiu alguns princípios que descrevo a seguir: O instrumento foi completado somente em um encontro, desta forma, não foi permitido continuar o preenchimento em encontros posteriores e o questionário foi auto dirigido. Desta forma, o pesquisador não influenciou as mulheres idosas em suas escolhas. Não foram discutidas as questões, nem os significados das mesmas. Em caso de dúvida, o entrevistador apenas releu as questões de forma pausada para a respondente. Ao término do preenchimento do questionário, foi verificado se a idosa não deixou nenhuma questão sem resposta.

Os dados do presente estudo foram coletados por uma equipe de três pesquisadores. Os mesmos passaram por uma fase de treinamento no mês de agosto de 2009 para preenchimento dos questionários com a pesquisadora responsável pela pesquisa. Este treinamento consistiu em três etapas. A primeira se deu através da explicação dos objetivos do estudo e a cada pergunta do instrumento de coleta de dados. Na segunda etapa realizou-se uma primeira aplicação teste uns com os outros com o objetivo de se certificar a aplicabilidade correta do instrumento. Já na terceira etapa os pesquisadores foram para campo acompanhados da pesquisadora responsável a fim de esclarecer todas as possíveis dúvidas existentes.

Os pesquisadores do estudo foram selecionados mediante algumas características dentre as quais interesse por pesquisa científicas, possuir nível superior e disponibilidade de tempo.

Os pesquisadores foram divididos dentre os quinze campos selecionados. Cada um compareceu a cinco locais diferentes para a coleta. Foi necessário uma apresentação ao professor e ao grupo de idosas antes do início das aulas já que os mesmos se encontravam pré-avisados sobre a pesquisa pelo coordenador responsável pelo projeto. Estabeleceu-se um melhor horário para a aplicação do instrumento já que os grupos aconteciam três vezes por semana pela manhã, nos horários de 7:30h às 9:30 e 9:50 às 11:50h

No momento da aplicação dos questionários foram explicados os objetivos da pesquisa as participantes, destacando-se os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Para as mulheres elegíveis para o estudo foi informada a técnica correta de preenchimento do questionário e a importância da leitura, entendimento e assinatura do termo de esclarecimento. É importante ressaltar que a equipe foi treinada quanto à abordagem apropriada às participantes a fim de minimizar constrangimentos e recusa à participação na pesquisa. Ao término do preenchimento do questionário, os mesmos foram colocados em uma caixa própria com o objetivo de assegurar o anonimato.

Participaram do estudo 256 mulheres que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão do estudo e aceitaram participar da pesquisa. A coleta de dados aconteceu no período do mês de setembro e primeira quinzena de outubro de 2009. O tempo médio de aplicação do questionário foi de trinta minutos por respondente.

2.6 Cuidados éticos

Todos os sujeitos foram orientados e instruídos sobre a pesquisa e foi proposto que aceitassem o convite para participar do estudo em questão. Foi assegurado o anonimato e a orientação quanto à possibilidade de interromper a sua participação a qualquer momento. A privacidade foi preservada. Todas assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), atendendo assim a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que trata das normas sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi solicitada a assinatura do responsável pelo Projeto Longevidade da Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida para a autorização da pesquisa.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética da Prefeitura do Rio de Janeiro a fim obter a autorização para a divulgação do nome da Instituição aonde será realizada a pesquisa sob o parecer de número 84 A-2009 (Apêndice C).

2.7 Financiamentos

Esta pesquisa obteve apoio financeiro do CNPq, conforme edital MCT/CNPq/SPM/MDA N° 57/2008. Como parte de uma pesquisa pertencente ao Grupo de Pesquisa sobre Gênero, Poder e Violência na Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

2.8 Organização e análise dos dados

Os dados foram armazenados e analisados no banco de dados, criados pelo pesquisador através de um sistema Gerenciador de Banco de Dados do Microsoft Excel versão 2003. Foram utilizadas medidas estatísticas descritivas como frequência absoluta e a frequência relativa para atender aos objetivos.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 256 mulheres de 60 anos e mais esses dados foram agrupados em quatro dimensões, sendo elas: dimensão sócio econômico demográfica; conhecimento sobre HIV/AIDS; conhecimento sobre a doença; processo de vulnerabilidade auto referido ao HIV/AIDS; e práticas sexuais. Primeiramente discutiremos os resultados correspondentes à dimensão sócio econômico demográfica, valores estes apresentados nas tabelas 1 e 2.

Conforme dados da tabela 1, observou-se que a amostra foi composta em sua maioria por mulheres entre 60 a 65 (44,7%), maior quando comparado a demais categorias como por exemplo, as idosas com mais de 80 anos (3,1%). A área programática de residência das participantes do estudo encontrou-se concentrada em uma única área programática a 3.1 (36,4%). Com relação à variável cor da pele observamos resultados parecidos com relação a suas categorias, as mulheres idosas de cor parda ou preta tiveram (47,8%) e as de cor branca (51,7%). Grande parte das mulheres entrevistadas possuía mais de oito anos de estudo (32,6%) e um pequeno percentual (12,4%) não tinha qualquer escolaridade ou tinha menos de 1 ano de escolaridade. A maioria das participantes do estudo possuía renda familiar entre R\$415,00 a R\$800,00 (36,9%), seguida de menos de R\$ 415,00 (17,5%). Em relação à situação conjugal constatamos que o quantitativo de mulheres idosas que não possuíam uma união estável correspondeu (52,5%). O número de idosas que moravam com de um a três pessoas teve um percentual bem elevado (58,7%), quando comparamos com as demais categorias. A variável atividade remunerada apresentou um percentual de (55,6%) para as idosas que não possuíam qualquer tipo de renda além da proveniente de seu sustento financeiro. Na amostra estudada grande parte das participantes possuíam alguma atividade de lazer (73,9%).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis relativas às características sócio-econômicas e demográficas. Brasil, 2009

<i>Características</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Grupo etário		
60 a 65 anos	115	44,7
66 a 70 anos	88	34,2
71 a 75 anos	28	10,8
76 a 80 anos	17	6,6
+ de 80 anos	8	3,1
Área Programática por residência.		
1.0	26	10,1
2.1	44	17,1
2,2	24	9,3
3.1	93	36,1
3.2	31	12,0
3.3	25	9,7
4.0	3	1,1
5.1	4	2,0
5.2	2	1,5
5.3	4	2,0
Cor da pele		
Parda ou preta	123	47,8
Branca	133	51,7
Escolaridade		
Sem ou menos de 1 ano	32	12,4
1 a 3 anos	62	24,1
4 a 8 anos	78	30,3
+ de 8 anos	84	32,6
Renda familiar		
Menos de R\$415,00	45	17,5
Entre R\$ 415,00 e R\$ 800,00	95	36,9
Entre R\$ 801,00 e R\$ 1.200,00	32	12,4
Entre R\$1.201,00 e R\$1.600,00	13	3,8
Entre R\$1.601,00 e R\$ 2.000,00	17	6,6
Entre R\$ 2.001,00 e R\$ 2.400,00	12	4,6
Entre R\$ 2.401,00 e R\$ 2.800,00	4	1,5
Entre R\$ 2.801,00 e R\$ 3.200,00	9	3,5
Entre R\$ 3.201,00 e R\$ 3.600,00	6	2,3
Entre R\$ 3.601,00 e R\$ 4.000,00	13	5,0
Mais de R\$ 4.000,00.	10	3,8
Situação conjugal		
União estável	121	47,5
Não tenho nenhum tipo de união	135	52,5
Número de pessoas por residência		
Moro sozinha	59	22,9
1 a 3 pessoas	151	58,7
4 a 6 pessoas	32	12,4
Mais de 6 pessoas	14	5,4
Fonte de renda		
Sim	113	43,9
Não	143	55,6
Lazer		
Sim	190	73,9
Não	66	25,6

O número de idosas com renda proveniente de sua aposentadoria (40,0%) é superior aos demais, porém com percentual parecido quando comparado com a renda obtida através do trabalho (37,3%) e com a renda proveniente de pensões (34,2%). Com relação à variável religião quase a metade das participantes relatou serem freqüentadores do catolicismo (47,4%). No entanto, os outros percentuais correspondentes as outras religiões apresentaram valores parecidos perfazendo a outra metade das respostas das entrevistadas. Estes resultados podem ser conferidos conforme a tabela 2 abaixo:

Tabela 2 – Distribuição das variáveis não excludentes relativas às características sócio-econômicas e demográficas. Brasil, 2009.

<i>Características</i>	<i>N</i>		<i>%</i>	
	Sim	não	sim	não
Fonte de renda				
Aposentadoria	156	101	60,0	40,0
Trabalho	96	161	37,3	62,7
Ajuda do esposo	88	165	34,2	65,8
Pensão	69	188	26,8	73,2
Ajuda de parentes e amigos	35	222	13,6	86,4
Outros	71	186	27,6	72,4
Religião				
Catolicismo	122	135	47,4	52,6
Candomblé / umbanda	49	208	19,0	81,0
Evangélica	47	210	18,2	81,8
Espírita	32	225	12,4	87,6
Outras	50	207	19,4	80,6

A seguir serão apresentados os dados referentes à dimensão conhecimento sobre a doença na tabela 3. Observou-se que com relação ao conhecimento sobre a doença HIV/AIDS entre nossas participantes (98%) das idosas relataram saber da existência do vírus. O conhecimento sobre HIV/AIDS também foi verificado quando analisamos a variável “modos de transmissão do vírus HIV/AIDS”. Percebeu-se que grande parte das idosas entrevistadas conhece a forma de transmissão da doença: através do sangue contaminado com o vírus da AIDS (86,3%) e através do contato sexual sem preservativo (90,2%), as demais opções caracterizaram a minoria das respostas. Cabe ressaltar que as formas de transmissão através do banheiro público (30,3%), através do contato da pele (30,7%) e pela picada de mosquito ou inseto (31,9%) com quem está doente se apresentaram com percentuais bem significativos, o que nos faz refletir sobre conhecimento das formas de transmissão existentes por algumas

respondentes. As idosas de nossa pesquisa responderam que para se informarem utilizam alguns meios, tais como, a televisão (79,3%), seguido do rádio (77 %) e do jornal (74,7 %). A *Internet* constitui o meio menos utilizado (37,3%). Com relação à finalidade do uso do preservativo (72,3%) das participantes demonstraram entender sobre a dupla função do preservativo, no entanto, um grande percentual de participantes considera o preservativo como somente pelo homem para evitar gravidez e doenças transmitidas pelo sexo. (69,6%).

Tabela 3 - Distribuição das variáveis relativas à dimensão conhecimento sobre HIV/AIDS. Brasil, 2009.

<i>Características</i>	<i>N</i>		<i>%</i>	
	Sim	não	sim	não
Conhecimento sobre a doença HIV/AIDS	252	5	98,0	2,0
Modos de transmissão da doença*				
Colher, pratos e copos	35	222	13,7	86,3
Pelo ar	24	233	9,5	90,7
Através do contato sexual sem preservativo	232	25	90,2	9,8
No banheiro público	78	179	30,3	69,7
Pelo contato da pele com quem está doente	79	178	30,7	69,3
Pela picada de mosquito ou inseto.	82	175	31,9	68,1
Através de transfusão de sangue contaminado com o vírus da AIDS	222	35	86,3	13,7
Meios de comunicação*				
Rádio	198	59	77,0	23,0
Jornal	192	65	74,7	25,3
Folhetos ou panfletos	141	116	54,8	45,2
Em palestras nos serviços de saúde	115	142	44,7	55,3
Através de amigos ou familiares	138	119	53,6	46,4
Na igreja	99	158	38,6	61,4
Na televisão	204	53	79,3	20,7
Na internet	96	161	37,3	62,6
Finalidade do preservativo*				
É usado pelo homem e pela mulher para evitar gravidez	142	115	55,2	44,8
É usado pelo homem e pela mulher para evitar gravidez e doenças transmitidas pelo sexo	186	71	72,3	27,7
É usado pelo homem para evitar gravidez e doenças transmitidas pelo sexo	179	78	69,6	30,4

*variáveis com categorias não excludentes

A seguir será apresentada as variáveis relacionadas à terceira dimensão do estudo a percepção de vulnerabilidade auto referida. Observou-se na tabela 4 que (83,7%) das participantes não se imaginam portadoras da doença e (47,8%) não utilizam o preservativo em suas relações sexuais. Quase a metade destas mulheres entrevistadas (49,8%) não se referiu

ser vulneráveis à doença. O gênero masculino está presente quando é percebido que o homem é o tomador de decisões no relacionamento sexual. Esta afirmação é justificada quando observamos que quase a metade das respondentes (48%) acreditou que sexo não é igual para homens e mulheres.

Tabela 4 - Distribuição das variáveis relativas a dimensão percepção de vulnerabilidade auto referida. Brasil, 2009.

<i>Características</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Doença do outro		
Sim	42	16,3
Não	215	83,7
Frequência do uso do preservativo		
Sempre	57	22,1
Freqüentemente	34	13,2
Algumas vezes	22	8,5
Raramente	21	8,1
Não uso	123	47,8
Percepção de contrair a doença		
Nenhuma	128	49,8
Pequena	86	33,4
Moderada	14	5,4
Grande	30	11,6
Gênero		
Sim	130	50,6
Não	127	49,4

Na variável uso do preservativo conforme parceiro observamos um alto percentual de respostas relacionadas à não necessidade de se utilizar o preservativo em virtude de ter apenas um parceiro fixo (56,4%). Colaborando com esta afirmação (44,0%) das respondentes consideram o preservativo como idéia de contracepção por isso não viam a necessidade de utilizar nas relações. A variável infidelidade masculina destacou o grande percentual de respostas que se direcionaram ao não uso do preservativo pelo fato de ter um relacionamento estável associado (54,5%). O segundo mais freqüente nos remete a questão do medo de ficar sozinha que leva a participante a aceitar relacionamentos extras conjugais (24,6%). Seguido do direito do homem ser infiel (17,9%). Percentuais estes destacados na tabela 5 que se apresenta a seguir.

Tabela 5 –Distribuição das variáveis não excludentes relativas a dimensão percepção de vulnerabilidade auto referida. Brasil, 2009.

<i>Características</i>	<i>N</i>		<i>%</i>	
	Sim	Não	Sim	Não
Uso do preservativo conforme parceiro				
Fica chateado achando que esta o (a) traindo	72	184	28,5	71,5
A participante não tem mais como engravidar por isso não é necessário usar.	113	144	44,0	56,0
O parceiro diz que só tem relação sexual com a participante por isso não tem necessidade de usar	145	112	56,4	43,6
Elogia a atitude da participante e faz questão de usar	83	174	32,3	67,7
Infidelidade				
É um direito do homem	46	211	17,9	82,1
Tenho uma relação liberal em que os dois aceitam tais práticas.	39	218	15,1	84,9
É um direito da mulher!	44	213	17,1	82,9
Meu companheiro (a) não tem práticas sexuais fora do casamento porque nos amamos	140	117	54,5	45,5
Finjo que não sei que meu companheiro (a) tem outros relacionamentos fora	63	194	24,6	75,4

Conforme dados da tabela 6, a maioria das participantes tinha relações heterossexuais (80,9%) o restante tinha relações homossexuais (14,4%) e bissexuais (17,2%). Mais da metade das participantes possuiu apenas um único parceiro (68,4%), seguido de (20%) de idosas que possuíam de 2 a 4 parceiros, o percentual de idosas com múltiplos parceiros bem significativo (20,3%) quando pensamos da idéia do risco de transmissão da doença. Para o público pesquisado o ato sexual representa principalmente o companheirismo (68,8%), o prazer é o que menos aparece no percentual (32,2%).

As práticas sexuais do tipo vaginal foram as mais predominantes (82,8%), seguido do tipo sexo oral (32,0%). Dados estes demonstrados na tabela 6

Tabela 6 - Distribuição das variáveis não excludentes relativas a dimensão práticas sexuais, novembro de 2009.

<i>Características</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Doença transmitida pelo sexo		
Sim	38	14,8
Não	219	85,2
Uso do preservativo		
Sim	84	32,6
Não	173	67,4
Qualidade que sua relação sexual		
Monótona	92	35,7
Agitada	25	9,7
Normal	86	33,4
Prazerosa	54	21,0
Preconceito		
Sim	24	9,3
Não	233	90,7

Conforme os dados apresentados na tabela 7, (85,2%) das entrevistadas nunca tiveram nenhum tipo de doença sexualmente transmissível. Da amostra estudada (67,4) respondentes responderam não usar preservativo em suas relações sexuais. A maior parte das entrevistadas considerou sua vida sexual monótona (35,7%). Com relação à opinião das participantes sobre a atividade sexual depois dos 60. Percebeu-se que (90,3%), acham normal praticar sexo na sua idade.

Tabela 7 – Distribuição das variáveis relativas a dimensão práticas sexuais. Brasil, 2009.

<i>Características</i>	<i>N</i>		<i>%</i>	
	Sim	Não	Sim	Não
Atitude sexual				
Gosto de homens e mulheres	44	213	17,2	82,8
Gosto de homens	208	49	80,9	19,1
Gosto de mulheres	37	220	14,4	85,6
Parceiros sexuais				
Um único parceiro	176	81	68,4	31,6
De 2 à 4 parceiros	52	205	20,3	79,7
+ de 4 parceiros	32	224	12,4	87,6
Representatividade do ato sexual				
Companheirismo	177	80	68,8	31,2
Amor	141	116	54,8	45,2
Prazer	83	174	32,2	67,7
Práticas sexuais				
Sexo vaginal	213	44	82,8	17,2
Sexo anal	49	208	19,0	79,0
Sexo oral	82	175	32,0	68,0

4 DISCUSSÃO

Os dados apresentados no setor de resultados serão analisados de acordo com o conceito de vulnerabilidade à infecção pelo HIV descrito por Mann e Tarantola (1993) e Ayres et al (1997), através de suas três dimensões: social, individual e programática. Nessa análise estarei discutindo dimensão individual e a vulnerabilidade social da amostra estudada.

4.1 Vulnerabilidade Social

A Vulnerabilidade social das participantes foi analisada a partir de quatro dimensões: características socioeconômicas e demográficas, meios de informação, conhecimento sobre o HIV/AIDS e atitudes sexuais.

Com relação à dimensão características socioeconômicas e demográficas, observou-se onze tipos de vulnerabilidades social que indicam a susceptibilidade da população a pandemia: grupo etário; área programática por residência; cor da pele; escolaridade; renda mensal familiar, situação conjugal, números de pessoas por residência, atividade remunerada, fonte de renda; religião e lazer.

De acordo com o perfil da clientela definida constatou-se que pela distribuição por idade, o número de mulheres entre 60 a 65 foi maior quando comparado a demais categorias. Este dado encontrado em nosso estudo pode estar apontando o grande número de mulheres ativas, com a autonomia funcional preservada e em condições de realizar atividade física. Desta forma, espera-se que mulheres idosas mais jovens sejam frequentadoras deste tipo de atividade, já que a capacidade funcional declina ao longo dos anos.

O conceito de capacidade funcional tornou base para muitas pesquisas científicas e em nosso estudo. Optamos por uma amostra de mulheres que tinham possivelmente uma independência funcional pelo fato de realizarem atividades físicas. Fizemos esta escolha com o propósito de atender aos critérios de inclusão do estudo. O conceito de independência funcional foi apontado na Política Nacional de Saúde do idoso há dez anos atrás. Entende-se como independência funcional a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Este foi um conceito em saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações

preventivas, assistências e de reabilitação devem objetivar melhoria da capacidade funcional, ou no mínimo sua manutenção e sempre que possível à recuperação desta capacidade que foi perdida. (BRASIL, 1999). O alto percentual de mulheres idosas jovens independentes e autônomas de nosso estudo também condizem com os resultados encontrados nos estudos de Fredrigo (1999), Santos (2001), Silvestre (2003) e Alves (2007) que relataram que com o avançar da idade o declínio funcional torna-se evidente e o idoso deixa de realizar atividades básicas da vida diária, diminuindo assim sua capacidade funcional. Esta avaliação ocorre em termos de habilidade e independência para realizar determinadas atividades, sendo este um dos grandes componentes da saúde do idoso.

Nestes estudos percebeu-se que a cada ano, cerca de 10% da população adulta, a partir dos 75 anos perdia a independência em uma ou mais atividades básicas da vida diária, tais como: banhar-se, vestir-se, alimentar-se e higiene pessoal e funções ligadas a mobilidade. Para os autores o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais susceptível a agressões. Para Ramos (2002), saúde dentro desta nova ótica de capacidade funcional, passa a ser resultante de interação multidimensional entre sua saúde física, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma destas dimensões se comprometida pode afetar a capacidade funcional do idoso.

Em nosso estudo acreditamos que a captação deste grupo populacional foi prejudicada em virtude de que as idosas foram convidadas a participar da pesquisa quando estavam em grupo e em locais públicos.

Esta idéia preconceituosa que perdura até hoje foi confirmada nos estudos de Bagnoli (1999) e Custódio (2009) onde a sexualidade e a atividade sexual na terceira idade são freqüentemente vistas e baseadas em velhos estereótipos privados de significados, pois foi notória a percentagem de idosas que não se pronunciaram positiva ou negativamente sobre a sexualidade do idoso, podendo de alguma forma, revelar tabu e preconceitos existentes relativamente ao tema. Estas pesquisas também demonstraram dificuldades quanto ao levantamento de informações sobre a sexualidade e práticas sexuais de mulheres idosas devido aos estereótipos construídos ao longo dos anos.

Por outro lado, esta vergonha de não participar da pesquisa, pode ter sido também devido à diminuição da freqüência da atividade sexual das participantes. Alguns estudos demonstraram que esta freqüência tende a reduzir por questões biológicas à medida que a idade progride. Para Lopes (1993), Netto; Paschoal (2007), a longevidade promove um

declínio na função dos ovários, que resulta em diminuição na produção dos hormônios sexuais, ocasionando uma redução qualitativa e quantitativa da resposta sexual que se acentua com o avançar da idade. No entanto, Netto; Paschoal (2007) complementa que outros problemas de saúde afetaram o funcionamento sexual dos idosos de seu estudo além dos citados anteriormente, como artrite, diabetes, fadiga, álcool, problemas cardíacos e drogas. Foi evidenciado que estes problemas se acentuam a medida que a idade avança.

A maior parte das participantes do Projeto era moradora da área programática a 3.1. Os moradores desta região apresentaram características próprias que as podem colocar em situação de vulnerabilidade social. Destaca-se a necessidade do estudo das mulheres de outras áreas, já que as condições sociais entre as áreas programáticas se divergem entre si. A AP 3.1 é formada por um conglomerado de cinco favelas, onde vivem cerca de vinte cinco mil habitantes. As condições de saneamento são precárias, sobretudo em relação à rede de esgotos sanitários. (ZANCAN & BODSTEIN, 2002). Para descrever o contexto no qual se inserem as idosas moradoras da área programática 3.1 descreve o autor:

Pobreza e desigualdade social formam um dos traços estruturais mais perversos da sociedade brasileira, não se restringindo às áreas mais remotas do país. (...). Esses espaços concentram os principais problemas relacionados à insuficiência na oferta de serviços públicos em áreas como educação, saúde, infra-estrutura urbana, cultura e lazer. Com graves problemas habitacionais e ambientais, vis-à-vis um grande contingente da população vivendo em situação de pobreza, destituição ou exclusão social, as favelas constituem de fato um desafio à administração pública ” (ZANCAN; BODSTEIN, 2002 p.52).

Esta situação de pobreza também foi evidenciada em nosso estudo apesar de investimentos públicos terem sido oferecidos ao longo destes sete anos. Esta situação de pobreza pode ser confirmada quando analisamos a renda familiar mensal das respondentes. As respondentes de nossa pesquisa apresentam uma renda mensal familiar reduzida, a grande maioria sobrevive com renda entre R\$415,00 a R\$800,00. Estes dados refletem as características das mulheres moradoras dos Bairros da área programática 3.1; a mais predominante no estudo. Aonde o nível de pobreza das localidades se evidencia.

Ressalta-se também que o público alvo da nossa pesquisa constitui uma parcela vulnerável da população potencialmente sujeita ao estado de pobreza como destacado nos estudo de Guimarães (2005). A maioria dos idosos destes estudos possuía uma renda média de até um salário mínimo, o que lhes não garantia uma condição de vida digna. Destaca-se também que estes valores compunham a renda familiar, que por muitas vezes ficava sob responsabilidade do próprio idoso.

A dinâmica da pandemia HIV/AIDS também corrobora com esta situação econômica encontrada em nosso público alvo, pois o fenômeno da pauperização também é evidente nesta trajetória.

Estudos que discutiram a pauperização da epidemia de AIDS no Brasil revelaram que os casos de AIDS têm ocorrido com maior frequência em pessoas com baixo nível de escolaridade, diferentemente dos dados do nosso estudo onde encontramos mulheres com 60 anos e mais desfavorecidas economicamente e com alta escolaridade. (CASTILHO; CHEQUER, 1997; BASTOS; SZWARCOWALD, 2000, FONSECA et al. 2000, POTTES, 2007).

Grande parte das mulheres entrevistadas possuía mais de oito anos de estudo. Colaborando com a nossa pesquisa o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) relatou há cinco anos atrás que a proporção de idosos só com o primário era de aproximadamente de 65% e em nosso estudo foi de 13%. Foi verificado que o número de alfabetizados e o número médio de anos de estudo estavam aumentando progressivamente. O que pode ser confirmado com o nosso estudo. (IBGE, 2009). O grande quantitativo de mulheres com esta alta escolaridade encontrada em nosso estudo foi devido ao alto número de idosas que realizavam atividade física e que tinham sua capacidade funcional e cognitiva preservada, pois o nível educacional mais elevado está associado positivamente ao status funcional e a um menor risco para a incapacidade cognitiva e funcional (CAMARANO, 2003).

Em relação ao estado conjugal constatamos que o quantitativo de mulheres idosas que não possuíam uma união estável foi superior àquelas que tinham. Resultados estes confirmados nos estudos de Moreira (2004), Camarano (2006) o estado civil mais predominante eram mulheres idosas sem união estável e viúvas. Neste contexto, muitas relatavam solidão porque estas idosas ao se verem sozinhas não se casaram novamente e mantiveram seu lar vazio, mas outras consideraram a viuvez como possibilidade de ter liberdade e autonomia. Estas, na sua juventude e vida adulta, não tiveram liberdade, dadas às relações de gênero prevalecentes. Esta confusão de sentimentos e interpretações sobre a velhice tem sido apontada ao longo dos anos em várias pesquisas, pois as idosas do estudo de Peixoto(1997) já consideravam a morte do cônjuge como uma tragédia ou uma libertação.

Com relação à cor da pele o estudo de Camarano (2006) apontou que cor é uma variável que afeta o estado conjugal das mulheres idosas. Em relacionamentos não estáveis existiu uma elevada proporção de mulheres casadas e brancas e uma menor nupcialidade entre mulheres negras ao contrário de nosso estudo onde predominou um grande número de

mulheres brancas sem relacionamentos estáveis. A predominância da cor branca entre idosas também foi observada em estudos como o de Dasch (1998) há onze anos atrás onde cerca de 54% da população brasileira idosa se declarou de cor branca.

O número de idosas que moravam com de um a três pessoas teve um percentual bem elevado quando comparamos com as demais categorias. Seguido das idosas que moravam sozinhas (23%). As famílias Brasileiras ao longo dos anos em sua constituição um número cada vez menor de filhos. Desta forma, diante de problemas financeiros estes filhos se unem aos idosos que por muitas vezes são responsáveis pelo provimento financeiro da residência. O estudo de Ramos (2003) referiu que uma das características do envelhecimento no Brasil é o arranjo domiciliar, porque mostrou que o idoso dividia o domicílio com seus filhos e netos e que esse tipo de arranjo é chamado de multigeracional, acomodando 50% de idosos do seu estudo. Quatro anos após este resultado esta característica ainda era presente. Conforme dados do estudo de Camargos et al (2007) onde as idosas que moravam com a família de seus filhos, eram em geral pequenas com apenas um ou dois filhos. No entanto, um alto percentual de idosas que moravam sozinhas também foi observado. No estudo de Camarano (2003) foi crescente a proporção de idosos vivendo sozinhos, tanto homens como mulheres. As mulheres idosas apresentaram, em geral, uma tendência maior a viverem sozinhas do que os homens. Sabe-se que, com a queda da fecundidade, com conseqüente redução no número de filhos, ou seja, podia-se esperar que as chances dos idosos viverem sozinhos tendia a aumentar. Adicionalmente, a redução da mortalidade nas idades mais avançadas provocou um crescimento no número de idosos vivendo sozinhos, uma vez que, para os mais velhos, as chances de morar só são maiores. (CAMARGOS et al., 2007).

Na amostra estudada grande parte das participantes possuía alguma atividade de lazer (74%). Os autores acreditam que a autonomia funcional das idosas participantes, proporcionou o maior convívio social e conseqüentemente a participação em atividades físicas. A importância de atividades de lazer foi destacada por Ferrari (1996), que relatou que o lazer também podia ser encarado como o desenvolvimento da personalidade, que vai permitir a participação criteriosa do indivíduo na vida política, social, econômica e cultural.

Sete anos após, em complemento ao autor acima, Davim (2003) referiu em seu estudo que as idosas apontaram algumas áreas de interesse no que se refere às atividades de lazer, sendo elas: participar em grupos, realizar atividades físicas, ouvir música, assistir televisão, viajar, cuidar do jardim, cozinhar, jogar cartas e fazer caminhada, entre outras. Assim, possivelmente os idosos que não possuem nenhum tipo de lazer podem sofrer algum tipo de exclusão social e conseqüentemente algum abalo emocional. O estudo de Gáspari (2005),

revelou que ser mulher "idosa" é enfrentar uma verdadeira crise de identidade durante a qual é afetado na aceitação de si mesma. Numa reação em cadeia, o rebaixamento da auto-estima e as inseguranças quanto à identidade refletem-se na autonomia, liberdade, atividade de lazer, convívio social e afetam não a qualidade dos relacionamentos interpessoais e dos vínculos afetivos no grupo.

Com relação à atividade remunerada mais da metade das mulheres estudadas não possuía qualquer tipo de remuneração extra para o sustento familiar. Os dados descritos no estudo de Galisteu (2006) divergem com os resultados de nossa pesquisa, pois a participação das idosas com alguma atividade remunerada extra foi superior àquelas idosas que não possuíam qualquer tipo de atividade remunerada. Este dado pode ser considerado como um fator positivo quando pensamos que em pesquisas como as da autora acima onde a realidade apresentada são de idosos tendo que recorrer ao mercado de trabalho informal para aumentar a renda para sustento familiar. Muitas vezes estas idosas são submetidas a vínculos informais e de baixa valorização profissional. Esta situação é muito antiga e também foi destacada há oito anos atrás no estudo de Chamowicz (1998) onde foi verificado que o baixo valor dos rendimentos de aposentaria, ou pensão, fizeram com que os idosos retornassem ao mercado de trabalho, geralmente no mercado informal, com baixa remuneração, carga horária extensa e sem registro em carteira.

Não podemos deixar de observar que mesmo voltando ao mercado de trabalho informal em virtude de uma baixa aposentadoria, esta situação pode ser considerada uma conquista no sistema previdenciário, quando observamos o grande número de mulheres idosas dependentes do benefício. Observou-se que o número de idosas com renda proveniente de sua aposentadoria é superior às demais. Para Camarano (2006) os sistemas previdenciários foram constituídos com base na idéia de gênero, onde o homem assumia o papel de provedor e a mulher, de cuidadora e dependente do sistema. Essa situação delimitava, claramente, a posição de dependência feminina para o sistema.

Desde a segunda metade do século passado, tem-se observado mudanças no papel social da mulher, incluindo aí uma participação crescente no mercado de trabalho assalariado. Uma das conseqüências disso foi a alteração da inserção feminina no sistema previdenciário o que pode ser verificado sete anos após em nosso estudo pelo alto número de idosas aposentadas.

Existe um grande número de mulheres chegando a idades mais avançadas do que os homens hoje no Brasil e são objeto de estudo de muitas pesquisas. Diante disso, podemos

associar este fenômeno com o elevado número de idosas viúvas. Refletindo assim o crescente número de idosas pensionistas encontradas em nosso estudo.

Com relação à variável religião observou-se que quase a metade das participantes eram frequentadores da religião católica. Estes dados coincidiram com os resultados encontrados no estudo de Rosa et al (2003) onde cem por cento dos idosos possuíam alguma atividade religiosa, predominando o catolicismo (86%). Na pesquisa de Santana (2006) a maioria das idosas eram católicas e atribuíram alto valor à religiosidade em suas vidas. A opção religiosa, entre católicos, foi pesquisada pelo Centro de Estatística Religiosa e Investigações Sociais (CERIS). Segundo estes documentos, estão ocorrendo dois movimentos simultâneos:

Um primeiro que faz com que as pessoas procurem à instituição religiosa, busque a afiliação, o que revela a necessidade de ter âncoras para a vivência de sua crença; um segundo, que faz com que as pessoas, diante da grande oferta religiosa, optem pela vivência de uma religiosidade mais flexível, com menor ou nenhum vínculo institucional (CENTRO DE ESTATÍSTICA RELIGIOSA E INVESTIGAÇÕES SOCIAIS, 2002, p. 87).

Observou-se em nosso estudo que a religião católica não foi a religião predominante como era considerada antigamente, já que tendo em vista a pluralidade religiosa existente outras religiões representaram mais da metade das respostas. Conforme o estudo de Antoniazzi (2004), a realidade das religiões no Brasil modificou-se nas últimas décadas, evidenciando-se uma progressiva redução do número de católicos e um aumento do pluralismo religioso. Por cinco séculos, o catolicismo teve uma posição hegemônica no campo religioso. Em 1970, os Católicos representaram 91,8% da população, mas o Censo de 2000 revelou o crescimento do número de igrejas evangélicas e o aumento de pessoas que afirmavam não ter religião. O estudo de Ometto (2008) confirmou o que o censo há oito anos havia apontado. Observou-se um aumento expressivo de outras religiões além do catolicismo, apesar desta representar cerca de 50% da sua amostra de idosos.

Com relação à dimensão meios de informação, observou-se que a televisão foi o meio mais utilizado como fonte de informação. É a partir desta fonte que se absorvem informações de mais variados tipos, dentre as quais as relacionadas à saúde. Algumas pesquisas comprovaram esta preferência da televisão na velhice. Há evidência de que com o avanço da idade, acentuou-se a uma tendência a preferir a televisão a materiais como jornais ou revistas, Goodman (1992) e a outras fontes de informação. Eles coincidem no que diz respeito ao fato de as pessoas idosas serem o segmento da população que mais assiste diariamente à televisão (HILT, 1997; SCALES, 1996). A opção da televisão como meio preferencial das idosas para

se manterem informadas acerca do HIV/AIDS também apareceu em nosso estudo quase vinte anos depois.

Percebeu-se que o consumo de mídia desempenhou um papel central na manutenção do bem-estar psicológico e emocional nesse período da vida. Por isso, os padrões de uso da mídia na velhice são tidos como indicadores do que se passa no ambiente psicológico e na realidade social dos indivíduos idosos. Embora o estudo da forma e dos motivos do uso da mídia por pessoas idosas seja uma valiosa fonte de informação sobre as necessidades, motivações, atitudes e interesses nesse período da vida. Poucos modelos de comunicação têm sido diretamente aplicados à velhice, ocorrendo mais entre a população mais jovem (NUSSBAUM et al., 1997). O direcionamento de campanhas preventivas para outros grupos etários diferentemente dos idosos já era uma problemática apontada a mais de vinte anos atrás. Talvez pelo desconhecimento de que a população idosa faria futuramente parte das estatísticas como possível grupo vulnerável ao HIV/AIDS. No entanto, mesmo diante da quarta fase da pandemia, onde existe um grande número de idosos acometidos pela doença, foi evidenciado na pesquisa de Pottes (2007) de que o fato de pessoas idosas não adotarem medidas de prevenção para o HIV, foi derivado dos programas de prevenção mais voltados para a camada da população mais jovem, a exemplo das campanhas veiculadas na mídia. Assim vale destacar a importância da utilização por parte das políticas públicas deste meio de informação para orientação da clientela idosa. Já que podemos considerar este veículo como um instrumento valioso de estratégias de prevenção ao HIV/AIDS.

O meio de informação menos citado foi à *internet*, talvez pela dificuldade no manuseio e entendimento do funcionamento do computador. No entanto, destaca-se a importância de campanhas de incentivo a cursos para aprendizagem direcionada aos idosos, á que este é um meio que constitui uma das mais importantes ferramentas de ensino e orientação pelo amplo leque de opções e acesso a informações que o mundo virtual proporciona. As novas tecnologias de comunicação mostram como as pessoas e os recursos de informação na Internet podem ser usados como uma ferramenta de pesquisa interativa, possibilitando a troca de experiência e informações tanto de quem está perto como de quem está longe geograficamente.

Posteriormente serão analisados os conhecimentos sobre HIV/AIDS das mulheres com 60 anos e mais pertencentes à amostra estudada. As variáveis que compõem esta dimensão são: conhecimento sobre a doença HIV/AIDS, modos de transmissão e finalidade do uso do preservativo. Percebemos que quase a totalidade das respondentes relatou saber da existência do HIV/AIDS. Este dado é bastante relevante, pois fez divergência com algumas literaturas

estrangeiras, segundo Tavoosi et al. (2004) “a literatura enfatiza o conhecimento sobre HIV/AIDS em indivíduos jovens e profissionais da saúde mas há uma falta de conhecimento entre idosos”.

Outros estudos internacionais revelaram que indivíduos com 50 anos ou mais detêm pouco conhecimento acerca dos riscos de AIDS, além de acreditar que possuem menos riscos comparados a adultos jovens (STALL; CATANIA, 1994; MACK et al., 2003).

Percebe-se que esta falta de conhecimento não foi evidenciada entre nossas pesquisadas, talvez pelo maior investimento de prevenção à doença ao longo dos anos, pois no Brasil a Política Nacional do idoso, junto ao Ministério da saúde, Brasil (1999), realizou algumas campanhas de prevenção contra a AIDS em idosos e vêm sendo organizadas em cumprimento ao Artigo 10 do Capítulo IV que visou garantir ao idoso a assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde, além de prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso mediante programas e medidas profiláticas (BRASILEIRO; FREITAS, 2006).

Mulheres dessa faixa etária, em épocas anteriores eram consideradas velhas senhoras, sem que se cogitasse alguma vida sexual exercem mais ativa e desembaraçadamente tal sexualidade, aumentando consideravelmente as chances de exposição ao HIV/AIDS. Como a qualidade e a expectativa média de vida dessa população aumentaram significativamente nas últimas décadas, achamos que houve uma ampliação das discussões e planejamentos voltados ao como lidar com a questão do exercício da sexualidade por parte dos adultos com mais de 50 anos no atual contexto da pandemia de AIDS (LISBOA,2007).

No entanto em estudos de mulheres com menos de sessenta anos percebeu-se certa precariedade de conhecimento sobre a doença em alguns estudos. O desconhecimento sobre vias de transmissão e as formas de prevenção foram achados importantes, apontadas pelas mulheres entrevistadas como fatores mais importantes para adquirir a infecção. O uso do preservativo apenas como método de barreiras inclui-se este discurso (SILVA; VARGENS, 2006). Atualmente esta falta de informação também pode ser destacada no estudo de Silva; Vargens (2008), onde a desinformação de formas de prevenção foram resultados importantes destacados entre suas respondentes, as colocando em maior vulnerabilidade. Na pesquisa de Cunha (2004) esta falta de conhecimento entre as mulheres foi mais evidenciadas entre as participantes que tinham um nível sócio econômico menos favorecido e menor nível de instrução. Desta forma, subtende-se que mulheres pobres estão mais distantes a ter acesso à informação se comparadas com outras. Nas pesquisas de Silva e Paiva (2005), Provincialli (2005) onde as idosas possuíam poucos anos de estudo, foi percebido que a falta de

conhecimento e percepção de risco parece estar evidenciada quando relataram que tem pouco conhecimento sobre AIDS.

Buscando captar as mulheres com 60 anos e mais que além do conhecimento da existência da doença também tinham informação sobre a mesma, criamos algumas perguntas referentes aos modos de transmissão e finalidade do preservativo, que se descrevem a seguir.

Percebeu-se que grande parte das idosas entrevistadas tem informação com relação a forma de transmissão da doença e conhecem a finalidade do uso do preservativo. A idéia de contracepção e proteção pareceu estar associada e compreendida por boa parte do grupo estudado. No entanto, as respostas também apontaram o preservativo como objeto de poder masculino. Desta forma, o conhecimento correto acerca da finalidade do preservativo é substituído pela idéia de utilizá-lo apenas como contraceptivo, pois a soberania masculina no poder decisório é predominante na relação, constituindo assim uma idéia de gênero bem marcante na população estudada, sendo considerada também uma vulnerabilidade social.

As idosas de nosso estudo possuem alta escolaridade e segundo Guimarães (2005), em seu estudo existiu uma forte relação entre alta escolaridade e informação. O que reafirma os resultados encontrados em nossa pesquisa. Assim, observou-se ao longo do estudo que o nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação e perspectivas e possibilidades de se beneficiar de novos conhecimentos e se prevenirem com relação ao HIV/AIDS.

Assim como em nosso estudo as mulheres relataram terem informação e conhecimento sobre a doença e possuíam um alto nível de escolaridade. No entanto, elas não usavam preservativos em suas relações sexuais, dado este verificado pelo alto percentual de respondentes que afirmaram que não usam preservativos em suas relações.

Portanto observa-se que a baixa consciência sobre sua vulnerabilidade durante a relação sexual não se deve apenas à desinformação ou baixa escolaridade. A falta de informação figura entre as diversas conseqüências do estereótipo feminino relatado na literatura, no qual a mulher tem que ser ingênua e passiva.

A seguir será discutido a dimensão gênero, relação esta presente em várias respostas das participantes. A variável infidelidade será discutida como pertencente a esta dimensão, pelo fato da mesma refletir com nitidez esta relação. O gênero masculino está presente quando é percebido que o homem é o tomador de decisões no relacionamento sexual. Esta afirmação é justificada quando observamos que quase a metade das respondentes acreditou que sexo não é igual para homens e mulheres. No entanto esta idéia pode estar começando a mudar quando mais da metade acha que sexo é igual para homens e mulheres. Desta forma entende-se que,

não se pode discutir o HIV/ AIDS e seu enfrentamento sem compreender as relações sociais de gênero e suas implicações nas interações afetivas e sexuais entre homens e mulheres.

A desigualdade entre os sexos é fruto de um processo histórico que revela uma submissão da mulher em relação ao homem. É notório que esta relação perdura por vários anos e se constituem como pontos importantes e decisórios no que a pessoa acredita ser o melhor para si. As mulheres eram desviadas do poder de decisão na vida pública ou privadas e a violência cotidiana, doméstica e sexual fazia parte da sua realidade. Acredita-se que as mulheres em qualquer idade têm menor liberdade em sua vida sexual e têm menos poder de decisão acerca do sexo com proteção. Desta forma, estas relações desiguais se traduzem em uma maior vulnerabilidade destas mulheres, contribuindo para o aumento dos números na pandemia (WERNWCK, 2001). Colaborando com o estudo acima, Souza (2008), realizado com mulheres adultas, vivendo relações conjugais estáveis, moradoras de bairro considerado de baixa renda, na periferia de Teresina foi evidenciado nas falas das mulheres que as relações de gênero têm uma decisiva influência nessa realidade. Para Santos (2001), esta relação de gênero foi comprovada entre as suas respondentes quando se observou que a adoção de medidas preventivas, como é o caso do preservativo, esbarra em temas sobre os quais é difícil dialogar e exige a superação de barreiras sociais, culturais e emocionais.

Quando pensamos na idéia de gênero relacionado ao envelhecimento percebemos que é bem mais evidenciada na vida destas idosas, pois nos remete as intervenções farmacológicas como o Viagra, utilizado pelo homem idoso para exercer sua virilidade e a mulher idosa o papel de negar sua sexualidade, já que não se encontra mais na sua idade reprodutiva. Assim o preservativo possivelmente virará objeto de decisão do homem.

Estes representantes masculinos percebendo seu potencial sexual começam a se relacionar, quase sempre com mulheres mais jovens e atraentes, pois não há supostamente uma razão aparente de escolher uma mulher de sua idade, uma vez que imaginam encontrar esta desvalorizada sexualmente. Contraditoriamente a isso além de manter relações extraconjugais, possuem relações sexuais com sua parceira sem proteção, propiciando a um aumento da vulnerabilidade a doença entre estas mulheres idosas.

Inúmeros são os casos de transmissão do HIV/AIDS de forma heterossexual, entre idosos. Sugere-se que estes homens embutidos da idéia da perfeição de corpos, rotulados pela sociedade, procuram prazer de forma não segura, levando por vezes a contaminação da sua parceira. Sendo assim estes homens idosos se vendo com menos oportunidades do que os mais jovens recorrem a relacionamentos extraconjugais (SILVA; PAIVA, 2005). Estas idéias moldadas se tornam mais claras quando encontramos discursos que defendem a idéia

medicamentosa associada à única forma de se recuperar o prazer nas relações. (Vasconcelos et al., 1994) afirmou que esta liberdade ideológica só pôde tornar-se realidade com a conquista tecnológica dos hormônios sintéticos. Tornou-se assim possível tanto a contracepção quanto a terapia de reposição hormonal que facilita manter a função sexual prazerosa após a menopausa.

Não só as mulheres com mais de sessenta anos são influenciadas por esta idéia de gênero, inúmeros estudos tem apresentado um padrão social de estrutura familiar, também direcionados para estas idéias. Para Maia (2008), o casamento foi o maior objetivo destas mulheres, era dever delas serem submissas, procriadoras, boas mães, responsáveis pelos afazeres domésticos e pela saúde da família. No estudo de Oliveira (2004), o sexo foi visto como mais uma obrigação doméstica da mulher e um desejo do marido. Sendo o sexo uma necessidade do homem, as práticas extraconjugais foram percebidas como fato natural, pois mesmo não sendo uma atitude desejada, tornando-se realidade será compreendida pela esposa. Por essas razões, não se confia no parceiro, mas também não há cobranças, muitas vezes pelo medo da solidão. Ou seja, estes possíveis relacionamentos extraconjugais do marido possivelmente sem proteção, as colocavam mais vulneráveis a AIDS. Essas situações estão permeadas por construções sociais e culturais que envolvem relações de desigualdades de gênero e de poder e que contribui para a disseminação do HIV/AIDS para a população geral.

É factível a sensibilização e a mudança de paradigmas impostos para que as mulheres possam adquirir maior poder em suas relações e se tornar menos vulneráveis.

Posteriormente serão discutidas as variáveis relacionadas à dimensão práticas sexuais. Esta variável foi considerada neste estudo como mais uma vulnerabilidade social em virtude dos moldes culturais e sociais que a sociedade define com relação às práticas sexuais das idosas. As variáveis foram: atitude sexual, práticas sexuais, número de parceiros sexuais, doenças transmitidas pelo sexo, qualidade da vida sexual, representatividade do ato sexual e preconceito.

A primeira variável apontou que a maior parte das participantes tinha relações heterossexuais. Estes dados refletem a opção sexual das idosas do estudo e destacam a principal forma de transmissão do HIV/AIDS, a heterossexual.

No Brasil, a pandemia do HIV/AIDS, desde seu início, na década de 80, vem apresentando mudanças importantes que nos permitem identificar quatro momentos distintos: o primeiro caracterizado pela infecção de homens que fazem sexo com homens e de bissexuais masculinos; o segundo marcado pela participação da categoria usuários de drogas injetáveis, representando a juvenalização e heterossexualização da epidemia; o terceiro

momento, no qual foi observado um avanço acentuado de transmissão heterossexual, principalmente entre as mulheres, e em consequência a transmissão vertical; e o quarto e atual momento da epidemia, em que se assiste a um avanço do HIV/AIDS nas pessoas acima dos 50 anos de idade principalmente com relação à parcela feminina idosa (SILVEIRA, 2002).

No estudo de Araújo et al., (2007) com pessoas com idade igual ou maior que 50 anos residentes em Pernambuco, houve aumento gradativo do número de casos de AIDS entre as pessoas mais velhas com predomínio das práticas heterossexuais. No entanto, apesar da grande maioria das respostas apontarem para o risco de uma possível transmissão heterossexual, valorizar outros tipos de práticas é importante. Acompanhando a progressão da epidemia do HIV/AIDS no Brasil e em outras regiões do mundo, observou-se que, cada vez mais aumenta o número de casos em decorrência da transmissão sexual. (BRITO et al., 2001; CASTILHO; CHEQUER, 1997; PRILIP, 2009). O estudo de Prilip (2009) apontou que o contato sexual representou o principal fator de risco para a transmissão do HIV em pessoas com 60 anos e mais.

A prática sexual por via vaginal foi o mais presente entre as respondentes. Este tipo de prática aumenta a vulnerabilidade as DST/AIDS. Nas mulheres idosas, a possibilidade de estarem laqueadas ou de não se reproduzirem mais e já terem família constituída, pode levá-las a falsa necessidade da não utilização do preservativo em sua vida sexual. Desta forma, não usar preservativo nas relações é particularmente arriscado no climatério e depois da menopausa, porque as paredes vaginais se tornam mais finas e ressecadas, favorecendo ao surgimento de ferimentos que abrem caminho para as infecções sexualmente transmissíveis (SILVA; PAIVA, 2005). Esta situação se confirma quando comprovamos a fala do autor entre as respostas das mulheres idosas de nosso estudo, onde práticas sexuais do tipo vaginal foram a mais predominante.

Mais da metade das participantes possuiu apenas um único parceiro, no entanto o percentual de idosas com múltiplos parceiros foi bem significativo quando pensamos da idéia do risco de transmissão da doença. O estudo de Silva e Vargens (2006) evidenciou que grande parte de mulheres de outras faixas etária estava sendo contaminada por seus parceiros fixos. A pesquisa de Silveira (2002) evidenciou que esta situação já ocorria há oito anos atrás. Das mulheres diagnosticadas com Aids em 2001, 56% não tinham história de múltiplos parceiros.

No estudo de Gradim (2007) foi observado que algumas mulheres foram educadas para ter um só parceiro. Observou-se que esse comportamento reafirma os aspectos culturais de gênero, de que a mulher consegue se realizar com os filhos e de que as necessidades sexuais são menores. A multiplicidade de parceiros sexuais pode estar muitas vezes

relacionada a uma escolaridade mais baixa, no estudo Rosenthal (2004), constatou-se que quanto menor a escolaridade, maior a proporção de parceiros sexuais e um uso menos consistente de preservativos. Destacou-se, igualmente, o papel da educação na adoção de práticas saudáveis.

Grande parte das entrevistadas nunca teve nenhum tipo de doença sexualmente transmissível. Esta afirmação sinalizou que possivelmente elas utilizavam preservativo em todas as suas relações sexuais. No entanto, foi comprovado em nosso estudo que um alto percentual de mulheres refere não usar ou usar raramente. A culpabilização perante por ter ou ter tido uma DST nos demonstra a presença da idéia de “grupos de riscos”, como ocorreu na trajetória do HIV/AIDS. A expressão “grupos de risco” foi utilizada para caracterizar o conjunto de pessoas que tinham um maior risco de se expor à infecção, no caso os homossexuais na década de 80. Posteriormente com o avançar da pandemia entre mulheres, usuários de drogas e crianças e homossexuais, a expressão “grupos de risco” cedeu lugar ao conceito de “comportamento de risco”, por não se concentrar mais em grupos específicos (BRASIL, 2008b).

Com relação a variável qualidade da vida sexual a maior parte das entrevistadas considerou sua vida sexual monótona. Relacionamentos duradouros revelam mudanças nos sentimentos à medida que o tempo passa. Assim, possuir uma vida sexual monótona pode ser resultado de relacionamentos de longa data o que vai ao encontro a idade do público alvo pesquisado.

Mudanças biológicas ocorrem à medida que se envelhece em homens e mulheres. Essa situação pode levar a uma diminuição da qualidade da atividade sexual. No homem, as ereções espontâneas não acontecerão com a mesma rapidez e facilidade e perderão parte da solidez da juventude. Na mulher, além das lentas mudanças da idade, acontece a redução do hormônio sexual, no momento da menopausa, passando por períodos de extremo desconforto. Os sintomas podem ser emocionais e físicas, como a diminuição da lubrificação da mucosa vaginal. Todas essas mudanças inevitáveis do envelhecimento não necessariamente afetarão o prazer masculino e feminino, pois mesmo com estas alterações, os idosos poderão ser capazes de usufruir de uma relação sexual prolongada e o ato sexual pode se constituir em uma experiência sensual e prazerosa (ROSENTHAL, 2004).

Ao considerar a relação sexual monótona as idosas vão estabelecendo relacionamentos de companheirismo pelo parceiro. Afirmação esta que foi percebida mediante ao alto percentual de mulheres que consideram a representatividade do sexo como companheirismo. Conforme o estudo de Heilborn (2004) existe uma tendência entre os casais

do empobrecimento da vida sexual deixando que a sexualidade vá se tornando monótona, entediante e pouco excitante, transformando-se em companheirismo e intimidade. Muitas das vezes por relações com seus maridos, ou seja, relacionamentos heterossexuais.

Com relação à opinião das participantes sobre a atividade sexual depois dos 60, percebeu-se que um grande percentual de mulheres acha normal praticar sexo na sua idade, contrariando a idéia preconceituosa de que ser idoso é sinônimo de não ter mais práticas.

Costa (2004) em seu estudo sobre a sexualidade de idosas verificou que esta idéia preconceituosa de que idoso não deve ter mais práticas sexuais estava presente nos discursos de suas entrevistadas. Como dito no depoimento de uma das participantes de sua pesquisa que sexo é “como um atributo apenas do jovem em função de suas descobertas e do vigor físico” Assim, as repercussões do processo de envelhecimento sobre a sexualidade constituem assunto particularmente repleto de preconceitos. No entanto em nosso estudo este preconceito e tabu não é evidenciado. Este dado confere um resultado positivo, quando pensamos em quebra de tabus que impedem o investimento e valorização da sexualidade na terceira idade. Atualmente, em nossa cultura, diversos mitos e atitudes sociais são atribuídos às pessoas com idade avançada, principalmente os relacionados à sexualidade, dificultando a manifestação desta área em suas vidas (GRADIM et al., 2007).

Assim, percebeu-se que os preconceitos relacionados à saúde sexual de mulheres idosas podem estar mudando, haja vista, a resposta das pesquisadas. No entanto, torna-se necessário continuar a reivindicar o direito das mulheres idosas, de exercer sua sexualidade livre de preconceitos, pois saúde sexual é um direito fundamental e deve ser um direito humano básico.

4.2 Vulnerabilidade Individual

A Vulnerabilidade Individual das participantes foi analisada a partir da dimensão: vulnerabilidade auto referida.

Com relação à primeira dimensão vulnerabilidade auto referida foram analisados algumas variáveis, tais como: Infidelidade, uso do preservativo conforme parceiro, frequência do uso do preservativo, percepção de contrair a doença, doença do outro.

Quase a metade das idosas participantes do estudo referiu que a infidelidade no relacionamento não faz parte de suas vidas, pois existe uma relação de amor e confiança entre

o casal. Desta forma, os relacionamentos conjugais as colocam em uma relação de dependência entre as pessoas envolvidas, devido à idéia de amor romântico presente nos relacionamentos. Esta vulnerabilidade individual foi verificada também quando analisamos o alto percentual de respostas relativas à não necessidade de se utilizar o preservativo em virtude de ter apenas um parceiro fixo, resposta esta dada pelo parceiro quando a companheira sugere a utilização do preservativo. Colaborando com esta afirmação quase a metade das respondentes, afirmaram que seus parceiros não viam a necessidade de utilizar o preservativo em suas relações porque a idosa não se encontravam mais em idade reprodutiva. Desta forma, o preservativo era entendido apenas como objeto de contracepção.

Foi verificado que uma visão romântica e eternizada do amor entre o casal fez com que mulheres de outras faixas etárias abandonassem à utilização de preservativos por acreditar estarem realmente protegidos contra a HIV/AIDS. O casar para as mulheres representou amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade. Há um pressuposto de que, ao assumir tais valores na vida cotidiana, homens e mulheres estariam protegidos do risco de se infectarem (VIEIRA, 2000; OLIVEIRA, 2004; SILVA; VARGENS, 2008; MAIA, 2008).

Grande parte destas idosas não vê a necessidade da utilização do preservativo em suas relações, não se considerando vulneráveis a doença. No entanto, são idosas que tem informação sobre a doença, conhece as formas de prevenção e transmissão, mas criam a idéia de que o HIV/AIDS e o risco de contrair a doença não faz parte de sua vida e que este mal faz parte de um outro universo que não o seu, sendo somente do outro. A idéia de doença do “outro” se fundamentou em raízes históricas geradas pela pandemia HIV/AIDS. O conceito inicial de grupos de risco e posteriormente comportamento de risco, apontou para grupos específicos que eram condenados pela sociedade por terem hábitos considerados inadequados.

Apesar de nos dias atuais o HIV/AIDS ser uma doença de “todos”, permanece ainda esta idéia de que a doença só atinge a determinados grupos, percebendo-se desta forma supostamente protegidas. Esta idéia, também se observou entre os idosos, quando nos deparamos com um estudo que relatou que os participantes não referenciavam fatores de risco para contrair AIDS (MORIGUTTI, 2006).

Esta idéia do outro também foi destacada em grupos com mulheres de faixa etária diferentes. Nascimento et al. (2005), afirmou que existe claramente um sistema classificatório, que relaciona os limites se quem pode ou não pegar AIDS, de um lado mulheres promíscuas, com comportamentos não aceitos pela sociedade e por outro as mulheres com somente um parceiro, onde a afetividade e o amor estão presentes. O HIV/AIDS foi apontado como uma condição estrangeira longe do seu convívio social

Percebe-se que existe uma grande demonstração do poder masculino exercido sobre mulher, já que uma das questões mais importantes no contexto atual é a falta da negociação do uso do preservativo pela mulher, pelo fato deste método ser controlado pelos homens. E estes sendo os dominantes da relação colocam as mulheres em posição de subordinação afetiva. O que foi confirmado em nosso estudo quando um grande percentual de respondentes relatou que é um direito do homem ter relacionamentos extraconjugais, situação esta por muitas vezes permitida por parte destas idosas, reforçando a idéia de gênero descrita ao longo do estudo.

A idéia do relacionamento estável como imunidade e a idéia de gênero também foi percebida quando verificamos o alto percentual de respostas relativas a não necessidade de se utilizar o preservativo em virtude de ter apenas um parceiro fixo, resposta esta dada pelo parceiro quando a companheira sugere a utilização do preservativo. Colaborando com esta afirmação os companheiros de um alto percentual de respondentes consideram o preservativo como idéia de contracepção por isso não viam a necessidade de utilizar nas relações.

A autora acredita que este estudo será de grande valia no processo epidemiológico descrito na trajetória da pandemia HIV/AIDS e no processo de envelhecimento.

Acreditou-se que pesquisas direcionadas para a prevenção e promoção do HIV/AIDS entre a população idosa, mas especificamente as mulheres se tornam emergenciais, tendo em vista a possibilidade de um grande número de mulheres com 60 anos e mais infectadas futuramente.

Esperou com este estudo estimular o processo de produção científica do leitor ao se deparar com vulnerabilidades que deveriam ser mais contempladas em um único estudo. Além de subsidiar e orientar programas de atendimento a idosos e em especial às mulheres idosas que estão vulneráveis ao HIV/AIDS, afim de que as necessidades desta população possam ser mais bem apreciadas.

5 CONCLUSÃO

Este estudo contou com uma amostra de 256 mulheres com 60 anos e mais que apesar de se identificarem como passíveis de contrair o HIV, não se auto referiram vulneráveis diante da pandemia HIV/AIDS. Estas mulheres idosas se colocam em situação de risco por não usarem preservativos, mesmo na condição de terem vida sexual ativa. Compõem um grupo bem informado acerca dos métodos de prevenção, porém a utilização do preservativo está relacionada a muitos outros fatores além do fato de terem acesso a esse tipo de informação. Nesse contexto ganha destaque o sentimento de confiança no parceiro.

É notório que os relacionamentos estáveis criam para estas mulheres um universo de imunidade. Esta confiança as coloca mais em risco à medida que se observa que as relações de gênero são mais predominantes com este público alvo, quando comparamos a outros grupos de mulheres.

Tal condição se deve ao fato das cobranças culturais se fazerem mais presentes devido à longevidade. Assim, o medo de solidão e a aceitação de relacionamentos extraconjugais por parte destas idosas as colocam ainda mais vulneráveis ao HIV/AIDS.

Ficou claro que este estudo revela com muita clareza que as mulheres idosas estão atualmente passando por um processo de mudança de idéias no que concerne à vivência da sexualidade, aos riscos e vulnerabilidades com relação ao HIV/AIDS. Isto, no entanto ainda não se configurou como mudança de atitudes. Estas atitudes vêm acompanhadas por toda uma trajetória histórica e cultural presente em relacionamentos humanos, que envolve por vezes um mundo imaginário e simbólico.

Desta forma, destaca-se que a prevenção ao HIV/AIDS em mulheres com 60 anos ou mais deve incluir, além de estratégias de repasse de informação e de cuidados, saúde sexual e reprodutiva, estratégia de fortalecimento individual, reforço na auto estima e estímulo a autonomia de uma forma geral. Ou seja, deve-se investir no *emponderamento* destas mulheres a fim de que elas se tornem sujeitos ativos no processo de mudança e se encorajem na tomada de decisões acerca de suas escolhas.

A seguir foram listadas limitações e contribuições para futuros desdobramentos do estudo:

- Sugere-se de forma emergencial a implantação de programas de ações de saúde relacionados à prevenção HIV/AIDS culturalmente sensíveis e direcionadas a esta faixa etária e camada sociocultural.

- O elevado percentual de mulheres idosas de 60 a 65 anos, quando comparado às demais categorias, pode ter sido devido ao tabu de falar sobre sexo e sua sexualidade. Assim, entendeu-se que quanto mais elevada for à idade maior é a vergonha de se falar sobre sexo o que aumenta a vulnerabilidade a doença. Ressalta-se a importância de se estar estudando este grupo populacional, por uma outra abordagem metodológica a fim que minimize estes tabus com relação à atividade sexual e que se possa compreender processo de vulnerabilidade auto referida destas mulheres idosas.
- Com relação às participantes analfabetas acreditou-se que deveriam ser mais bem pesquisadas, por não terem feito parte da nossa amostra e por entender que este é um grupo vulnerável ao HIV/ AIDS, devido à condição cultural associada, tal proposta deverá constituir estudos posteriores.
- Destacamos a necessidade de estudos que visem à masturbação como um tipo de prática sexual, pois a utilização de objetos pessoais pode servir de veículos transmissores do vírus. Esta forma de prática sexual não foi contemplada em nosso estudo.
- Ressaltamos que estudos qualitativos que abordem a questão da utilização do preservativo como método de escolha e negociação com o parceiro deveria ser enfatizado, pois a utilização do mesmo vai além do conhecimento e informação sobre a doença, onde o mesmo circula em um mundo imaginário, que envolve sentimentos complexos existentes nos relacionamentos.
- Sugere-se um maior aprofundamento em pesquisas de vulnerabilidade por gênero seja esta individual ou social, pois a amostra estudada se constituiu como um grupo altamente vulnerável, porque para as mulheres idosas supõe-se que a não negociação por sexo seguro é muito mais presente quando pensamos em relações mais duradouras onde o companheirismo e a necessidade do outro é mais evidenciada, pois a visão de que uma relação de muito tempo é monogâmica eliminaria a possibilidade de o parceiro ter atividades sexuais desprotegidas com outra pessoa.
- Vale destacar que nosso estudo não levou em consideração a analfabetismo funcional do público alvo. Por isso, muitas respondentes podem não ter compreendido precisamente as perguntas do instrumento e ter respondido de forma errônea.

REFERÊNCIAS

ALLEN, A.M. Aids and aging: are the urderly becomig the new at-risk population. **Dissertation abstracts Internacional**. New York. v. 55, p. 3327, 1995. Supl. 10.

AVES, R.N.et al. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres.Maringá, PR **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, p. 32-39, mar./abr. 2002.

ALVES, L.C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo.**Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 nov. 2009.

ANTONIAZZI, A. **Por que o panorama religioso no Brasil mudou tanto?** São Paulo, SP: Paulus, 2004. p. 54-59.

ARAÚJO, V.L.B. et al. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 544-554, jan./fev. 2007.

ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.19, Supl. 2, p. 13-15, mar./abr. 2003.

AYRES, J. R. C. M. et al. AIDS, vulnerabilidade e prevenção. In: **SEMINÁRIO SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS**, Rio de Janeiro: ABIA: IMS/UERJ, v.5 , n.1, 1997p.20-37.

AYRES, J.R C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.; PARKER, R., (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direito, identidades e poder**. São Paulo: Ed. 34,1999. p. 49-71.

BAGNOLI V.R. Perfil sexual da mulher na senilidade. **Revista de Ginecologia & Obstetrícia**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 17-20, jan./fev. 1999.

BALLONE, G.J. O Sexo nos Idosos. **PsiquWeb Psiquiatria Geral**. v. 2,n. 4, 2001. Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/sexo/sexo65.html>>. Acesso em 03 nov. 2004

BARBOSA, M.R. Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade. In: BARBOSA, R.M; PARKER, R, (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direito, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 1999. p.73-88.

BASTOS, F.L.. A epidemia da Aids no Brasil. In: _____. **Ruína e Reconstrução, Aids e Drogas Injetáveis na cena contemporânea**. Rio de Janeiro: Ed.IMS, UERJ, 1995. p. 27-45.

BASTOS F.I; SZWARCOWALD, C.L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, p. 65-76, jan./fev. 2000.

BERER, M. **Mulheres e HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1997. p. 24-32.

BORELLI, A. Gênero: desafios e perspectiva. **Revista Cruzeiro do Sul** Rio Grande do Sul, v.11,n. 4, p.79-84, jul./ago. 1998.

BRADEN, N. **A psicologia do amor romântico**. Rio de Janeiro: Ed. Imago,1982. p. 69-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria. GM/MS nº 1395/99. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Brasília, DF, 1999a. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm?editionsectionid=111>>. Acesso em: 05 abr. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2000a. p. 15-58.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. p.5-50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popuf.def>> Acesso em: 06 jul. 2008.

BRASIL. Coordenação nacional de DST e AIDS. **Banco de dados - AIDS**. Brasília, DF: 2008b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 05 abr. 2008.

BRASILEIRO, M.; FREITAS M. I. F. Representações Sociais sobre Aids de pessoas acima de 50 anos de idade, Infectadas Pelo Hiv. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 14, n. 5, p.15-30, maio/jun. 2006.

BRITO A. M. et al. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Recife, v. 34, n. 2, p. 207-217, mar./abr. 2000.

CABRAL, J. T. **A sexualidade no mundo ocidental**. São Paulo: Ed. Papyrus, 1995. p. 115-128.

CAMARANO, A.A; PASINATO, M.T. Envelhecimento, condições de vida e política previdenciária. Como ficam as mulheres? **Texto para discussão** n.883. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em<<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1988/T88V01A22.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2009.

_____. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. AV.**, São Paulo, v.17, n.49, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142003000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 nov. 2009.

CAMPOS, R. C. P. AIDS: trajetórias afetivo-sexuais das mulheres. In: BRUSCHINI, C.; HOLLANDA, H. B. (Org.). **Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil**. São Paulo: Ed. 34,1998, p.49-77.

CAMARGO, B.V; BOTELHO, L.J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n.3, p.45-55, jan. /fev.2000.

CAMARGOS, M.C.S et al. **A relação entre renda e morar sozinha para idosos mineiros**. Minas Gerais: Ed. Sumaré, 2007. p. 84-108.

CAPODIECE, S. **A Idade dos Sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos**. Bauru: Ed. EDUSC, 2000. p. 8-15.

CARNEIRO, H.F.C. **Aids: a nova desrazão da humanidade**. São Paulo: Ed. Escuta, 2000. p.99-120.

CASTILHO E.; CHEQUER P. A epidemia da aids no Brasil. In : SIMPÓSIO SATÉLITE, 1997, Brasília. **A epidemia da AIDS no Brasil: situação e tendências**. Brasília, DF: Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1997. 301P.

CENTRO DE ESTATÍSTICA RELIGIOSA E INVESTIGAÇÕES SOCIAIS. **Desafios do catolicismo na cidade: pesquisas em regiões metropolitanas brasileiras**. São Paulo: Paulus,2002.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Task force on Kaposi's sarcoma and opportunistic infection. **The New England Journal of Medicine** [S.I.], v. 8, n.2, p.248-306, Jan. /Fev. 1982.

CECAIM, P.L.; PERDOMINI, F.R.I. Gestantes HIV positivas e sua não adesão à profilaxia no pré natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**.São Paulo, v. 60, n. 5, p.519-523, set./out. 2007,

CHAMOWICZ F. **Os idosos brasileiros no século XXI:demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Ed. Post-Graduate,1998.

COGNA, M.; RAMOS, S. Crenças Leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DST. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S.G, (Org.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: Ed. 34,2002.

CORRÊA, S et.al. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Rio de Janeiro: 2000,p. 26-38.

CORRÊA. S; ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: Berquó, E. (Org.). **Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Ed. Unicamp, 2003.

COVEY, H. C. Perceptions and attitudes toward sexuality of the elderly during the middle ages. **Gerontologist.**, v.29, Supl. 1, p.93-100, Jan./Mar.1989.

CUNHA, C.C . **Revelando vozes, desvendando olhares: o significado do tratamento para o HIV AIDS**. 2004. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CUSTÓDIO, C. M. F. **Representações e vivências da sexualidade no idoso institucionalizado**. Disponível em:<<http://hdl.handle.net/10400.2/1230>> . Acesso em: 15 fev. 2009.

DAVIM, R.M.P. et al. O lazer diário como fator de qualidade de vida: o que pensa um Grupo da terceira idade Maringá. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 19-24, jan./jun. 2003.

DAVIS, K.C.; et al. Acquired immunodeficiency syndrome with haemophil. **Anal internal medicine**, v.2, [S.I.], p.98 - 204, 1983.

DINIZ, S.G. **Gênero e prevenção das DST/AIDS**. Coletivo Feminista Sexualidade e. Saúde. [S.l.: s.n., 200-] Disponível em:
<http://www.mulheres.org.br/fiqueamigadela/nova_pagina_1.htm > Acesso em : 06 jul. 2008.

EVANS, B.C., CROGAN, N.L. Building a scientific base for nutrition care of Hispa nic nursing home residents. **Geriatric Nurse.**, v.27, p.273-279, Fev./ Mar. 2006,

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2005. 230p.

ESPOSITO, A.P.G; KAHHALE, E.M.P. Profissionais do sexo: sentidos produzidos no cotidiano de trabalho e aspectos relacionados ao HIV. **Psicologia: reflexão e crítica**, v.19, Supl. 2, p. 329-339, jan. / fev.2006.

EYER, S.W.A. A circuncisão masculina e a transmissão heterossexual do HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.6, n.2, p. 678-686, jan./fev. 2003.

FEDRIGO, C.R.A.M. Fisioterapia na Terceira Idade: o futuro de ontem é realidade de hoje. **Revista Reabilitar**. São Paulo: v. 5, n.2, p.18-26, nov./dez. 1999.

FERNANDEZ , A.M. **La mujer dela ilusion**. Buenos Aires: Ed. Paidos, 1994.

FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. cap. 10, p. 98-105

FONSECA M.G.P, et al. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. **Caderno de Saúde Pública**, v.16, p.77-87, nov./dez. 2000.

FORMIGA, F. J. F. N. Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM. In: GALVÃO, L. D. J. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**, São Paulo, Hucitec, Population Council, 1999.

FOUGEYROLLUS – SCHAWEBWL, D. Movimentos feministas In. HIRATA, H.; et al. **Diccionario crítico del feminismo**. Traducción Teresa Agustín. Madri:Editorial Síntesis. 2002. p. 158-163.

FREITAS, E. V.; GORZONI, M. L. **Tratado de geriatria. e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003.

GALISTEU, K. J, et al. Qualidade de Vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arquivo Ciência Saúde**. São Paulo, v.13, p.209-214, out./dez. 2006. Supl.4.

GIFFIN, K. Poverty, inequality, and equity in health: considerations based on a transversal gender perspective. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000700011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 ago. 2008.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Ed. Atlas, 1999. 230p

GOODMAN, R. The selection of communication channels by the elderly to obtain information. **Educational Gerontology**, v.18, Supl. 7, p. 701-714, Jan/Fev.1992.

GOTT, M C. H. How important is sex in laterlife? The views o folder people. **Social science and mediase**, v.56, supl.8,p. 1617-1629, 2003.

GORDON, R. **A assustadora história da medicina**. São Paulo: Ed. Ediouro, 2002. 300p.

GRADIM, C.V.C.S. , A Prática Sexual e o envelhecimento. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.12, n. 2, p.204-213, abr./jun. 2007.

GREGÓRIO G. **Aids**: médico repórter. São Paulo: [s.n.], 2004. p. 34-40.

GUERREIEIRO,I. et al. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais **Revista de Saúde pública**, v. 36, Supl. 4,p. 50-60, jan./mar. 2002.

GUIMARÃES, C.D. Mas eu conheço ele: um método de prevenção do HIV /AIDS. In: PARKER, R., GALVÃO, J. (Org.). **Quebrando o silêncio**: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Relume–Dumará,1996. p. 169-79.

GUIMARÃES, R; MERCHÃN-HAMANN, E. Comercializando fantasias: a reprodução social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v.13, Supl.3, p. 256, set./dez. 2005..

HAJJAR, W. **Television in the nursing home**. New York: Ed. Haworth, 1998.

HEILBORN, M.L. **Dois é par**: gênero e identidade sexual em contexto igualitário. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.

HILLMAN, J.L, STRICKER, G Some Issues in the assessment of HIV among older adult patients. **Psycho Therapy**. v.35, Supl.4, p. 483-489, nov./dez. 1998..

HILT, M. **Television news and the elderly**. New York. Ed. Garland, 1997.

IBGE. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em : 15 de dezembro de 2009.

KEOGH P. et al. The Social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study. **Soc Sci Med**. v.38, p. 1047-1053, Jan./Fev. 1994. Supl.6

KNAUTH, D. R. Subjetividade feminina e soro positividade. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidade e poder. São Paulo: Ed. 34. 1999.

LEMOS, E. **Flor de Sexualidade na 3ª idade**. Florianópolis: Ed. Ediograf, 2003. 265p.

LIBMAN, E. Socio-cultural and cognitive factors in aging and sexual expression: conceptual and research issues. **Canadian Psychology**. Canadá . v. 30, n. 3, p. 560-567. Nov./Dez. 1989.

LIEBERMAN, R. HIV in Older Americans: an epidemiologic perspective. **Journal of Midwifery & Women's Health**, New York, v. 45, n 2, p. 176-182, 2000.

LIMA-COSTA, M.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Jul. 2008.

LINSK NL. HIV in the elderly. **Families in Society: the journal of contemporary Human Services**. v.75, supl. 6, p. 362 - 372. 1994.

LISBOA, M.Ê.S. Vulnerabilidade da mulher frente às DST – HIV –AIDS. In: 4ºVIRTUAL CONGRESS, 2003, Lisboa. **HIV-AIDS**. Lisboa: [s.n.], v.10, p 1-10. Disponível em : <<http://www.aidscongress.net/4congresso>> Acesso em: 05 mai 2008.

LOPES G.P, MAIA M. **Sexualidade e envelhecimento**. São Paulo: Ed. Saraiva, 1993. 115 p.

LOPES, F.A. M.; OLIVEIRA, F.A **Aspectos epidemiológicos de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família (PSF)**. 2004.Monografia.(Especialização em Saúde da Família).Minas Gerais: 2004,144f. p. 5-20.

MACK, K.A., ORY, M.G. AIDS and older Americans at the end of the 20th century. **Jaids.Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 33, n. XX, p. S68–S75, 2003.

MAIA, C. et al. Vulnerabilidade ao HIV/ AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 2, p.248-258, nov/dez.2008.

MANM, J; TARANTOLA D. J. M.; NETTER T.W. (Org.). **A aids no mundo**. Rio de Janeiro:Ed. Relume Dumara. ABIA, IMS / UERJ, 1993.

MANSUR, H., et al. An outbreak of community acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia:initial manifestation ofcellular immunedys functions. **The New England Journal of Medicine**. v.3 , n.1 , p. 1305-1431,nov./dez.1985.

MENESIA, Elisa Ortuzar et al . Sobrevivência de pacientes com AIDS em uma cidade do sudeste brasileiro. **Revista Panamericana Salud Publica**, Washington, v. 10, n. 1, p. 15-20,jul. 2001.

MORIGUTI, J.C. et al. Síndrome da Imunodeficiência humana em idosos. **Gerontologia** [S.l.],v. 4, p. 64, 1996. Supl.3.

MOTTA, L. B. O que determina o envelhecimento? O que é envelhecimento? In: Caldas, C. P. (Org.). **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de janeiro: Ed UERJ, 1998, p. 30-60.

MURARO, R.M. Breve introdução Histórica. In: Kramer, H; Sprenger. **Malleus maleficarum: o martelo das feiticeiras**. Rio de janeiro. Ed.Rosa dos Tempos, 1991.

NASCIMENTO, A.M.G., BARBOSA, C.S., MEDRADO, B. Mulheres em Camaragibe: representação social sobre a vulnerabilidade feminina em tempos de Aids. **Revista Brasileira saúde materno infantil**. Rio de Janeiro v. 5, n. 1, p. 1-15, jan./fev. 2005.

NUSSBAUM, J. et al. Communication and older adults. **Communication Yearbook**. v. 6, n. 2, p. 84-97, mar./abr.1997.

OLIVEIRA, D.L.L.C., et al. A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de POA. **Caderno de Saúde Pública**. Rio Grande do Sul, v. 20, n.5, p.309-318, 2004,.

ORY, M.G, MACK, K.A. Middle Aged and older people with Aids. **Research on aging**. v.20,supl.6,p.653-664,1998.

OSIS, M.J.M.D.. The Program for Integrated Women's Health Care (PAISM): a landmark in the approach to reproductive health in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 2008.Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Aug 2008.

PARKER, R. et al. (Org.). **A Aids no Brasil - 1982-1992**. Rio de Janeiro: Ed. Abia, 1994.

PASCHOAL, S.M.P; NETTO, M. P. **Gerontologia A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2002.

PEIXOTO, C.L. Histórias de mais de 60 Anos. **Dossiê Gênero e Velhice**, jan./fev.1997, p. 148-158.

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS “MULHER 2000: IGUALDADE DE GÊNERO, DESENVOLVIMENTO E PAZ PARA O SÉCULO XXI”. In: **Plataforma de Ação** da iv Conferência Mundial da Mulher Pequim, 1995.

PETERMAN,T.A.et al. Epidemiology ofthe acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). **Epidemiological Review**. v.7, p.1-21, fev./mar.1985.

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**.Recife, v. 10, n. 3, p. 338-351, set. 2007.

PRILIP, N.B.A. **Aids atinge idosos**. Disponível em:< <http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/aids2.htm>.> Acesso em: 28 de Nov. de 2009.

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. **Terapia Anti-retroviral e Saúde Pública: um balanço da experiência brasileira.**[S.I: s.n] [200_] Disponível em: <www.AIDS.gov.br>. Acesso em: 14 nov.2000.

PROTTI, S. T. **A Saúde do idoso sob a ótica da equipe do Programa de saúde da Família.**2002. Dissertação. (Mestrado em enfermagem)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, p. 15-35, São Paulo.

PROVIANCIALLI, R.M. **O convívio com HIV AIDS em pessoas da terceira idade e suas representações: vulnerabilidade e enfrentamento.** 2005.Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto USP.Ribeirão Preto.

PURI, M. CLELAND J. Sexual behavior and perceives risk of HIV among young migrant factory workers in Nepal. **Journal of adolescent health**, v.38, p. 237-246,nov/dez. 2006.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Cadernos de saúde Pública**,São Paulo,; v.19, n.3, p. 15-25 maio/ jun. 2002.

RISMAN, A. **A carruagem da Saudade seremos todos passageiros? O percurso da sexualidade da 3ª idade.** 1996. Dissertação (Mestrado em sexologia) – Faculdade de Psicologia.Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro.

ROACH, S. **Introdução a enfermagem gerontológica.** Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003. 250 p.

RODRIGUES E.H.G, et al. Doenças sexualmente transmissíveis em pacientes infectados com HIV/AIDS no Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** Recife. v. 33, n. 4, p. 47-52, set./out. 2000.

RODRIGUES, R.A. P. **Como cuidar dos Idosos.** São Paulo: Ed. Papirus, 2001, 100 p.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de saúde pública**, v. 37, n. 1, p. 40-48, out./nov.2003.

ROSENTHAL S.H. **Sexo depois dos 40.** Rio de Janeiro: Ed. Ediouro, 2004. 200 p.

SALDANHA, A.A.W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. 2003. Tese (Tese de Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, São Paulo, 149f.

SANCHEZ, K. R. B. **A Aids e as Mulheres Jovens: Uma questão de Vulnerabilidade**. 1999. Tese (Tese de doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 150f.

SANTOS L.D, et al. Eficácia da Atividade Física na manutenção do desempenho funcional do idoso : revisão de literatura. **Revista de Fisioterapia**. Brasil, v. 2, n. 3, p. 30-40, jan./fev. 2001.

SCALES, A. Examining what older adults read and watch on TV. **Educational Gerontology**. v.22, p.215-227, 1996.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Porto Alegre: Ed.Educação e Realidade, 1990

SCHOTT, R.M. **Eros e os processos cognitivos: uma crítica da objetividade em filosofia**. Rio de Janeiro:Ed.Rosa dos Tempos; 1996

SEIXAS, A. M. R. **Sexualidade feminina: história, cultura, família, personalidade e psicodrama**. São Paulo: Ed.SENAC, 1998.

SILVA, C.M; VARGENS, O.M.C, **A autopercepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade para contrair DST/HIV**. 2006. Monografia (graduação em enfermagem) - Faculdade de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVA, C.M. **A percepção de mulheres em relacionamento estável, quanto a vulnerabilidade para contrair DST AIDS**. 2008. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

SILVA, L.S; PAIVA, M.S. Vulnerabilidade ao HIV /Aids entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: **IX congresso virtual**. Comunicação, tema: Ciência e corpo. Bahia; 2005.

SILVEIRA, M.F, et al. Auto percepção de vulnerabilidade as DST e AIDS em mulheres. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 6, p. 670-677, mar./abril 2002.

SILVESTRE, J.A et al. **Abordagem do idoso em programas de saúde família.** mai/jun., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 16 de Agosto de 2003.

SMELTZER, S.C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth** : tratado de enfermagem médico-cirúrgica. v.2. 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 1955 p. 11

SOUSA, I. M. C.de. **Medicina alternativa nos serviços públicos de saúde:** a prática da massagem na área programática 3.1 no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Publica.Rio de Janeiro: 2004.

SOUSA, M.C.P. et al. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina. **Saude sociedade.** . São Paulo, v.17, n.2, 2008..Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago 2008.

STALL R, CATANIA J. AIDS risks and behaviors among late middleaged and elderly **Americans.***Archives of Internal Medicine*, v. 154, n. 1, p. 57–63, jan, 1994.

SUCCI, R.C.M.. Grupo de Estudo da Sociedade Brasileira de Pediatria Transmissão vertical do HIV no Brasil em 2003-2004. Resultado preliminar de um estudo colaborativo multicêntrico. *J Paranen Pediatr*, v.6, n.13, p.15-20,nov./dez.2005.

TAMAI, S. Epidemiologia no Envelhecimento no Brasil. In: FORLENZA, O .V. et. al **Depressão e demência no idoso – Tratamento Psicológico e Farmacêutico.** São Paulo: Lemos editorial, 1997; p. 9-90.

TANNAHILL, R. **O sexo na história.** Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves, 1983. 150 p.

TAVOOSI A, et al, Ahmadinezhad Z. Knowledge and attitudetowards HIV/aids among Iranian students. **BMC Public Health** periódico na Internet, 2004. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com>. Acesso em: 20 set. 2008.

THIENGO, M.A. et al. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Revista da escola enfermagem da USP.** São Paulo, v. 39, n. 1, , out./Nov.2005, p. 68-76.

UNAIDS. **Report on the Global AIDS epidemic:** executive summary. Geneva:WHO Library Cataloguing Publication. 2006. Disponível em:<http://www.unaids.org/en/HIV_data/default.asp> Acesso em: 14 jun. 2008.

VASCONCELOS, N. A . **Comportamentos sexuais alternativos do jovem e do velho. A Terceira Idade.** São Paulo:1994; v. 5, n. 8, p. 47-50.

VERAS, R., et al. **Novos Paradigmas do Modelo Assistencial no Setor Saúde: Conseqüência da Explosão Populacional dos Idosos no Brasil.** São Paulo: Ed.Morganti Publicidade,2002, p.5-66.

VERMELHO, L. L. et al. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.15, n. 2, 1999.

VIEIRA, E.M, et al Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens de Município de São Paulo. **Caderno de Saúde Publica.** São Paulo, v.16, n.4, 2000, p. 997-1009.

VILLARINHO, L. et al . Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 36, n. 4, Ago. 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000500009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Fev. 2010. doi: 10.1590/S0034-89102002000500009.

VILLELA, W. V. Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade. In: BARBOSA, R. M. e PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: Direitos, Identidade e Poder.** São Paulo: Ed. 34,1999, 272p.

ZAMLUTTI, M.E.M. **O Mito da Velhice Assexuada:** um ponto de reflexão. São Paulo: Ed. Maturidade, 1996. 100 p.

ZANCAN, L. & BODSTEIN, R. Dis-Manguinhos como estratégia de Promoção da Saúde. **Revista Saúde em Foco/Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva,** v.23, mar.2000, p.49-63,.

WERNWCK, J. A vulnerabilidade das mulheres negras. **Jornal da Rede Saúde.** Disponível em: [http:// www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=309](http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=309). Acesso em 11 jun 2008.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento livre e esclarecido



Universidade do Estado do Rio de Janeiro Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação Strictu Sensu - Mestrado



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A senhora está sendo convidada a participar de um estudo denominado “**Vulnerabilidades da Mulher idosa frente ao HIV/AIDS**”. Esse trabalho tem como objetivo geral: compreender a auto percepção de vulnerabilidade de mulheres com 60 anos e mais em relação ao HIV/AIDS, a partir de suas práticas sexuais. E como objetivos específicos: identificar a auto percepção de vulnerabilidade de mulheres com 60 anos e mais em relação ao HIV/AIDS, a partir de suas práticas sexuais; descrever a auto percepção de vulnerabilidade de mulheres com 60 anos e mais em relação ao HIV/AIDS, a partir de suas práticas sexuais e analisar a auto percepção de vulnerabilidade de mulheres com 60 anos e mais em relação ao HIV/AIDS, a partir de suas práticas sexuais.

A coleta de dados será realizada mediante a aplicação pelo pesquisador de escalas de avaliação funcional e de um questionário que será respondido pela senhora e conterà perguntas de múltipla escolha, compostas por perguntas relacionadas a condições sócio demográficas, a auto percepção de vulnerabilidade e às práticas e sobre seus comportamentos sexuais. A participação nesse estudo é consensual, havendo liberdade para ausentar-se em qualquer etapa, e isso não impedirá em nada suas atividades do seu dia-a-dia.

Nada será cobrado ou pago às pessoas participantes dessa pesquisa. E por ser de livre e espontânea a sua participação na pesquisa, em nada afetará seu dia-a-dia, ou seja, a sua participação não lhe trará privilégios ou dano algum.

Estão garantidas as informações que vocês queiram antes, durante e depois do estudo. O conteúdo final deste estudo estará disponível aos participantes. Os dados resultantes da entrevista serão utilizados para o desenvolvimento de pesquisa, dissertação e artigo a serem divulgados nos meios acadêmicos e científicos, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

Declaro ter recebido as informações acima e concordo em participar dessa pesquisa nos termos apresentados.

Local e Data

 Assinatura do Respondente

 Assinatura do Pesquisador¹

 Professor Orientador²

Fernanda Lopes – contatos: tel (0XX21) 86520406 / email: fernanda_martins_lopes@yahoo.com.br²
Octávio Muniz da Costa Vargens -contatos: tel (0XX21) 91254353 / e-mail: orientavargens@bol.com.br

APÊNDICE B - Instrumento de coleta de dados



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
 Centro Biomédico
 Faculdade de Enfermagem
 Programa de Pós Graduação Strictu Sensu - Mestrado



aInstruções para preenchimento

- Não será necessária a sua identificação.
- O questionário é composto de perguntas de múltipla escolha, relacionadas à sua condição de vida, as suas práticas sexuais e ao vírus HIV/AIDS.
- É necessário o preenchimento de todas as perguntas.

I–Dimensão sócio econômico demográficas:

1) Qual a sua idade?

<input type="checkbox"/> 60 à 65 anos 1	<input type="checkbox"/> 76 à 80 anos 4
<input type="checkbox"/> 66 à 70 anos 2	<input type="checkbox"/> mais de 80 anos. 5
<input type="checkbox"/> 71 à 75 anos 3	

2) Assinale a opção que contém o Bairro que a sr^a mora:

- Centro, Santa Tereza, São Cristóvão, Santo Cristo, Cidade Nova, Mangueira, Rio Comprido, Paqueta, Praça XV. 1
- Botafogo, Copacabana, Flamengo, Gávea, Jardim Botânico, Ipanema, Leblon, Rocinha, Vidigal. 2
- Tijuca, Vila Isabel, Andaraí, Maracanã, Alto da Boa Vista, Praça da Bandeira. 3
- Penha, Ramos, Ilha do Governador, Cordovil, Vigário Geral . 4
- Lins de Vasconcelos, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Piedade, Méier, Pilares, Jacaré, Rocha, Penha Circular. 5
- Madureira, Irajá, Marechal Hermes, Rocha Miranda, Coelho Neto, Colégio, Guadalupe, Anchieta, Pavuna, Cascadura. 6
- Barra da Tijuca, Taquara, Jacarepaguá, Curicica, Vargem Grande, Praça Seca, Recreio dos Bandeirantes. 7
- Bangu, Santíssimo, Padre Miguel, Jardim Sulacap, Senador Camará.8
- Campo Grande, Guaratiba, Pedra de Guaratiba 9
- Santa Cruz, Mangaratiba, Paciência, Sepetiba. 10

3) Qual a sua cor?

parda ou preta 1

branca 2

4) Quantos anos a sr^a. estudou?

<input type="checkbox"/> sem instrução e menos de 1 ano 1	<input type="checkbox"/> +de 8 anos. 4
<input type="checkbox"/> 1 à 3 anos 2	
<input type="checkbox"/> 4 à 8 anos. 3	

5)Qual a sua renda mensal familiar aproximadamente?

<input type="checkbox"/> menos de R\$415,00. 1	<input type="checkbox"/> Entre R\$ 2.401,00 e R\$ 2.800,00 7
<input type="checkbox"/> Entre R\$ 415,00 e R\$ 800,00. 2	<input type="checkbox"/> Entre R\$ 2.801,00 e R\$ 3.200,00 8
<input type="checkbox"/> Entre R\$ 801,00 e R\$ 1.200,00 3	<input type="checkbox"/> Entre R\$ 3.201,00 e R\$ 3.600,00 9
<input type="checkbox"/> Entre R\$1.201,00 e R\$1.600,00 4	<input type="checkbox"/> Entre R\$ 3.601,00 e R\$ 4.000,00 10
<input type="checkbox"/> Entre R\$1.601,00 e R\$2.000,00. 5	<input type="checkbox"/> Mais de R\$ 4.000,00. 11
<input type="checkbox"/> Entre R\$ 2.001,00 e R\$ 2.400,00 6	

6)Qual o seu estado conjugal?

união estável 1

não tenho nenhum tipo de união. 2

7) Quantas pessoas além da sr^a. moram na mesma casa?

moro sozinha 1

de 1 à 3 pessoas. 2

de 4 à 6 pessoas. 3

Mais de 6 pessoas. 4

8)A sr^a. trabalha ou exerce alguma atividade remunerada?

sim 1

não 2

Variável X – Sustento Financeiro.

9) De onde vem seu sustento financeiro?

Meios	Opções	
X1 Trabalho	Sim 1	Não 2
X 2 Aposentadoria	Sim 1	Não 2
X3 Pensão	Sim 1	Não 2

X 4 Ajuda do esposo	Sim 1	Não 2
X5 Ajuda de parentes e amigos	Sim 1	Não 2
X6 Outros	Sim 1	Não 2

Variável Y - Religião

10) A sr^a. tem religião?

Religião	Opções	
Y1 Católica	Sim 1	Não 2
Y2 Candomblé / Umbanda	Sim 1	Não 2
Y3 Evangélica	Sim 1	Não 2
Y4 Espírita	Sim 1	Não 2
Y5 Outras	Sim 1	Não 2

11) A sr^a. faz alguma atividade para se divertir?

() sim 1

() não. 2

2- Dimensão conhecimento sobre a doença HIV/AIDS

Variável A

12) A sr^a. já ouviu falar na doença AIDS?

() sim 1

() não 2

Variável B

13) Marque os meios pelos quais a sr^a. acha que se pega AIDS:

Meios	Opções	
B1 Colher, pratos e copos.	Sim 1	Não 2
B2 Pelo ar	Sim 1	Não 2
B3 Através do contato sexual sem preservativo	Sim 1	Não 2
B4 No banheiro público	Sim 1	Não 2
B5 Pelo contato da pele com quem está doente	Sim 1	Não 2
B6 Pela picada de mosquito ou inseto.	Sim 1	Não 2
B7 Através de transfusão de sangue contaminado com o vírus da AIDS	Sim 1	Não 2

Variável C

14) Marque em quais dos fontes de comunicação a sr^a. já ouviu falar sobre AIDS?

Meios de comunicação	Opções	
C1 Rádio	Sim 1	Não 2
C2 Jornal	Sim 1	Não 2
C3 Folhetos ou panfletos	Sim 1	Não 2
C4 Em palestras nos serviços de saúde	Sim 1	Não 2
C5 Através de amigos ou familiares	Sim 1	Não 2
C6 Na igreja	Sim 1	Não 2
C7 Na televisão	Sim 1	Não 2
C8 Na internet	Sim 1	Não 2

Variável D

15) Com relação ao preservativo (camisinha) responda:

Perguntas	Opções	
D1-É usado pelo homem e pela mulher para evitar gravidez	Sim 1	Não 2
D2 É usado pelo homem e pela mulher para evitar gravidez e doenças transmitidas pelo sexo	Sim 1	Não 2
D3 - É usado pelo homem para evitar gravidez e doenças transmitidas pelo sexo	Sim 1	Não 2

3 – Dimensão auto percepção

Variável E

16) Assinale as questões de acordo com o seu conhecimento sobre a AIDS

Perguntas	Opções	
E1- A sr ^a . conhece alguém que tem esta doença?	Sim 1	Não 2
E2 - A sr ^a . Se imagina com essa doença?	Sim 1	Não 2

Variável F

17) Como seu parceiro reagiria ou reage quando a sr^a. pede para usar preservativo?

Perguntas	Opções	
F1 - Fica chateado (a) achando que o (a) traindo.	Sim 1	Não 2
F2 - Diz que como não tem mais o risco da sr ^a . engravidar, não é necessário usar.	Sim 1	Não 2
F3 - Diz que só tem relação sexual com a sr ^a . por isso não tem necessidade de usar.	Sim 1	Não 2
F4 Elogia sua atitude e faz questão de usar	Sim 1	Não 2

Variável G

18) Qual a frequência que a sr^a. usa preservativo em suas relações sexuais?

- sempre 1
- freqüentemente 2
- algumas vezes 3
- raramente 4
- não uso 5

Variável H

19) Quais as possibilidades da sr^a. pegar AIDS?

- nenhuma 1
- pequena 2
- moderada 3
- grande 4

Variável I

20) A sr^a. acha que fazer sexo é igual para homens e mulheres?

- Sim 1
- Não 2

Variável J

21) O que a sr^a acha de práticas sexuais fora do seu relacionamento conjugal?

Perguntas	Opções	
J1 É um direito do homem!	Concordo 1	Discordo 2
J2 Tenho uma relação liberal em que os dois aceitam tais práticas.	Concordo 1	Discordo 2

J3 E um direito da mulher!	Concordo 1	Discordo 2
J4 Meu companheiro (a) não tem práticas sexuais fora do casamento porque nos amamos	Concordo 1	Discordo 2
J5 Finjo que não sei que meu companheiro (a) tem outros relacionamentos fora	Concordo 1	Discordo 2

4 – Dimensão práticas sexuais

Variável L

22) Qual a sua opção sexual?

Perguntas	Opções	
L1 Gosto de homens e mulheres	Sim 1	Não 2
L2 Gosto de homens	Sim 1	Não 2
L3 Gosto de mulheres	Sim 1	Não 2

Variável M

23) Quantos parceiros sexuais a sr^a. teve nos últimos 12 meses?

Perguntas	Opções	
M1 Um único parceiro	Sim 1	Não 2
M2 De 2 à 4 parceiros	Sim 1	Não 2
M3 +de 4 parceiros	Sim 1	Não 2

Variável N

24) O que é sexo para a sr^a. ?

Perguntas	Opções	
N1 Companheirismo	Sim 1	Não 2
N2 Amor	Sim 1	Não 2
N3 Só prazer	Sim 1	Não 2

Variável O

25) A sr^a. já teve alguma doença transmitida pelo sexo depois dos 60 anos?

() sim 1

() não 2

Variável P

26) A senhora usa preservativo em suas relações sexuais?

sim 1

não 2

Variável Q

27) O que a sr^a. acha de sua vida sexual?

monótona 1

agitada 2

normal 3

prazerosa 4

Variável R

28) Assinale quais tipos de práticas sexuais a sr^a. pratica?

Perguntas	Opções	
R1 Sexo vaginal	Sim 1	Não 2
R2 Sexo anal	Sim 1	Não 2
R3 Sexo oral	Sim 1	Não 2

Variável S

29) A sr^a. acha errado ter relação sexual na sua idade?

Sim 1

Não 2

Grata pela cooperação

ANEXO A - Divisão Administrativa da Cidade do Rio de Janeiro

Área Programática	Bairros
A.P 1.0	Centro, Santa Tereza, São Cristóvão, Santo Cristo, Cidade Nova, Mangueira, Rio Comprido, Paquetá e Praça XV.
A.P 2.1	Botafogo, Copacabana, Flamengo, Gávea, Jardim Botânico, Ipanema, Leblon, Rocinha e Vidigal.
A.P 2.2	Tijuca, Vila Isabel, Andaraí, Maracanã, Alto da Boa Vista e Praça da Bandeira.
A.P 3.1	Penha, Ramos, Ilha do Governador, Cordovil e Vigário Geral.
A.P 3.2	Lins de Vasconcelos, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Piedade, Méier, Pilares, Jacaré, Rocha e Penha Circular.
A.P 3.3	Madureira, Irajá, Marechal Hermes, Rocha Miranda, Coelho Neto, Colégio, Guadalupe, Anchieta, Pavuna e Cascadura.
A.P 4.0	Barra da Tijuca, Taquara, Jacarepaguá, Curicica, Vargem Grande, Praça Seca e Recreio dos Bandeirantes.
A.P 5.1	Bangu, Santíssimo, Padre Miguel, Jardim Sulacap e Senador Câmara.
A.P 5.2	Campo Grande, Guaratiba, Pedra de Guaratiba.
A.P 5.3	Santa Cruz, Mangaratiba, Paciência e Sepetiba.

ANEXO B - Carta de Aprovação do Comitê de Ética



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 84A/2009

Rio de Janeiro, 18 de maio de 2009.


Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vice-Coordenadora: Salésia Felipe de Oliveira</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Alice de C. A. Vinhaes Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Mônica Amorim de Oliveira Nara Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chrispim Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzana Alves da Silva</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 53/09 CAAE: 0056.0.314.000-09</p> <p>TÍTULO: Vulnerabilidades da mulher idosa frente ao HIV/AIDS.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Fernanda Maria do Vale Martins Lopes.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Secretaria Especial da Terceira Idade.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 11/05/2009.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
---	--

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
 Vice-Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901
 Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761