



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM NO CONTEXTO AMAZÔNICO**



EVELYN TAYANA MACIEL MENDONÇA

SAÚDE SEXUAL E HIV/AIDS NA TERCEIRA IDADE

Belém- PA
2017

EVELYN TAYANA MACIEL MENDONÇA

SAÚDE SEXUAL E HIV/AIDS NA TERCEIRA IDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem- Área de concentração: Enfermagem no Contexto Amazônico.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lucia Hisako Takase Gonçalves.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Eliete da Cunha Araújo

Belém- PA
2017

Dados internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do Instituto de Ciências da Saúde /UFPA

Mendonça, Evelyn Tayana Maciel.

Saúde sexual e HIV/AIDS na terceira idade / Evelyn Tayana Maciel Mendonça ; orientadora, Lucia Hisako Takase Gonçalves, coorientadora, Eliete da Cunha Araújo. — 2017.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Belém, 2017.

1. Saúde Sexual. 2. Idoso. 3. HIV- Prevenção e controle. 4. Enfermagem. I. Título.

CDD: 22.ed. : 613.0438

EVELYN TAYANA MACIEL MENDONÇA

SAÚDE SEXUAL E HIV/AIDS NA TERCEIRA IDADE

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção de título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada na sua versão final em 10 de maio de 2017, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - área de concentração: **Enfermagem no Contexto Amazônico.**

Prof.^a Dr.^a Sandra Helena Isse Polaro
Coordenadora do Programa-UFPA

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Lucia Hisako Takase Gonçalves
Presidente- UFPA

Prof.^a Dr.^a Sandra Helena Isse Polaro
Membro-UFPA

Prof. Dr. Eliã Botelho Pinheiro
Membro-UFPA

Belém- PA
2017

Aos meus pais, **Cezar e Vilma Mendonça**, pelo amor que me ensinaram a sentir e por serem seres inspiradores.

Ao meu esposo, companheiro e amigo, **Thiago Corrêa**, pelos abraços apertados, pelo encorajamento e pela construção diária do nosso amor.

Aos **idosos**, que nos ensinam o que a vida tem de melhor.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, meu Pai, em primeiro lugar, por iluminar meu caminho e guiar cada passo que dou, envolvendo-me com seu amor e proteção e proporcionando-me a benção de viver.

À minha mãezinha, **Nossa Senhora**, por interceder por mim diante do Pai e estar sempre à frente, abrindo e protegendo o caminho.

Ao meu esposo **Thiago**, por dizer sim todos os dias para nosso amor, por construir comigo nossa família baseada no respeito, compreensão e apoio mútuo e por tornar, com seu jeito cativante, os momentos mais prazerosos e as dificuldades mais amenas.

Aos meus pais, **Vilma e Cezar**, que me deram muito mais que a vida, deram o exemplo de humanidade, deram os motivos para acreditar e deram instrumentos e incentivo para alcançar até onde meus sonhos puderem chegar.

Aos meus irmãos, **Everton e Rafael**, por estarem sempre ao meu lado, dispostos a me ajudar nos momentos necessários, a me apoiar nas minhas decisões e a me abraçar nas dificuldades.

À minha orientadora, **Prof^a Dr^a. Lúcia Takase**, por compartilhar o que sabe de forma tão generosa, por ser impecável e cuidadosa na condução deste estudo e pela humanidade, compreensão e paciência diante dos momentos de dificuldade.

Às amigas de trabalho e de vida, **Suanne Pinheiro e Brenda Gonçalves**, por dividirem suas experiências acadêmicas, na pesquisa e na vida, pelo carinho e apoio nessa jornada.

Aos **idosos**, participantes e inspiração deste estudo, pela confiança e respeito que encararam esse estudo, por dividirem suas experiências e vivências.

Aos meus **amigos e colegas do PPGENF**, por compartilharem não somente as disciplinas, projetos e conhecimento, mas também suas histórias de vida.

À **Evany Smith e Carol Batista**, alunas do PIBIC da UFPA, que auxiliaram na primeira fase da pesquisa, incentivando e colaborando com a construção deste estudo.

À **Professora Msc. Hilma Solange Lopes Souza**, coordenadora da UFPA no laboratório de habilidades humanas na Unidade cenário do estudo, pela disponibilidade em ajudar a oferecer uma ambiente favorável ao desenvolvimento deste estudo.

E à **Faculdade de Enfermagem – UFPA**, por viabilizar o curso de mestrado PPGENF e pelo apoio durante os semestres de sua realização.

RESUMO

A taxa de infecção pelo HIV tem aumentado entre as pessoas na terceira idade. Da mesma forma, o prolongamento da atividade sexual na velhice tem sido estimulado pelo incremento cada vez maior de vida social e ao crescimento da indústria farmacêutica. Contudo, a concepção do idoso como assexuado, inclusive entre os profissionais de saúde, tem reduzido o espaço para que o idoso manifeste sua sexualidade ou para que discuta sobre o assunto de forma a se munir de informação, resultando em práticas sexuais perigosas e no afastamento de sua saúde sexual. Objetivou-se nesse estudo analisar como o conhecimento sobre HIV/AIDS entre as infecções sexualmente transmissíveis reflete a vivência da sexualidade dos usuários idosos de uma Unidade Básica de Saúde do município de Belém-PA. Para tanto, optou-se pela abordagem da investigação avaliativa, adotando-se a triangulação de métodos. Em atendimento ao primeiro objetivo de avaliar o conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS aplicando-se o Questionário sobre HIV para a Terceira Idade. Já para atender ao segundo objetivo, de explorar como pensam e vivenciam os idosos à sua sexualidade, adotou-se a técnica do grupo focal, aplicando-se em dois grupos separados de homens e mulheres. Os dados obtidos pelo questionário foram tratados e analisados pela estatística descritiva simples, resultando no fato de que os idosos participantes dessa pesquisa possuem algum conhecimento sobre a AIDS, principalmente em relação aos domínios “conceito”, “transmissão” e “prevenção”, entretanto, observou-se a existência de lacunas de conhecimento principalmente sobre a fase assintomática da doença e as formas em que não ocorre transmissão do vírus. Além disso, 93% deles não usam camisinha em sua prática sexual e somente 40% já realizou o teste HIV. Os dados obtidos pela técnica do grupo focal foram tratados pela técnica de Análise de Conteúdo Temática, emergindo assim quatro categorias: sexualidade do idoso entre os desafios do envelhecimento e do preconceito; idosos viúvos: a influência do estado civil na sexualidade; a negociação do uso do preservativo entre os casais de idosos: entre a confiança e a suspeita de infidelidade; a enfermagem entre o velho e novo: uma conversa sobre IST e HIV/AIDS com idosos. Concluiu-se que conhecer nem sempre reflete atitudes positivas em relação à prevenção do HIV/AIDS e outras IST. Os idosos não usam o condom pela: confiança no parceiro, relação de poder do homem sobre a mulher, alterações biológicas e falta de hábito. A ausência de iniciativas de prevenção das IST e AIDS específica para a população idosa, a concepção do idoso como assexuado, bem como o despreparo dos profissionais de saúde, dificultam o alcance da saúde sexual dos idosos. Para alcançá-la torna-se essencial que a enfermagem incorpore ao ensino e à pesquisa uma discussão ampla sobre a sexualidade enquanto necessidade humana fundamental, inclusive para os idosos, bem como à sua práxis, contemplando o idoso em sua integralidade, aumentando as oportunidades de prevenção, diminuindo as diferenças e relações de poderes entre os gêneros e possibilitando o exercício pleno de sua sexualidade.

Palavras-chave: Saúde sexual. Idoso. Enfermagem. Prevenção e controle. HIV/AIDS.

ABSTRACT

The rate of HIV infection has increased among the elderly. Likewise, the improvement of social life and the growth of the pharmaceutical industry have stimulated the prolongation of sexual activity in old age. However, the conception of the elderly as an asexual person, including among health professionals, has reduced the space for the elderly to express their sexuality or to discuss the subject in a way that provides information, resulting in dangerous sexual practices and remoteness of their sexual health. The objective of this study was to analyze how the knowledge about HIV / AIDS reflects the sexuality experience of the elderly users of a Health Center in the city of Belém-PA. For this purpose, it was opted for the evaluation research approach, adopting the triangulation method. In compliance with the first objective that was assessing the knowledge of the elderly about HIV / AIDS, applying the Questionnaire about HIV to Third-Age (QHIV3I). Already to reach the second objective, which was to explore how the elderly think and experience their sexuality, it was adopted the focus group technique, applying for two separate groups of men and women. The data obtained through the questionnaire were treated and analyzed by simple descriptive statistics, resulting in the fact that the elderly people who participate of this research have some knowledge about AIDS, mainly in relation to the areas "concept", "transmission" and "prevention ". However, it was observed the existence of knowledge gaps especially about the asymptomatic phase of the disease and ways in which virus transmission does not occur. In addition, 93% of them do not use condoms in their sexual practice and only 40% have already had the HIV test. The data obtained through the study group were treated by the Thematic Content Analysis, thus emerging four categories: sexuality of the elderly among the challenges of aging and prejudice; elderly widows – the influence of marital status on sexuality; the negotiation of condom use among couples of the elderly – between trust and suspicion of infidelity; Nursing between the old and new: the conversation about IST and HIV / AIDS with the elderly. It was concluded that knowing does not always reflect positive attitudes toward HIV / AIDS prevention and other STIs. The elderly do not use the condom because of the following reasons: trust in the partner, relationship of power of the man to the woman, biological changes and lack of habit.

Keywords: Sexual health. Elderly. Nursing. Prevention and control. HIV/AIDS.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Humana

BPC- Benefício da Prestação Continuada

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

DAGUA- Distrito Administrativo do Guamá

DST- Doença Sexualmente Transmissível

GF- Grupo Focal

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICS- Instituto de Ciências da Saúde

IST- Infecção Sexualmente Transmissível

MEEM- Mini Exame do Estado Mental

MS- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

QHIV3I- Questionário sobre HIV para a Terceira Idade

SESPA- Secretaria Estadual de Saúde Pública

SINAN- Sistema de Informações de Agravos de Notificação

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPA- Universidade Federal do Pará

UMS- Unidade Municipal de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Objetivo geral	19
1.2 Objetivos específicos	19
2 SUPORTE TEÓRICO	20
2.1 Saúde sexual	20
2.2 Sexualidade: uma necessidade humana básica e a enfermagem	25
3 METODOLOGIA	30
3.1 Contexto do estudo	30
3.2 Entrada no campo	32
3.3 Tipo de estudo e métodos de coleta de dados	33
3.4 Seleção dos participantes do estudo	34
3.5 Obtenção dos dados pelo QHIV3I e sua análise	34
3.6 Procedimentos para realização do grupo focal	35
3.6.1 Seleção dos participantes para formação de grupos	35
3.6.2 Conduta operacional da equipe de pesquisa	36
3.6.3 Estratégia de funcionamento dos encontros de grupo focal	37
3.6.4 Procedimentos de análise dos dados e interpretação dos resultados.	40
3.7 Procedimentos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos	41
3.8 Riscos e Benefícios do estudo	41
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1 Condições sociais e de saúde dos idosos	43
4.2 Dados sobre conhecimento acerca do HIV/AIDS	47
4.3 Vivência da sexualidade pelos idosos	53
4.3.1 Sexualidade do idoso entre os desafios do envelhecimento e do preconceito	54
4.3.2 Idosos viúvos: a influência do estado civil na sexualidade	59
4.3.3 A negociação do uso do preservativo entre os casais de idosos: entre a confiança e a suspeita de infidelidade	63

4.3.4 A enfermagem entre o Velho e Novo: uma conversa sobre IST e HIV/AIDS com idosos	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	84
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	93
ANEXO 1- MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	95
ANEXO 2- QUESTIONÁRIO SOBRE HIV PARA A TERCEIRA IDADE	97
ANEXO 3- CADERNETA DE SAUDE DA PESSOA IDOSA	100

1 INTRODUÇÃO

O início da década de 80 foi marcado no mundo inteiro pelo surgimento de uma nova doença, até aquele momento desconhecida. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), como foi denominada posteriormente, era uma doença que no início era quase restrita ao público masculino, relacionada às práticas homossexuais, sendo referida na época de “peste gay” (LIMA; FREITAS, 2013; JARDIM, 2012; RIBEIRO, 2011). Em seguida, outros indivíduos foram incluídos, os chamados “grupos de risco” para contaminação pela doença, como os usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Com o passar do tempo, a soropositividade ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), causador da AIDS, têm adquirido grandes diferenças epidemiológicas, representando um fenômeno global, dinâmico e instável (LIMA; FREITAS, 2013).

A análise da evolução histórica da epidemia da AIDS tem mostrado que sua trajetória desconhece limites, ocorrendo uma disseminação do HIV pelo mundo sem distinção de sexo ou de idade. Estima-se que atualmente existam cerca de 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo até junho de 2016, com um total de 1,1 milhões de óbitos (UNAIDS, 2016). A doença, que antes era restrita a um grupo específico, sofre constantes mudanças epidemiológicas, como a heterossexualização, a feminização e o envelhecimento da doença (LIMA; FREITAS, 2013; JARDIM, 2012; SILVA, 2011).

Em pesquisa realizada no Instituto Emílio Ribas em São Paulo, referência nacional no tratamento de AIDS, verificou-se que enquanto a doença apresentou um crescimento de 10% entre a população de até 49 anos de idade no período de 2000 a 2006, na população de idosos esse aumento foi de 65% neste mesmo período (SILVA, 2011). Dos casos notificados no SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação) no ano de 1990, aproximadamente 6,7% correspondiam a pessoas com 50 anos ou mais, enquanto que para o ano de 2013, esse percentual elevou-se para quase 18% de casos notificados (BRASIL, 2013a). Segundo a

UNAIDS, em 2015, havia mais pessoas acima de 50 anos vivendo com HIV do que nunca: 5,8 milhões (UNAIDS, 2016).

Em meados da década de 80, sugeriram que a epidemia de HIV/AIDS na população idosa poderia ser eliminada através da melhora do controle dos bancos de sangue, visto que a transfusão sanguínea representava o principal fator de risco para a aquisição do vírus HIV entre os idosos (RIBEIRO, 2011; LIMA; FREITAS, 2013). Anos depois, com o aumento do número de idosos infectados no Brasil, isto tem sido justificado pela eficácia da terapia antiretroviral que aumenta a expectativa de vida de pessoas infectadas pelo HIV, fazendo com que a infecção adquira um caráter de cronicidade e avançando para a velhice. Essa cronicidade do HIV/AIDS, adquirida com o tratamento, vem incluindo um número cada vez maior de idosos na taxa de prevalência da doença. Contudo, essa taxa não é a única que conta com uma frequência cada vez maior na terceira idade.

O Boletim Epidemiológico do HIV/AIDS, realizado entre os anos de 2002 a 2013, já demonstrava um aumento da taxa de detecção de casos de AIDS entre os indivíduos a partir dos 50 anos de idade, enquanto que os demais grupos etários demonstraram redução dessa taxa (BRASIL, 2014). Da mesma forma, o último boletim epidemiológico do HIV/AIDS, publicado em 2016, demonstrou um aumento da taxa de detecção nos últimos 10 anos entre os homens com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos e mais. Já entre as mulheres, a taxa de detecção vem apresentando uma tendência de queda em quase todas as faixas etárias, exceto entre as de 15 a 19, 55 a 59 e 60 anos e mais, tendo a faixa etária idosa (60 anos ou mais) o maior aumento percentual de detecção de casos nesse período, com 24,8% de 2006 para 2015 (BRASIL, 2016b). Entre o extrato idoso, essa taxa aumentou de 6,7 casos por 100.000 habitantes em 2002, para 9,5 casos em 2013. Isso demonstra que as pessoas estão sendo infectados na terceira idade, sendo na maioria dos casos, através da atividade sexual sem proteção (BRASIL, 2006; GIRONDI *et. al.*, 2012).

Acompanhando essa realidade, outra tendência tem se revelado de forma ainda mais evidente no mundo inteiro, o envelhecimento da população. No Brasil, esse fenômeno ocorre de forma bastante acelerada, só entre os anos de 2001 a

2011, o número de idosos de 60 anos ou mais, em termos absolutos, passou de 15,5 milhões de pessoas para 23,5 milhões de pessoas. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, a participação relativa deste grupo na estrutura etária populacional aumentou de 9,0% para 12,1% no período. A participação do grupo com 80 anos ou mais de idade chegou a 1,7% da população em 2011, correspondendo a pouco mais de 3 milhões de indivíduos, incluindo dentre eles idosos octogenários, nonagenários e centenários cada vez mais expressivos em números (IBGE, 2012).

O censo demográfico de 2010 registrou no Pará um número de aproximadamente 535 mil idosos, enquanto que no censo anterior esse total perfazia um pouco mais de 178 mil, representando um acréscimo de mais de 50% de idosos no estado em 10 anos, confirmando a tendência ao envelhecimento populacional vivenciada no mundo inteiro. Na cidade de Belém, o censo mostra que existem cerca de 130 mil pessoas idosas, distribuídas por faixa etária aproximadamente da seguinte forma: 42 mil idosos entre 60 e 64 anos, 31 mil entre 65 e 69 anos, 23 mil entre 70 e 74 anos, 15,5 mil entre 75 e 79 anos e 18 mil idosos acima de 80 anos de idade (IBGE, 2010).

A expectativa de vida do brasileiro no ano de 2013 registrava 74,9 anos para ambos os sexos, representando um acréscimo de 3 meses e 25 dias em relação ao que havia sido estimado para o ano de 2012 de 74,6 anos (IBGE, 2014). Essa longevidade vem representando um dos fatores que estimula o prolongamento da vida sexual na terceira idade, sendo a evolução tecnológica, principalmente das indústrias farmacêuticas que lançam a cada ano um verdadeiro arsenal medicamentoso para disfunção erétil e reposição hormonal, bem como lubrificantes vaginais e outros, facilitadores da prática sexual. Em decorrência disso, o idoso vem adquirindo novas experiências no que tange a sua sexualidade, sendo uma delas o sexo. Segundo Vieira (2012), a sexualidade entre os idosos é fisiologicamente possível, emocional e afetivamente enriquecedora, visto fortalecer a importância do carinho, do apego, a comunicação, o companheirismo e o cuidado mútuo.

Além destes, outro fator que contribui para a manutenção da atividade sexual é o incremento de vida social, influenciado pelo constante caminho rumo ao chamado

envelhecimento ativo. O envelhecimento ativo pode ser definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (OMS, 2005). O idoso passa a ter um envolvimento maior no próprio cuidado, com vista a um protagonismo de um envelhecimento saudável e isso deveria incluir sua saúde sexual. A Organização Mundial da Saúde já trabalhava o conceito de saúde sexual desde 1975, que foi atualizado e definido como:

Um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa à sexualidade e relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais prazerosas e seguras, livres de coerção, discriminação e violência (OMS, 2006, p. 28).

Alguns direitos críticos necessários para a garantia de saúde sexual e fortemente relacionados aos direitos humanos são também relatados pela OMS (2006) tais como à “igualdade e não discriminação” e “os direito de informação, bem como da educação sexual”. Contudo, em nossa sociedade atual, pouco ou nenhum espaço tem se dado para que o idoso manifeste sua sexualidade ou para que discuta sobre assunto de forma a se munir de informação para o protagonismo de sua própria sexualidade de forma segura, livre do risco de contaminação por doenças adquiridas com a prática sexual, como a AIDS. Muito pelo contrário, socialmente, tem-se considerado o idoso como assexuado, sem desejos ou vida sexual, como se os anos lhe trouxessem uma inapetência nesse aspecto vital do desenvolvimento (VIEIRA, 2012). Essa concepção coletiva do idoso como assexuado contradiz a pesquisa realizada no estado do Mato Grosso com 165 homens e mulheres de idades entre 50 e 66 anos, dos quais aproximadamente 72 % relataram ter atividade sexual nos últimos seis meses anteriores a pesquisa (OLIVI, SANTANA, MATHIAS, 2008).

Consequentemente, esse prolongamento das práticas sexuais entre as pessoas idosas permanece na invisibilidade, distantes das iniciativas de prevenção, de diagnóstico e de assistência relacionadas às doenças de transmissão sexual. É interessante observar que mesmo diante das inúmeras estratégias do Ministério da

Saúde (MS) em trabalhar a prevenção e controle da AIDS rotineiramente, ainda são escassas e tímidas as atividades voltadas para o idoso, em comparação ao grande número de propagandas e informações para grupos específicos de jovens, homossexuais, usuários de drogas, reforçando a concepção errônea de que a AIDS não é uma doença relacionada ao idoso.

Esse equívoco é refletido na atuação dos profissionais de saúde, que acabam por ignorar a sexualidade como um aspecto humano importante e com isso, deixam de orientar o idoso sobre estratégias de prevenção do HIV/ AIDS ou mesmo, o que é mais alarmante, têm dificuldade em realizar um diagnóstico precoce dessa infecção por relacionarem os sintomas a qualquer outra patologia comum nessa faixa etária e descartarem a possibilidade de infecção pelo HIV, resultando em um diagnóstico tardio, no atraso do tratamento e na diminuição da sobrevida do idoso (JARDIM, 2012). Dessa forma, podemos até supor que os dados registrados da doença na terceira idade são subnotificados.

Os dados recentes sobre a AIDS têm demonstrado que enquanto a taxa de detecção no Brasil tem apresentado estabilização nos últimos dez anos, com uma média de 20,7 casos para cada 100 mil habitantes, a região Norte, por outro lado, é uma das regiões em que essas taxas apresentam um crescimento significativo, indo de 14,9 em 2006 para 24,0 casos/ 100 mil hab. em 2015, o que representa um aumento de 61,4%. (BRASIL, 2016b).

De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESPA), enquanto no Brasil a epidemia está estabilizada, com taxa de detecção em torno de 20,4 casos, a cada 100 mil habitantes, em 2013, no Pará essa taxa é de 23,2 casos a cada 100 mil habitantes. Entre os 100 municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes que registram maior ocorrência da doença, o Estado aparece com Marituba, em sexto lugar geral na classificação, seguido por Belém em décimo sétimo lugar, além de outras cidades como Tucuruí, Castanhal, Ananindeua, Paragominas, Bragança e Parauapebas (BELÉM, 2015). Ainda com esses números tão expressivos, poucos dados são encontrados na literatura científica sobre HIV/AIDS no Pará no contexto geral da população, o que se agrava quando trata-se de estudos na faixa etária idosa.

Sabe-se que, apesar de sua gravidade, a AIDS é uma doença evitável através de medidas preventivas que incluem dentre outras coisas, a realização de prática sexual protegida através do uso de condom (camisinha). Entretanto, a adoção dessa e de outras medidas requer conhecimento da doença, forma de transmissão e prevenção, bem como da sua gravidade. A falta de estratégia informativa para a prevenção do HIV/AIDS na terceira idade e a formação reprimida do idoso devido a concepção social errônea deste como assexuado têm contribuído com a estagnação das atividades sexuais das pessoas idosas e/ou na exposição a riscos relacionados a prática sexual, levando a uma maior vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), dentre elas o HIV (VIEIRA, 2012).

Diante do prolongamento da expectativa de vida no Brasil e conseqüentemente do aumento expressivo no número de idosos no Brasil; da AIDS rompendo fronteiras de gênero e de idade com a emergência do crescimento da doença, especialmente na região Norte e também entre a população idosa; a persistência de visão coletiva do idoso como assexuado, levando a uma sexualidade silenciosa; e dos poucos estudos, sobre o conhecimento e as atitudes relacionadas à sexualidade, torna-se imprescindível estudar esta temática, podendo contribuir para a identificação do perfil epidemiológico, do conhecimento e das vivências dos idosos sobre saúde sexual e HIV/AIDS e conseqüentemente subsidiar o desenvolvimento de ações e programas de prevenção, bem como de programas de detecção e tratamento precoce.

Segundo Lazzaroto *et. al.*(2008), a literatura tem enfatizado o conhecimento sobre HIV/aids em indivíduos jovens e profissionais da saúde; porém, há uma falta de informações relacionadas à aids em idosos. Um estudo realizado em Belém por Nascimento *et. al.* (2013), que avaliou o nível de conhecimento sobre HIV/AIDS de 310 idosos comunitários, demonstrou o baixo nível de conhecimento destes em relação ao conceito, formas de transmissão e vulnerabilidade, com destaque ao fato de que 39% consideram a AIDS uma síndrome relacionada somente a homens que fazem sexo como homens, profissionais do sexo e usuários de drogas. Contudo, as vivências dos idosos a respeito da sexualidade merecem ser exploradas, a fim de melhor identificar comportamentos de risco para infecção pelo HIV/AIDS (bem como

por outras IST), que possam guiar estratégias preventivas, visto que a educação é condição essencial na prevenção do HIV/AIDS (BRASIL, 2013b).

Além disso, considerar as vivências e experiências dos idosos sobre a sexualidade também significa contemplar o idoso de forma integral, o que é requisito indispensável na atuação do enfermeiro, que tem entre suas premissas o cuidado humano, desmistificando a idéia errônea do idoso como ser assexuado e favorecendo a atuação do enfermeiro, seja enquanto enfermeiro assistencial - investigando, detectando e cuidando do idoso - , seja enquanto educador em saúde - aconselhando o idoso a respeito de práticas sexuais seguras e saudáveis.

Dessa forma, estabeleceu-se a seguinte questão de pesquisa: Qual é o nível de conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS e como sua sexualidade é vivenciada?

1.1 Objetivo geral

Analisar como o conhecimento sobre HIV/AIDS entre as infecções sexualmente transmissíveis (IST) reflete a vivência da sexualidade dos usuários idosos de uma Unidade Básica de Saúde do município de Belém-PA.

1.2 Objetivos específicos

- Avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS dos participantes de um programa de extensão para idosos na Unidade Municipal de Saúde do Guamá- Belém.

- Explorar como os participantes de um programa de extensão para idosos na Unidade Municipal de Saúde do Guamá-Belém pensam e vivenciam sua sexualidade .

2 SUPORTE TEÓRICO

2.1 Saúde Sexual

O conceito de sexualidade é bastante complexo e multifatorial, envolvendo o sexo, a identidade sexual e as relações de gênero, o prazer, a intimidade e a reprodução (OMS, 2002). Contudo, quando tratamos de sexualidade geralmente tendemos a relacioná-la ao ato sexual ou mesmo aos órgãos genitais. É necessário entender que a atividade sexual é parte integrante da sexualidade, sem, no entanto, ser sinônimo desta (VIEIRA, 2012).

A sexualidade diz respeito a um conjunto de características humanas que se traduz nas diferentes formas de expressar a energia vital, chamada de libido pelo psicanalista Sigmund Freud, a energia pela qual se manifesta a capacidade de se ligar as pessoas, ao prazer (BRASIL, 2013b).

Freud foi pioneiro no estudo da sexualidade e foi inovador ao ampliar esse conceito e diferenciá-lo da genitalidade. Além disso, foi audacioso ao afirmar que as pessoas são dotadas de sexualidade já na infância. No livro “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, publicado em 1905, Freud propôs a ideia de uma sexualidade que surge desde os primórdios da constituição do psiquismo, sendo totalmente diferente da definição de sexualidade como instinto sexual (ou animal) com a única finalidade de reprodução, segundo o que se acreditava ou se permitia acreditar. Esses estudos foram de extrema importância por sinalizarem que a sexualidade se expressa durante toda a vida do indivíduo e que as práticas sexuais podem ser bem mais livres do que afirmavam teóricos moralistas da época (BRASIL, 2013b; VIEIRA, 2012).

Desde então vários estudiosos tendem a estudar as vivências sexuais, tais como Masters, Johnson e Kolodny (1988), pioneiros no estudo da fisiologia da resposta sexual, que acreditavam que para entender a pluralidade e multidimensões da sexualidade, é necessário conhecimento sobre a anatomia e a fisiologia sexual em seus aspectos psicológicos e sociológicos. Esses autores defendem a ideia de que os mitos culturais influenciam diretamente a expressão da sexualidade nos

grupos de crianças, idosos e aqueles que sofrem de algumas patologias ou deficiências específicas.

Todo esse caminho em defesa da sexualidade em seu sentido mais amplo foi reforçado pelos constantes esforços em busca do conceito de saúde sexual dissociado da reprodução, evidenciando a autonomização da vida sexual para as pessoas em todas as fases da sua vida (VIEIRA, 2012).

A saúde sexual é de extrema importância para a saúde física e psicológica dos indivíduos, casais e as famílias, e para o desenvolvimento socioeconômico dos países e comunidades. O conceito de saúde sexual abrange os direitos de todas as pessoas de terem conhecimento e oportunidades para buscar uma vida sexual segura e livre de ameaças (OMS, 2006)

A definição de saúde sexual tem sido desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) pelo menos desde 1974, resultando na publicação de um relatório técnico intitulado "Educação e tratamento na sexualidade humana ". Em 2000, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS realizaram várias consultas a especialistas para rever a terminologia e definir programas para alcance da saúde sexual. Entre os principais elementos conceituais sobre a saúde sexual estão (OMS, 2006):

- A saúde sexual está relacionada ao bem-estar, e não meramente a ausência de doença.
- A saúde sexual envolve respeito, segurança e liberdade de discriminação e violência.
- A saúde sexual depende do cumprimento de determinados direitos humanos.
- A saúde sexual é relevante durante toda a vida do indivíduo, não apenas para aqueles nos anos reprodutivos, mas também para os jovens e os idosos.
- A saúde sexual é expressa através de diversas formas de sexualidade e expressão sexual.
- A saúde sexual é criticamente influenciada por normas culturais de gênero, da definição de papéis, das expectativas e as dinâmicas de poder.
- A saúde sexual precisa ser entendida dentro de contextos sociais, econômicos e políticos específicos.

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou o conceito de saúde sexual como:

[...] a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos 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 autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e 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 (BRASIL, p. 15, 2013).

O direito a saúde sexual já é reconhecido em leis nacionais e documentos internacionais, representando uma luta histórica em busca dos direitos humanos. O direito sexual encontra-se atrelado ao de direito reprodutivo, estando relacionados a oito dos Objetivos do Milênio da Organização das Nações Unidas (ONU): a promoção da igualdade entre os sexos, e a autonomia das mulheres a melhoria da saúde materna, o combate ao HIV/ AIDS, malária e outras doenças, e a redução da mortalidade infantil. No Brasil, o Pacto pela Saúde (2006) também tem entre suas prioridades algumas que fazem referência ao direito à saúde sexual e reprodutiva: redução da mortalidade materna controle do câncer de colo de útero e da mama, saúde do idoso, promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2013b).

Segundo o mesmo autor, encontram-se entre os direitos sexuais:

- O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições, e com total respeito pelo corpo do(a) parceiro(a).
- O direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual.
- O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- O direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual.

- O direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade.
- O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução.
- O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e AIDS;
- O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação;
- O direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Dessa forma, vários avanços têm sido feito no sentido da autonomização da vida sexual e da importância para a realização e o bem-estar dos indivíduos durante toda a vida. Contudo, sabe-se que a sexualidade na maturidade é um tema recoberto de preconceitos e tabus, devido a construção social do idoso como assexuado. Ainda que a vivência da sexualidade seja modificada com o tempo, esta faz parte de todas as etapas da vida e sua expressão saudável é fundamental para a felicidade e realização do ser humano (BRASIL, 2013b).

Até recentemente acreditava-se que por volta dos 50 anos o declínio da função sexual era inevitável devido a menopausa feminina e a disfunção erétil progressiva masculina (VASCONCELOS *et. al.*, 2004). A crença de que o avanço da idade e o declínio da atividade sexual estejam ligados é errônea e de certa forma responsável pela compreensão acerca da sexualidade, considerada uma das atividades mais fortemente associadas a satisfação com a vida para os indivíduos (VIEIRA, 2012).

[...] o desconhecimento, o preconceito e a discriminação podem fazer com que o comportamento sexual na terceira idade seja visto como inadequado, imoral ou anormal, por vezes até pelos próprios idosos, que podem experimentar um sentimento de culpa ou de vergonha (BRASIL, 2013b, p.68).

Para compreender a problemática da sexualidade na terceira idade é necessário entender os fatores básicos que afetam o comportamento e a resposta sexual em qualquer idade (VASCONCELOS *et. al.*, 2004):

a) Saúde física: a doença pode reduzir ou impedir o interesse pela sexualidade em qualquer idade e já que a maioria dos idosos possui doenças associadas, a crença na progressiva disfunção sexual tem se fortalecido. Contudo, o constante movimento em busca do envelhecimento saudável e ativo tem alterado este estereótipo do idoso frágil, doente e assexuado. Master e Johnson (1970) provaram que raramente o equipamento sexual se deteriora no envelhecimento normal, impedindo os adultos maduros ou idosos de permanecer sexualmente ativos enquanto tiverem saúde.

b) Preconceitos sociais: o envelhecimento é um processo biopsicossocial, caracterizado por mudanças fisiológicas, psicológicas e nos papéis sociais. Ainda que o processo de envelhecimento seja heterogêneo, ou seja, vivenciado de diferentes formas para os indivíduos, o que se sabe é que a experiência é amplamente influenciada pela ideologia cultural. A crença na progressiva e generalizada incompetência assim como a impotência sexual dos idosos faz parte intrínseca destes estereótipos. Os indivíduos idosos enfrentam dificuldades para preservar a identidade pessoal e a integridade de alguns papéis e funções, sobretudo aqueles relativos a sexualidade que a sociedade atentamente vigia e sanciona.

c) Autoestima: na sociedade atual, os valores culturais orientados para a juventude, no culto ao novo, tendem a depreciar os idosos em relação a sua aptidão e atração sexual, particularmente mulheres. Pessoas dessa faixa etária são estimuladas a também aposentar-se do terreno sexual, podendo as iniciativas levar a um grande risco de desapontamento e frustração. Além disso, toda a manifestação de sensualidade pode ser rapidamente associada a suspeita de demência senil e temendo esse estereótipo, os idosos tendem a recalcar sua sexualidade ou simplesmente sentem-se forçados a suprimi-la conscientemente.

d) Conhecimento sobre a sexualidade: a falta de compreensão a respeito das mudanças fisiológicas ocorridas no processo de envelhecimento faz com que, segundo Master e Johnson (1970), estas mudanças sejam percebidas como sintomas de impotência, levando com que muitos idosos deixem de ter relações sexuais pelo medo da frustração em não conseguir uma ereção por exemplo.

e) Status conjugal: a regularidade das relações sexuais entre os idosos está muito ligada à oportunidade representada pela situação conjugal. Demograficamente é inquestionável a diferença entre a proporção de mulheres e homens na faixa etária idosa e que se acentua ainda mais com o avançar da idade, tendo como consequência a limitação de relações sexualizadas, principalmente para as mulheres. Contudo, a falta de um parceiro disponível pode explicar o abandono de relações sexuais, mas não explica a renúncia a interesses e comportamentos sexuais, fato que ocorre frequentemente mesmo entre idosos casados.

Estes cinco fatores básicos sobre a sexualidade humana, com o passar do tempo, passam a pesar mais sobre o indivíduo, influenciando cada vez mais e até restringindo suas escolhas pessoais.

É preciso que o envelhecimento seja compreendido não como uma decadência, ou etapa final da vida, mas como uma sequência, como mais uma etapa da vida, tendo suas características e peculiaridades. Os idosos, nesse processo, necessitam aceitar e entender as alterações advindas com o processo de envelhecimento e mais do que isso, manter a autoestima, a vaidade e o amor próprio da mesma forma que nos anos anteriores. A sexualidade, por ser um fenômeno também psíquico, é uma conduta humana, uma forma privilegiada de comunicação entre as pessoas e negá-la ao idoso equivale a privá-lo de uma fonte de relação e comunicação extremamente rica (VIEIRA, 2012).

Dessa forma, é de extrema importância que a sexualidade seja discutida com os idosos e estimulada, com uma prática saudável e sem estigmas, para que contribua para uma vida autônoma e em plenitude dessa população, promovendo satisfação, bem-estar e contribuindo com a manutenção da saúde.

2.2 Sexualidade: uma necessidade humana básica e a enfermagem

A sexualidade é descrita como uma necessidade humana básica por uma das mais antigas estudiosas na área da enfermagem, Wanda Horta. A autora definiu as Necessidades Humanas Básicas como “estados de tensões, conscientes ou inconscientes, resultantes de desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais”

(1979, p. 39). Horta inspirou-se nos estudos do psicólogo americano Abraham H. Maslow, estudioso do comportamento humano que descreveu a Teoria da Motivação Humana (MASLOW, 1943;1954).

Maslow (1954) estabeleceu que o indivíduo é motivado não por escolhas conscientes (desejos), mas por motivos relacionados a finalidades (necessidades) e atrelados à cultura, contudo ele sinaliza uma ordem para essas necessidades, para ele “[...] os desejos conscientes, específicos, locais e culturais não são tão importantes na teoria da motivação quanto os objetivos mais básicos e inconscientes” (MASLOW, 1943). Além disso, o autor descreve o indivíduo como um todo integrado e organizado e que por isso, não se pode falar da motivação de um órgão, mas sim da motivação da pessoa com um todo. Maslow (1954, p.294) ainda propôs a existência de comportamento não motivado. Contudo, a motivação, segundo o autor, está sempre associada a uma finalidade, a um propósito ou objetivo e esse propósito incomoda (motiva) a pessoa até que seja atingido. Uma necessidade é, portanto, algo do mundo interior do indivíduo cuja privação a mobiliza e cuja gratificação, mesmo que parcial, possibilita o emergir de uma nova necessidade (SAMPAIO, 2009).

As necessidades humanas estão integradas entre si e muito influenciadas pela cultura e encontram-se classificadas em ordem de preponderância, sendo classificadas da seguinte forma (MASLOW, 1954, p.80):

- **Necessidades fisiológicas** - relaciona os impulsos (desejos), somados da dinâmica da homeostase;

- **Necessidades de segurança** - a busca de estabilidade, entendimento e controle dos padrões de mudança do ambiente no qual a pessoa se encontra;

- **Necessidades de pertença e amor** – relacionadas ao compartilhamento de afeto com pessoas em um círculo de amizade e intimidade. Ainda que a sexualidade possa ser entendida nesse contexto, o conceito de amor não se reduz a esfera da sexualidade. O comportamento sexual é multideterminado e pode ser focado na ótica das necessidades fisiológicas;

- **Necessidades de estima** - compreendem a imagem que a pessoa tem de si (autoestima ou autorrespeito) e o desejo de obter a estima dos outros;

• **Necessidades de autorrealização ou autoatualização** – relacionados a ideia de que as pessoas têm um potencial interno que necessita tornar-se ato.

Horta, quando descreve a Teoria das Necessidades Humanas, adota uma classificação diferente, em três áreas: necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais, sendo as duas primeiras áreas comuns a todos os seres vivos e a terceira uma característica única dos seres humanos (HORTA, 1979).

Maslow (1954) afirmou que um indivíduo só consegue ou passa a se preocupar em satisfazer as necessidades de nível seguinte após um mínimo de satisfação das anteriores. Horta (1979) não estabelece uma ordem para as necessidades, mas acredita que estas estão interligadas, seja de forma mais íntima ou não, mas todas as necessidades sofrem alteração em menor ou maior intensidade quando qualquer necessidade se manifesta. Em ambas as teorias, conseqüentemente, é possível supor que quando a necessidade de sexualidade não é minimamente sanada, outras necessidades tais como estima e auto-realização ficam comprometidas. É necessário observar que a sexualidade é um prazer, sendo dessa forma essência para o bem-estar, colaborando com a saúde e em especial para a saúde mental.

Contudo, observa-se que a necessidade de sexualidade é muitas vezes renegada entre as necessidades fisiológicas do ser humano. Isso em muito se deve ao conceito minimizado de sexualidade que o confunde com o conceito de genitalidade e também pode estar relacionada a influência cultural herdada e arraigada no senso coletivo onde toda e qualquer manifestação da sexualidade acaba por ser reprimida, sobretudo entre os idosos.

Atender a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006, em consonância com a Política do Envelhecimento Ativo (OMS, 2005), ou seja, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, tem sido alvo de toda ação de saúde. Com essa compreensão, ganha importância para a auto-estima e o bem-estar da pessoa idosa a promoção da saúde sexual (BRASIL, 2013b).

A enfermagem que tem como premissa o cuidado integral ao ser humano deve contemplar todas essas necessidades. Para Horta, a enfermagem deve ser vista como:

[...] a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (HORTA, 1979, p.29).

Contudo, o conhecimento do ser humano a respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber, sendo dessa forma necessária ajuda profissional (HORTA, 1979).

Sendo então imprescindível o papel do enfermeiro como educador em saúde no ensino e resgate do idoso enquanto cidadão ativo, participante de seu processo de cuidado, tendo em vista que o fazer Educação em Saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde, não entendido somente como transmissão de conteúdos, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem autonomia dos sujeitos na condução de sua vida (PEREIRA, 2003).

Vale lembrar que as atitudes a respeito da sexualidade relacionam-se a vários princípios como cultura, religião e educação, valores estes que influenciam o desenvolvimento sexual, sua vivência e a maneira de lidar com ele durante toda a vida. Além disso, é conhecida a influência do gênero nas atitudes sexuais, onde o contexto político, social e econômico sabidamente contribue para orientar o que é ser homem e o que é ser mulher e onde as relações de gênero ainda são desiguais, o que se intensifica quando trata-se de gerações mais velhas, onde resiste mais fortemente a relação de poder masculino (BRASIL, 2013b).

Dessa forma, no processo de construção permanente de educação e de modificação de atitudes relativas a sexualidade, é imprescindível a construção de parcerias igualitárias entre homens e mulheres, baseado no respeito entre os parceiros e em responsabilidades compartilhadas.

A sexualidade é uma necessidade humana básica do ser humano, mas que somente é satisfeita a dois, onde em alguns casos o casal não é formado de homens e mulheres. Independente da opção sexual é de extrema relevância a cumplicidade dos parceiros na manutenção da saúde de ambos pela negociação da

adoção de práticas sexuais seguras e pelo uso de métodos preventivo de Infecções Sexualmente Transmissíveis tal como o HIV/AIDS (AVIZ, 2013).

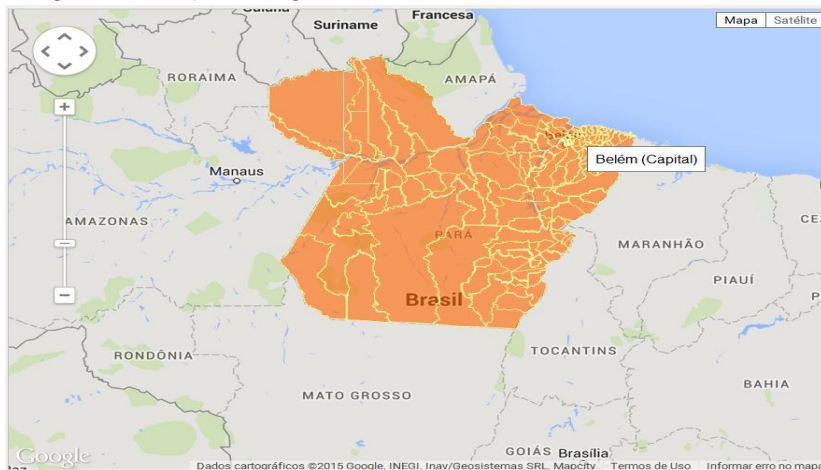
Logo, o enfermeiro deve considerar todos os aspectos relativos à sexualidade, incluindo as relações de gênero e até mesmo os diversos tipos de relações, objetivando oferecer um cuidado educativo em vista da educação sexual e da oportunidade de atendimento a sexualidade em seu conceito mais amplo para atingir a integralidade do cuidado humano.

3 METODOLOGIA

3.1 Contexto do estudo

Belém é a capital do estado do Pará (Figura 1), possui 1.393.399 habitantes em uma área da unidade territorial de 1.059,46 km², densidade demográfica igual a 1.315,3 hab/km² e um PIB igual a 20.557.946 (IBGE, 2010).

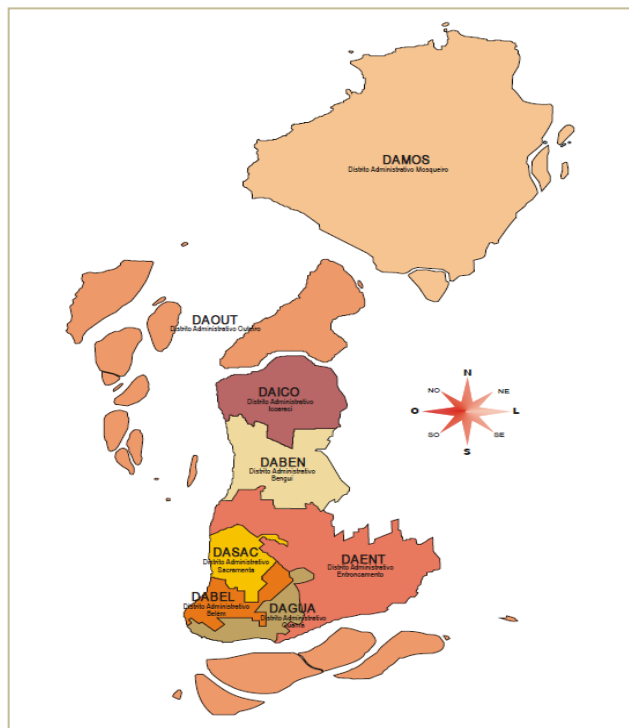
Figura 1- Mapa Geográfico do estado do Pará, Brasil.



Fonte: IBGE (2010).

O município de Belém possui 71 bairros, distribuídos em 8 distritos, que contam com uma população de aproximadamente 130.000 idosos residentes (Figura 2).

Figura 2- Distritos Administrativos do Município de Belém, Pará.



Fonte: Prefeitura de Belém, 2010.

Dos 8 distritos administrativos, o que possui o maior número absolutos de idosos é o Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), com uma população de 36.530 idosos, sendo o bairro mais populoso o do Guamá, contando com uma população de 8.784 idosos (IBGE, 2010).

Figura 03- Mapa Geográfico do distrito Administrativo do Guamá- DAGUA, Belém, Pará.



Fonte: <http://geocartografiadigital.blogspot.com.br/2013/05/cartografia-dos-distritos.html>

Dessa forma, optou-se pela realização do estudo no bairro do Guamá, um bairro que conta com uma população de um grande número de invasões e é marcado pela pobreza e pela violência urbana.

O estudo foi realizado na Unidade Municipal de Saúde (UMS) do Guamá, por ser a unidade de saúde do bairro com o maior número de matrículas, contando com cerca de 25.300 usuários matriculados e por ser campo de ensino dos cursos da área da Saúde, incluindo o curso de enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). A UMS atende a várias especialidades médicas tais como clínica geral, pediatria, ginecologia, dermatologia e pneumologia e oferece aos usuários os programas de diagnóstico e tratamento de tuberculose e hanseníase, programa de saúde mental; pré-natal e saúde da criança, controle do tabagismo, e ainda o

Programa Hiperdia, para o atendimento dos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

Na UMS do Guamá funciona, entre outros programas para idosos, um projeto de extensão da Universidade Federal do Pará (UFPA), contando com um número flutuante em torno de 50 idosos que desenvolvem atividades educacionais de vida e saúde e socioculturais, reunindo-se uma vez a cada mês, no âmbito da Unidade.

3.2 Entrada no campo

A sexualidade é um tema que por si só já está envolto em uma série de estigmas e quando nos referimos à sexualidade do idoso, torna-se ainda mais complexo discutir esse assunto. Por isso a entrada prévia no campo foi imprescindível para estabelecer relações cordiais entre as pesquisadoras e os potenciais participantes do estudo. Segundo Minayo (2013) o estabelecimento do primeiro contato merece cuidados, visto possibilitar uma rede de relações, correções iniciais estratégicas de coleta de dados e produção de uma agenda e cronograma de atividades no campo.

Optou-se por estabelecer uma interação prévia entre a pesquisadora e sua equipe, que integra alunos de enfermagem, e os possíveis idosos participantes do estudo, que se encontram presentes na desenvolvendo várias atividades de extensão, além de estarem recebendo atenção específica de saúde. Tal imersão prévia no campo serviu para reconhecer o contexto cultural do estudo; o escopo, organização e infraestrutura logística da Unidade e serviços oferecidos aos seus usuários. Na oportunidade, foram também convidados os idosos a participar do estudo em questão, explicando-lhes, um por um, detalhes do estudo, seus propósitos e requisitos para participação. Desse convite e aceite prévio, formou-se uma lista de idosos e idosas que foram posteriormente abordados para participação, propriamente dita, no estudo.

3.3 Tipo de estudo e métodos de coleta de dados

Para encontrar resposta à questão de pesquisa optou-se pela abordagem da investigação avaliativa, adotando-se a triangulação de métodos (DRIESSNACK; SOUZA; MENDES, 2007), pois permitiu coleta de dados por vários meios no estudo de um mesmo fenômeno.

Para atingir o primeiro objetivo de avaliar o conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS aplicou-se o Questionário sobre HIV para a Terceira Idade - QHIV3I. Já para atender ao segundo objetivo de explorar como pensam e vivenciam os idosos quanto à sua sexualidade, adotou-se a técnica do grupo focal, aplicando-se em dois grupos separados, um de homens e outro de mulheres.

O QHIV3I (Anexo 3), construído e validado por Lazzaroto *et al.* (2008) e adaptado por Nascimento *et al.* (2013), é um questionário composto de 14 questões distribuídas em 6 domínios: conceito, transmissão, prevenção, vulnerabilidade e tratamento. Compõe-se cada questão de frase afirmativa, cuja resposta deve ser dada como *verdadeiro*, *falso* ou *não sei*. A adaptação feita por Nascimento *et al.* (2013) ao QHIV3I original é semântica, ou seja, uma adaptação ao linguajar local da região norte, como: a substituição do termo mosquito por “carapanã”, homossexualismo masculino por homens gays e cuia do chimarrão por copo.

A técnica do Grupo Focal consiste de grupo de discussão planejado onde os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sobre um tema em particular em um ambiente permissivo e não-constrangedor, facilitador de formação de ideias novas e originais, e discussão em profundidade de tema proposto (DALL’AGNOL; TRENCH, 1999; WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; RESSEL *et. al.*, 2008). Utilizar a técnica do grupo focal propicia ainda explorar temas delicados, possibilitando descontração para que os participantes respondam às questões em grupo, em vez de individualmente e ainda oportuniza entender como os fatos são censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal e como isto se relaciona a comunicação de pares e às normas grupais (RESSEL *et. al.*, 2008).

A aplicação intencional em dois grupos, um formado apenas de homens e outro de mulheres foi a opção, visto que Dall’Agnol e Trench (1999) afirmam que os

participantes do estudo devem ter pelo menos um traço comum importante para o estudo. Investigações afetadas pelos estereótipos de gênero merecem essa divisão, o que é reforçado em experiências de pesquisas anteriores que demonstraram a dificuldade em discutir sexualidade em grupos formados por ambos os sexos (MENDES, 2015; GOES, 2014).

3.4 Seleção dos participantes do estudo

Foram selecionados idosos (60 e mais anos), participantes do Projeto de Extensão Universitária para idosos, em funcionamento no âmbito da UMS de Guamá, formando intencionalmente uma amostra composta de 15 homens e 15 mulheres.

A listagem feita, de possíveis idosos participantes do estudo, durante as visitas prévias da equipe de pesquisa na UMS quando das atividades de extensão, foi acionada convidando cada idoso a responder ao MEEM (ANEXO 1) a fim de constituir definitivamente a amostra, com aqueles que se identificarem aptos cognitivamente para participar do estudo, e ir selecionando intencionalmente até conseguir 15 homens e 15 mulheres. Essa seleção deveu-se à intenção de se formar grupo de homens e grupo de mulheres para a aplicação da técnica do grupo focal .

Os critérios de inclusão foram, portanto: serem idosos de 60 anos ou mais, participantes do programa de extensão universitária da UBS do Guamá e obtenção de escore do MEEM que ateste aptidão cognitiva para participar do estudo.

Os critérios de exclusão são a situação contrária a definida para inclusão. Além disso, foram excluídos idosos que não possuíam contato telefônico ou outro meio para comunicação e os que alegaram impossibilidade de assiduidade e/ou pontualidade, para garantia de participação nos grupos focais.

3.5 Obtenção de dados pelo QHIV3I e sua análise

A avaliação do conhecimento em relação ao HIV/AIDS, deu-se pela aplicação de modo assistido do QHIV3I (Anexo 2). Ao final desse questionário, a pesquisadora incluiu algumas questões adicionais, por julgar serem Dados

complementares: AIDS como castigo divino, o conhecimento de alguma pessoa infectada pelo HIV, a utilização de preservativo e a realização de teste anti-HIV.

Também, para obter dados de identificação dos idosos, principalmente dados sociodemográficos e de condições de vida e saúde, foram aproveitados alguns itens da Caderneta do Idoso – versão 2014 (Anexo 3), a saber: dados pessoais (idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, raça/cor, religião), informações sociais e familiares, avaliação da pessoa idosa (medicamentos usados, diagnósticos e internações prévias) e hábitos de vida.

Esses dados levantados de uma única vez, sob forma de questionamento, foram tratados e analisados pela estatística descritiva simples de frequência e comparados aos de outros estudos de levantamento semelhante que utilizam o QHIV3I de Lazzaroto *et al.* (2008), realizado em nosso meio. Como também subsidiaram a discussão dos resultados chegados das informações emergidas nos encontros do grupo focal.

3.6 Procedimentos para a realização do grupo focal

Para explorar como os idosos pensam e vivenciam sua sexualidade foram formados dois grupos, um de homens e outro de mulheres, para se aplicar a técnica do Grupo Focal (GF).

3.6.1 Seleção dos participantes para formação de grupos

Os idosos foram reconvidados entre aqueles que já participaram respondendo ao questionamento anterior sobre conhecimentos.

Dall’Agnol e Trench (1999) recomendam que o total de participantes em cada grupo varie entre de 6 a 15 participantes, por entender que neste estudo pretende-se tanto oportunizar a emergência de novas ideias a respeito do tema, quanto o aprofundamento dessas ideias. Como também propiciar a emergência de posições próprias de especificidade de cada gênero. Contudo, discutir o tema sexualidade tem demonstrado ser uma tarefa difícil, especialmente entre os idosos, onde o tema

culturalmente fica para segundo plano. Entre os homens idosos, pleitear a presença em um grupo de discussão por si só já é complicado, visto o afastamento dos homens dos serviços de saúde, relacionado muitas vezes à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Solicitar a presença em grupo de discussão sobre sexualidade torna-se ainda mais desafiador, em virtude da visão machista sobre sexualidade e suas diferentes possibilidades para o homem e a mulher na velhice, vendo o homem como suficientemente instruído e satisfeito com suas vivências sexuais e não necessitando de aprendizados ou mudanças de atitudes (FIGUEIREDO, 2005; ARDUINI; SANTOS, 2013).

Dessa forma, neste estudo, em um dos encontros com o grupo de homens somente três idosos compareceram, ainda que obtida a confirmação de presença de outros deles. Contudo, ainda que Dall’Agnol e Trench (1999) recomendem um número mínimo de 6 participantes em cada grupo, Barbour (2009) descreve que fazer um grupo focal com um grupo mínimo de três a quatro participantes é “perfeitamente possível”, sendo preferível para alguns tópicos que abordam experiências pessoais e diferentes perspectivas, garantindo a participação de todos.

3.6.2 Conduta operacional da equipe de pesquisa

Para a execução da técnica do grupo focal, a equipe de pesquisa foi composta de no mínimo de três pessoas. A mestranda pesquisadora foi a moderadora, visto conhecer o tema e o roteiro do debate, sendo responsável pela condução dos procedimentos do grupo focal facilitando o debate, motivando todos os participantes para o debate vivo. As outras duas foram observadores, sendo um deles também o relator incumbido de registrar tanto as falas - identificando-as, associando-as aos motivos que as incitaram a idéias nelas contidas, quanto a linguagem não-verbal dos participantes - pausas, gestos, expressões faciais - sendo também responsável por registrar o decorrer do debate -problemas e dificuldades encontradas por exemplo -. Todo esse registro foi feito em um diário de campo. Outro observador foi o operador da gravação e filmagem integral dos debates ocorridos em cada encontro, atentando para o adequado funcionamento dos gravadores. Ambos os observadores auxiliaram

na garantia da participação de todos os presentes e preservando todos os detalhes do debate (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

3.6.3 Estratégias de funcionamento dos encontros de grupo focal

Para o funcionamento do grupo focal, inicialmente havia se pensado na realização de pelo menos três encontros sequenciais de cada grupo formado: em dia, hora e local combinados previamente e reconfirmados com cada participante no dia anterior aos encontros, por via telefônica. Contudo, foi observado durante o desenvolvimento dos encontros que o tema já havia sido discutido até o esgotamento e as ideias apresentadas deixavam de ser novas, portanto, sinalizando não haver necessidade de um terceiro encontro com cada grupo.

Dessa forma, foram realizados dois encontros seqüenciais com cada grupo, com a duração de 2 horas, considerando o período de aquecimento para atingir bom nível de interação, o período de debate, a pausa para o lanche e o encerramento, garantindo espaço para que todos os participantes possam debater o tema em discussão e auto avaliação do grupo a cerca do desempenho no encontro, para que a moderadora possa sintetizar as idéias debatidas e finalizar confirmando o próximo encontro. O local do encontro foi agradável, confortável, acolhedor e ainda ofereceu privacidade necessária para a realização do grupo focal, ainda que este local tenha variado entre o desenvolvimento dos encontros (RESSEL *et. al.*, 2008; CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Os encontros giraram em torno do tema central: sexualidade e HIV na terceira idade. Contudo, cada encontro focalizou um aspecto do tema e teve uma técnica própria de estímulo para conferir dinamicidade, mobilização e descontração dos participantes, favorecendo a discussão da temática. Além disso, a moderadora seguiu um roteiro de debate com resumo dos propósitos e das questões a serem tratadas, bem como em um esquema norteador de cada encontro (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Primeiro Encontro – Falando sobre sexualidade na terceira idade: a relação sexual e as Infecções Sexualmente Transmissíveis

Neste primeiro encontro, ambos os grupos de idosos, homens e mulheres, foram acolhidos e se sentaram em cadeiras colocadas em círculo. Cada idoso foi convidado a apresentar-se brevemente, seguido da apresentação da equipe de pesquisa (papel do moderador e dos observadores) e dos propósitos do estudo. Após a apresentação, foram estabelecidos alguns acordos que configuram o *setting* (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999), que se trata de um compromisso entre os envolvidos com o funcionamento do grupo, estando incluída a pontualidade, a assiduidade, o respeito à fala do outro e o sigilo das informações relatadas no grupo, caracterizando um compromisso ético grupal. Os idosos participantes foram ainda orientados quanto ao funcionamento do grupo e o seu papel no debate que ocorrerá dentro do grupo.

Como técnica de estímulo para a abertura da discussão, os idosos receberam, cada um quebra-cabeça de uma imagem de um casal idoso abraçado em uma cama e foram estimulados a responder a seguinte questão: **O que essa imagem representa para você?**

A partir da manifestação de todos os participantes e discussões, novas questões derivadas foram levantadas, estimulando o aprofundamento do debate, tais como: **É normal um casal de idoso namorar? Para vocês é possível ter sexo quando se é idoso? Como é o sexo quando somos idosos? Conhecem o que são Infecções Sexualmente Transmissíveis? Quais delas já ouviram falar? Qual a relação das IST com os Idosos? Que atitudes eles utilizam para evitar IST?**

Ao final do encontro, foi realizada coletivamente uma síntese da reunião e uma avaliação do grupo pelos próprios idosos participantes. Optou-se por realizar um lanche para os idosos no final do encontro, evitando quebra de raciocínio e da discussão entre os idosos. Encerrou-se reafirmando data, local e horário do próximo encontro.

Segundo Encontro: Falando sobre AIDS

Iniciou-se o encontro pela moderadora agradecendo a presença e trazendo uma síntese da sessão anterior. Como estímulo para retomar o debate, foram utilizadas estratégias diferentes entre os grupos de idosos e o de idosas.

No grupo de idosas, foram utilizados balões com perguntas dentro que circularam entre as idosas. No final, cada uma ficou com um balão e em sua vez, lia a pergunta alto para que as outras pudessem escutar e então respondia, abrindo espaço para a discussão com as demais. Dessa forma, todas seriam estimuladas a entrar na conversa. As perguntas utilizadas foram: **O que é AIDS? O que causa a AIDS? Como se pega a AIDS? AIDS tem tratamento? AIDS tem cura? AIDS mata? Qual a relação da AIDS com os idosos? Qual a principal forma do idoso pegar AIDS?**

Já entre o grupo dos idosos, houve a necessidade de contextualizar melhor a discussão, para evitar desvios que foram freqüentes no encontro anterior. Dessa forma, optou-se por trazer situações reais ou fictícias para avaliação e discussão dos idosos. As situações apresentadas foram: **1ª situação- a parceira resolve dizer que somente fará sexo com camisinha; 2ª situação- uma mulher descobre que está com uma Infecção Sexualmente Transmissível e fica chateada com o parceiro; 3ª situação: um casal de idosos se separa, o idoso namora uma mulher mais nova e a idosa namora um homem mais novo; 4ª situação: o número de idosos com AIDS cresce no Brasil.**

Em ambos os grupos, além das perguntas e situações expressas, outras questões foram levantadas derivadas do debate, como também questões de subtemas emergidas do próprio grupo.

Da mesma forma que no primeiro encontro, nos dois grupos este terminou com uma síntese do debate, o qual foi avaliado pelos participantes. Ao final realizou-se um lanche com os idosos e a entrega de brindes em agradecimento à participação destes nesse estudo. Além disso, foi firmado o compromisso da pesquisadora em comunicar a divulgação dos resultados, principalmente da apresentação e sustentação da dissertação na PPGENF/UFGA, quando todos os idosos participantes estão de antemão convidados.

3.6.4 Procedimentos de análise dos dados e interpretação dos resultados.

A análise dos dados foi iniciada concomitantemente com o processo de obtenção dos dados como é habitual em pesquisa qualitativa.

A técnica da Análise Temática de Conteúdo foi adotada. A análise de conteúdo segundo Minayo (2013) é definida como uma técnica de análise que permite tornar replicável e válida a inferência sobre dados de um determinado contexto, com a descrição objetiva, sistemática do conteúdo manifesto das comunicações, passível de interpretação.

Esse tipo de análise relaciona-se a descoberta de núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objeto analítico visado. Após a transcrição das gravações dos encontros grupais, e observação das filmagens, esses dados foram analisados através de três etapas (MINAYO, 2013):

Pré- Análise: as transcrições, bem como os registros no diário de campo e as filmagens constituíram o *corpus* da pesquisa. Do material escrito, o pesquisador fez uma leitura flutuante, devendo entrar em contato direto e intenso com esse material reunido para impregnar-se do conteúdo e fazer uma retomada dos objetivos da pesquisa a fim de aproximar-se do significado do material. Na constituição do *corpus*, verificou-se o conteúdo do material estudado e se este contém os requisitos de validade qualitativa: homogeneidade, exaustividade, representatividade e pertinência. Na oportunidade de um terceiro momento, as hipóteses de pesquisa ou as pressuposições foram reformuladas a partir do conteúdo do material analisado, a fim de corrigir os rumos interpretativos ou a abertura para novas indagações. Neste momento, foram determinadas a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação a serem orientados pelo conceito teórico de saúde sexual e pelo entendimento dos elementos conceituais da mesma.

Exploração do material: é a etapa em que se realizou a classificação do material em núcleo de compreensão, através da redução do conteúdo do material em categorias, ou seja, em expressões ou palavras que deverão traduzir o conteúdo do material analisado.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: já nesta etapa, as categorias emergidas, que representam núcleos de sentido ou significado, sofreram inferências e interpretações do pesquisador que fez inter-relações com o referencial teórico ou mesmo demonstrou novas dimensões teóricas e interpretativas.

3.7 Procedimentos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos

O projeto obedece todos os princípios da pesquisa envolvendo seres humanos, contemplando as diretrizes da Resolução 466/12, mediante a submissão do projeto à aprovação Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA). Em observância a autonomia dos indivíduos, a participação na pesquisa foi realizada após a explicação detalhada dos propósitos da pesquisa e obtenção da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE A), o qual foi escrito com linguagem de fácil entendimento e contém informações esclarecedoras sobre a pesquisa, sua importância para benefício futuro de atenção ao usuário idoso e, solicitação de participação, autorização para a gravação de discussão nos encontros de grupo focal.

3.8 Riscos e benefícios do estudo

É sabido que todo estudo com seres humanos envolve riscos variados. O presente estudo implica em riscos para os participantes relacionados à quebra do anonimato destes. A fim de impedir tal ocorrência, os questionários foram identificados por números e os pesquisadores esclareceram que as informações relatadas no protocolo são de uso exclusivamente científico e que a participação é voluntária, podendo o participantes revogarem seu aceite de participação em

qualquer momento da pesquisa. Além disso, as falas dos participantes da pesquisa foram identificadas não com seus nomes, mas com pseudônimos, sendo escolhidos pelo autor nomes indígenas em consonância com a personalidade dos participantes e com a pesquisa de contexto amazônico.

Este estudo não oferece riscos de saúde, visto que este não é de caráter experimental e que seus objetivos envolvem identificar conhecimentos e atitudes dos pesquisados através de suas falas e comportamentos. Além disto, será desenvolvido em local reservado e horário previamente agendado e combinado com os participantes.

Os resultados desta pesquisa trarão benefícios para a sociedade, visando a melhoria do serviço oferecido à população idosa, contemplando o idoso em sua completude. Os benefícios para a pesquisadora incluem a aprendizagem e expansão nas áreas de saúde sexual do idoso, ampliando o olhar ao idoso de forma integral. Para a comunidade científica, o estudo poderá gerar novas publicações, estimular novas pesquisas que envolvam o tema abordado, enriquecendo os conhecimentos sobre o assunto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se inicialmente uma avaliação das condições sociais e de saúde dos idosos participantes da pesquisa, obtidos dos dados da Caderneta de Saúde do Idoso- versão 2014 (Anexo 3). Em seguida, são expressos os resultados e discussão do primeiro objetivo desse estudo, obtido através da aplicação do QHIV3I entre os idosos participantes. Após isso, são descritos os resultados e discussão do segundo objetivo da pesquisa, realizado através da estratégia do grupo focal e sua interpretação a partir do conceito de Saúde Sexual, seus elementos conceituais e os fatores que afetam a sexualidade em qualquer idade. Por último, foi realizada uma relação entre os resultados.

4.1 Condições sociais e de saúde dos idosos

As condições sociais dos idosos participantes da pesquisa, obtidas dos dados da Caderneta de Saúde do Idoso, estão expressas na Tabela 1.

Tabela 1- Variáveis sociodemográficas e de condições de vida, segundo sexo, dos idosos usuários da UMS do Guamá, Belém/Pará, 2016.

	Idosos (n15)		Idosas (n15)		Total (n30)	
	n	%	n	%	n	%
Idade						
60 a 64 anos	1	6,7	4	26,7	5	16,7
65 a 69 anos	4	26,7	5	33,3	9	30,0
70 a 74 anos	5	33,3	3	20,0	8	26,7
75 a 79 anos	3	20,0	0	0,0	3	10,0
80 ou mais anos	2	13,3	3	20,0	5	16,7
Escolaridade						
Nenhuma	1	6,7	2	13,3	3	10,0
1 a 3 anos	7	46,7	1	6,7	8	26,7
4 a 7 anos	5	33,3	10	66,7	15	50,0
8 ou mais anos	2	13,3	2	13,3	4	13,3
Raça						
Branca	2	13,3	3	20,0	5	16,7
Preta	5	33,3	4	26,7	9	30,0
Parda	8	53,3	7	46,7	15	50,0
Amarela	0	0,0	1	6,7	1	3,3

Religião						
Católica	14	93,3	14	93,3	28	93,3
Evangélica	1	6,7	1	6,7	2	6,7
Situação conjugal						
Solteiro (a)	0	0,0	5	33,3	5	16,7
Casado (a)	10	66,7	6	40,0	16	53,3
Viúvo (a)	4	26,7	4	26,7	8	26,7
Divorciado(a)/separado(a)	1	6,7	0	0,0	1	3,3
Arranjo familiar						
Mora sozinho(a)	1	6,7	2	13,3	3	10,0
Mora com familiares	13	86,7	12	80,0	25	83,3
Mora com seu cônjuge ou companheiro(a)	11	73,3	7	46,7	18	60,0
No último 30 dias, se encontrou com amigos ou familiares para conversar ou fazer alguma atividade	14	93,3	15	100,0	29	96,7
Em caso de necessidade conta com alguém para acompanhá-lo(a)	14	93,3	11	73,3	25	83,3
Tem fácil acesso aos serviços de farmácia, padaria ou supermercado	14	93,3	15	100,0	29	96,7
Tem fácil acesso a transporte	15	100,0	15	100,0	30	100,0
Trabalha atualmente	5	33,3	7	46,7	12	40,0
Recebe aposentadoria ou pensão	13	86,7	10	66,7	23	76,7
Recebe BPC	2	13,3	0	0,0	2	6,7
Recebe benefícios do Bolsa Família	0	0,0	2	13,3	2	6,7

Fonte: Caderneta de Saúde do Idoso dos usuários da UMS do Guamá, 2016.

Os idosos participantes deste estudo possuem idade entre 60 e 82 anos, com uma média aproximada de 70,9 anos de idade, distribu

Na Tabela 1, é possível observar que a grande maioria dos idosos participantes da pesquisa é alfabetizada. Apenas 10% deles não possui escolaridade, enquanto que mais da metade deles (63,3%) possui 4 anos ou mais de estudos e entre as mulheres, esse número é ainda maior, correspondendo 80% das idosas participantes, sendo que mais de 10% delas possuem nível superior. O que está de acordo com os dados para a população de 10 anos ou mais no Brasil, onde a taxa de alfabetização vem aumentando com o passar do tempo e já enfrenta um aumento de 4% só entre os anos 2000 e 2010 (IBGE, 2010). Esses dados são animadores diante do fato de o acesso a informação ser um direito indispensável para o alcance da saúde sexual e portanto, para a discussão da sexualidade (OMS, 2006).

Além disso, o ambiente escolar é um ambiente privilegiado para trabalhar conhecimentos, habilidades e mudanças de comportamento nas diversas áreas de conhecimento humano, incluindo a saúde sexual, contemplados nos Parâmetros

Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997). Contudo, não foi sempre assim. Na década de 70- provavelmente, muito depois dos idosos participantes do estudo frequentarem a escola- a Comissão Nacional de Moral e Civismo registrou a frase *“Não se abre à força um botão de rosa, sobretudo com as mãos sujas”* em parecer contrário à aprovação do projeto de lei de 1967, que pretendia estabelecer a obrigatoriedade da educação sexual nas escolas, sintetizando a educação sexual na escola como um ato de violência e revelando a ideia que se fazia sobre a sexualidade na época (FONSECA, 2002). Dessa forma, não é difícil supor que os idosos participantes da pesquisa, ainda que alfabetizados e com alguns anos de estudo, pouco ou nenhum espaço tiveram nas escolas para a discussão sobre sexualidade.

Quanto a religião, observa-se que mais de 90% dos idosos participantes é católica. A religião é um sistema de crenças e práticas relativas a seres humanos dentro de universos e culturas específicas, sendo um aspecto extremamente importante para as pessoas, principalmente idosos, quando comparadas a outros grupos etários (ZENEVICZ, MORIGUCHI, MADUREIRA, 2013). O número maior de idosos católicos participantes da pesquisa vai ao encontro da realidade brasileira, onde quase 65% da população afirma ser católica e 22% afirma ser evangélica (IBGE, 2010).

Já em relação a situação conjugal, mais da metade dos participantes são casados. Enquanto entre as mulheres observamos que existem solteiras, entre os homens todos já foram ou são casados. O aumento do número de idosos casados deve-se ao aumento da expectativa de vida, e com isso verifica-se o surgimento de novas famílias contemporâneas, em que se enquadram as famílias compostas por casais idosos (MARQUES; SOUSA, 2012).

Quanto ao arranjo familiar, apenas 10% dos idosos relataram morar sozinhos, enquanto todos os outros moram pelo menos com familiares. Contudo, ainda morando com familiares observamos que alguns relatam não contar com alguém para acompanhá-los ao médico ou serviço de saúde em caso de necessidade.

Além disso, menos de 50 % deles relata trabalhar atualmente, contudo, quase que todos possuem alguma fonte de renda, sendo ou a aposentadoria (quase 80%

deles), ou o Benefício da Prestação Continuada ou mesmo o Benefício do Bolsa Família. A taxa elevada de aposentados pode estar relacionada ao nível de instrução dos idosos participantes, visto que grande parte possuem 4 anos ou mais de estudo.

Tabela 2- Hábitos e condições de saúde, segundo sexo, dos idosos usuários da UMS do Guamá, Belém-Pa, 2016.

		Idosos		Idosas		Total	
		n15	%	n15	%	n30	%
Interesse social e lazer	Frequenta centros-dia, clubes ou grupos de convivência?	9	60,0	13	86,6	22	73,3
	Realiza algum trabalho voluntário?	4	26,7	3	20,0	7	23,3
	Tem alguma atividade de lazer?	9	60,0	11	73,3	18	60,0
Atividade física	Pratica algum tipo de atividade física?	5	33,3	7	46,7	12	40,0
	Gostaria de começar algum programa de atividade física?	12	80,0	11	73,3	23	76,7
Alimentação	Faz pelo menos três refeições por dia?	14	93,3	15	100,0	29	96,7
	Come frutas, legumes e verduras nas refeições ao longo do dia?	14	93,3	15	100,0	29	96,7
	Em pelo menos uma refeição diária come carnes, peixes ou ovos?	15	100,0	15	100,0	30	100,0
	Tem o costume de consumir bebidas açucaradas, bolos, biscoitos recheados e sobremesas?	5	33,3	6	40,0	11	36,7
	No preparo das refeições, é utilizada grande quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal?	0	0,0	1	6,7	1	3,3
	Inclui a ingestão de água na sua rotina diária?	11	73,3	13	86,6	24	80,0
Tabagismo	Atualmente fuma algum produto do tabaco?	3	20,0	0	0,0	3	10,0
	Quer parar de fumar?	2	13,3	0	0,0	2	6,7
	É ex-fumante?	3	20,0	5	33,3	8	26,7
Etilismo	Consome bebida alcóolica?	5	33,3	4	26,7	9	30,0
	Sente a necessidade de reduzir ou suspender o consumo de álcool?	1	6,7	0	0,0	1	3,3
	Já foi criticado por beber?	1	6,7	0	0,0	1	3,3
	Sente-se culpado por beber?	1	6,7	0	0,0	1	3,3
	Costuma beber logo pela manhã?	1	6,7	0	0,0	1	3,3

Morbidade	Hipertensão Arterial	6	40,0	7	46,7	13	43,3
	Diabetes <i>melittus</i>	4	26,7	1	6,7	5	16,7
	Dislipidemia	2	13,3	2	13,3	4	13,3
	Hipertensão Arterial + <i>Diabetes melittus</i>	0	0,0	3	20,0	3	10,0
Medicamento	Nenhum medicamento	4	26,7	3	20,0	7	23,3
	1 à 3 medicamentos	10	66,7	8	53,3	18	60,0
	Mais de 3 medicamentos	1	6,7	4	26,7	5	16,7

Fonte: Caderneta de Saúde do Idoso dos usuários da UMS do Guamá, 2016.

A grande maioria dos idosos participantes demonstra ter hábitos alimentares saudáveis, incluindo o consumo de frutas, legumes e verduras, carne, peixe e ovos e a ingestão de água diariamente.

Poucos são os idosos participantes que relatam consumir atualmente cigarros ou produtos do tabaco (10%), entretanto, 8 dos idosos participantes consomem bebida alcóolica socialmente, negando ser um problema na sua rotina, e somente 1 relata que esse consumo o deixa culpado por beber e foi motivo de crítica, o que nos faz pensar em um consumo abusivo de álcool.

Quanto à morbidade, são prevalentes as doenças crônicas não transmissíveis, estando a HAS entre a mais freqüente (43,3%), seguida da Diabetes (16,7%), dislipidemia (13,3%) e da associação Diabetes e HAS (10,0%). O que leva 60 % dos idosos entrevistados utilizarem de 1 a 3 medicamentos diariamente e mais de 15% deles consumirem mais de 3 medicamentos em sua rotina.

4.2 Dados sobre conhecimentos acerca do HIV/AIDS

Os dados obtidos pelo QHIV3i, aplicados aos 30 idosos, entre homens e mulheres, participantes da pesquisa, estão apresentados na tabela 3 divididos entre

os domínios proposto por Lazzaroto *et al.* (2008), a respeito do HIV/AIDS, a saber: conceito, transmissão, prevenção, vulnerabilidade e tratamento.

Tabela 3- Conhecimentos gerais dos idosos sobre HIV/AIDS, segundo QHIV3i, dos idosos usuários da UMS do Guamá, Belém-Pa, 2016.

	Idosos (n30)					
	Verdadeiro		Falso		Não sei	
	n	%	n	%	n	%
Domínio “conceito”						
O vírus HIV é o causador da AIDS	25	83,3	0	0,0	5	16,7
A pessoa com o vírus da AIDS sempre apresenta os sintomas da doença	13	43,3	11	36,7	6	20,0
O vírus da AIDS é identificado através de exames de laboratório	29	96,7	0	0,0	1	3,3
Domínio “transmissão”						
O vírus da AIDS pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários	9	30,0	20	66,7	1	3,3
O vírus da AIDS pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto e beber no mesmo copo	8	26,7	21	70,0	1	3,3
O vírus da AIDS pode ser transmitido por picada de “carapanã”	14	46,7	12	40,0	4	13,3
Domínio “prevenção”						
A pessoa que usa camisinha nas relações sexuais impede a transmissão do vírus da AIDS	26	86,7	4	13,3	0	0,0
Existe uma camisinha específica para as mulheres	28	93,3	0	0,0	2	6,7
O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas transmite AIDS	30	100,0	0	0,0	0	0,0
Domínio “vulnerabilidade”						
A AIDS é uma doença que ocorre somente em homens gays, prostitutas e usuários de drogas	10	33,3	20	66,7	0	0,0
Os indivíduos da terceira idade não devem se preocupar com a AIDS, pois ela atinge apenas os jovens	7	23,3	22	73,3	1	3,3

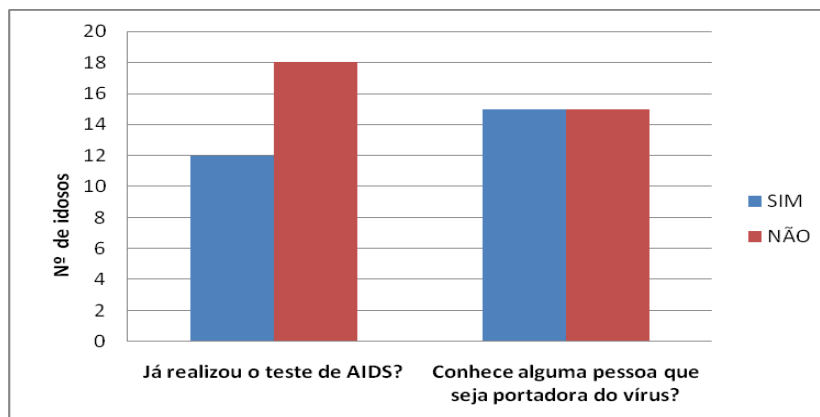
Domínio “tratamento”

A AIDS é uma doença que tem tratamento	21	70,0	7	23,3	2	6,7
A AIDS é uma doença que tem cura	6	20,0	23	76,7	1	3,3

Em relação ao domínio “conceito”, a grande maioria dos idosos participantes reconheceu ser o vírus HIV o causador da AIDS (83,3%) e que este pode ser identificado através de exames laboratórios (96,7%). Esse dado ratifica conclusões anteriores obtidas por outros estudos, tais como o de Lazzarotto *et. al.* (2009), que obteve um percentual de acertos de 77,7 % em relação ao vírus causador e de 84,7% quanto a este ser identificado através de exames de laboratório.

Por outro lado, observou-se que poucos são os idosos participantes que já realizaram teste HIV (40%), sendo observado inclusive um número um pouco maior de idosas que realizaram o teste (46,7%). Uma pesquisa realizada com 110 idosos de tres Grupos de Convivência para Idosos de João Pessoa- PB, com o objetivo de analisar a vulnerabilidade de idosos segundo as próprias perspectivas de adesão às práticas preventivas ao HIV, demonstrou resultado semelhante ao obtido nesse estudo, onde 79,7% dos idosos pesquisados nunca realizaram o teste HIV, 47,6% alegaram não realizá-lo por não se acharem exposto ao risco e 29,6% não realizaram por outras causas, a exemplo a falta de solicitação médica (BEZERRA; NUNES; NOGUEIRA, 2014). Segundo os mesmo autores a baixa procura pela realização do teste anti-HIV entre os idosos investigados reitera a concepção de imunidade e anuncia a baixa visibilidade das políticas preventivas destinadas a este grupo etário.

Figura 4- Realização do teste da AIDS e conhecimento de pessoas portadoras do vírus entre idosos usuários da UMS do Guamá, Belém- PA, 2016.



Fonte: Autor

Ainda no domínio “conceito” é interessante perceber que quase metade dos idosos (43,3%) desconhece a fase assintomática da infecção pelo HIV, acreditando que as pessoas infectadas sempre apresentam os sintomas da doença. Um estudo realizado com 92 participantes, sendo 30 idosos e 62 adultos, tendo o objetivo de comparar o conhecimento de homens idosos ao de adultos jovens sobre a AIDS, demonstrou que a diferença de conhecimento entre os grupos de idosos e de adultos foi significativa, tendo entre os idosos a predominância de respostas insatisfatórias em relação ao conceito de AIDS (MELO *et. al.*, 2012).

Estudos realizados anteriormente ratificam os resultados obtidos nessa pesquisa quanto ao domínio “conceito” (LAZZAROTO *et. al.*, 2009; NASCIMENTO *et. al.*, 2013; MONTEIRO *et. al.*, 2016) e evidenciam uma lacuna existente sobre o conhecimento da diferença entre a infecção pelo vírus (HIV) e a manifestação da doença (AIDS). Essa lacuna representa um alerta entre os grupos de idosos, pois como é reconhecido pelo Ministério da Saúde, a fragilidade do sistema imunológico em pessoas com mais de 60 anos dificulta o diagnóstico de infecção por HIV, visto os sintomas muitas vezes não serem comuns e por isso serem confundidos ao de outras infecções que, somada a negligência de profissionais, levam a um diagnóstico e tratamento tardios. Além disso, Pottes *et. al.* (2008), sugerem que, nos idosos, o tempo entre a infecção e o aparecimento da doença é mais curta devido a fragilidade sistema imunológico, o que leva a uma evolução mais rápida da doença para fases tardias e mais complicadas.

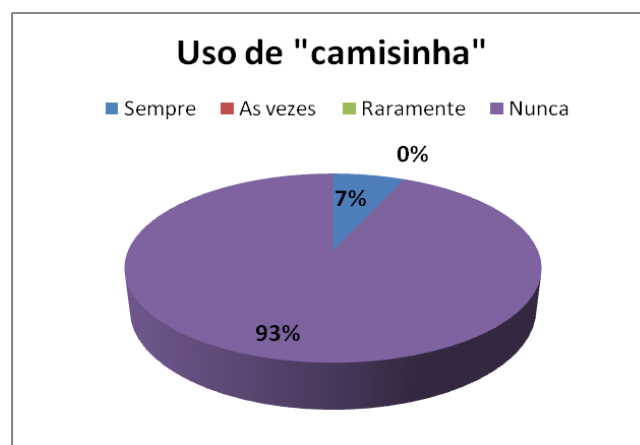
Em relação ao domínio “transmissão”, é possível observar que ainda existem idosos que acreditam que o HIV pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários (30%), através do abraço, beijo no rosto e beber no mesmo copo (26,7%). Esses dados demonstram que existem equívocos em relação a maneira de contágio, o que pode gerar o aumento do preconceito em relação as pessoas portadoras ou adoecidas pelo vírus HIV.

Em pesquisa realizada para demonstrar os 30 anos de enfrentamento da AIDS no Brasil, entre os anos 1985 e 2015, é demonstrado que o preconceito vem acompanhando toda essa trajetória da prevalência da AIDS no Brasil, mas que este é possível de ser combatido principalmente através da educação (GRECO, 2016).

Em outro estudo, que objetivou identificar a prevalência de atitudes discriminatórias em dois momentos da epidemia brasileira de HIV/AIDS (1998 e 2005) e possíveis mudanças ocorridas, observou-se que o preconceito reduziu entre esses dois momentos, mas que se faz necessária uma maior disseminação de informações sobre formas de transmissão (e não transmissão) da AIDS, sendo essa divulgação ainda maior entre os grupos que apresentaram maior nível de intenção de discriminação: menor escolaridade, residentes nos estados do Norte/Nordeste e pertencentes à faixa etária acima de 45 anos (GARCIA; KOYAMA, 2008). A falta de informações adequadas sobre transmissão do HIV é também evidenciada no aspecto mais representativo do domínio “transmissão” dessa pesquisa, a respeito da picada do “carapanã”, onde quase metade dos idosos participantes (46,7%) afirma ser possível assim a transmissão do HIV.

O domínio mais animador em relação aos acertos dos idosos participantes foi o “prevenção”, onde 86,7% dos idosos afirmaram que a “camisinha” impede a transmissão do vírus da AIDS, 93,3% deles sabem da existência da “camisinha” feminina e 100% deles reconhecem o partilhamento de seringas e agulhas entre diversas pessoas como uma forma de transmissão da AIDS. Esse resultado é compartilhado por outros autores que realizaram pesquisas semelhantes em diferentes regiões brasileiras, demonstrando um ponto alto entre o conhecimento de idosos sobre o HIV (LAZZAROTO *et. al.*, 2009; NASCIMENTO *et. al.*, 2013; MONTEIRO *et. al.*, 2016).

Figura 5- Uso de preservativo na relação sexual entre idosos usuários da UMS do Guamá, Belém- PA, 2016.



Fonte: Autor.

Contudo, apesar do reconhecimento do uso da camisinha como forma de proteção contra a contaminação pelo HIV, observa-se que maioria dos idosos pesquisados, quase que totalidade (93%), nunca utilizaram a camisinha em suas relações sexuais, demonstrando uma incoerência entre o conhecimento e a atitude desses idosos em relação à prevenção da AIDS. Isso é ainda mais incoerente quando analisamos o domínio “vulnerabilidade” e “tratamento” onde percebemos que a maior parte dos idosos entende que a AIDS não ocorre somente em homossexuais, profissionais do sexo e usuários de droga (66,7%) e entendem que os idosos não estão livres de serem contaminados pelo HIV (73,3%). Isso nos demonstra que o maior nível de conhecimento não necessariamente resulta em atitudes seguras compatíveis, como no caso do HIV/AIDS e de outras IST.

Vários são os motivos que supostamente justificam o fato dos idosos, mesmo entendendo a possibilidade da contaminação pelo HIV através da atividade sexual desprotegida, não utilizarem a “camisinha” durante o ato sexual. Uma das possibilidades levantada por Laroque *et. al.* (2011) é o fato de que muitos desses idosos iniciaram sua vida sexual em uma época em que a prática do uso da camisinha não existia. Além disso, acredita-se que as limitações impostas pelo processo de envelhecimento, tais como a diminuição da destreza, levam a dificuldade e lentidão no seu uso, o que atrapalharia o momento do ato sexual, já comprometido, muitas vezes, pela dificuldade de ereção (LAROQUE *et. al.*, 2011).

Na mulher, após a menopausa, acredita-se que a dificuldade na relação sexual aumenta ainda mais pelo ressecamento vaginal que a queda hormonal resulta, levando ao abandono do uso de preservativo. Esse abandono é reforçado pelo fato de que esta, por estar no período pós-reprodutivo, não corre mais o risco de uma gravidez indesejada (PRAÇA *et. al.*, 2010; NASCIMENTO *et. al.*, 2013). Contudo, é importante frisar que é nesse período que a relação sexual desprotegida é potencialmente mais arriscada, devido justamente a diminuição da lubrificação vaginal e vulnerabilidade às lesões resultantes da cópula, aumentando o risco da infecção ou transmissão do vírus HIV (NASCIMENTO *et. al.*, 2013).

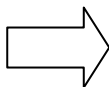
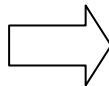
Outro ponto de vista é de que os idosos, pelo casamento duradouro ou relacionamento estável, tendem a confiar no parceiro e na sua fidelidade, não

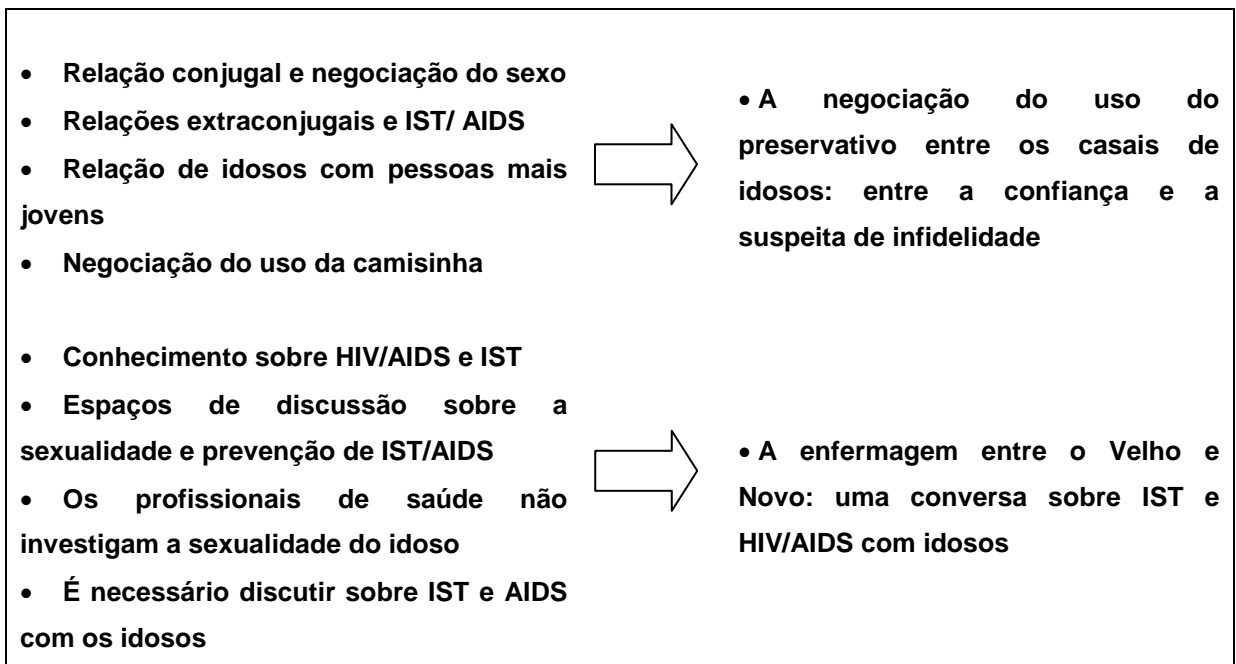
observando necessidade de seu uso. Outros autores acreditam que isso se deva à ausência da discussão sobre sexualidade e sexo em alguns contextos familiares ou entre parceiros, dificultando a negociação entre eles sobre práticas sexuais mais seguras. É como se o preservativo só devesse ser usado por pessoas que não se conhecem e/ou não têm uma relação de confiança mútua. Por isso, existe em alguns casos uma ameaça velada de violência ou o medo de provocar o fim do relacionamento quando este é “colocado à prova” pela desconfiança que a exigência do uso do preservativo pode ocasionar (MASCHIO *et. al.*, 2011; PRAÇA *et. al.*, 2010; NASCIMENTO *et. al.*, 2013).

4.3 Vivência da sexualidade pelos idosos

Um total de 7 idosas e 6 idosos da amostra da pesquisa inicial participaram da etapa do Grupo Focal. Após leitura exhaustiva das transcrições dos encontros do Grupo Focal, foram obtidas 13 (treze) unidades de registros, através das quais foram obtidas 4 (quatro) categorias, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Unidades de registro e categorias emergidas na transcrição dos encontros do Grupo Focal com idosos usuários da UMS do Guamá, Belém, Pará.

UNIDADES DE REGISTRO	CATEGORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento entre idosos • Sexo é tabu • Sexo entre idosos 	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> • Sexualidade do idoso entre os desafios do envelhecimento e do preconceito
<ul style="list-style-type: none"> • A viuvez e a solidão • A interferência dos filhos e familiares nos relacionamentos do idoso viúvo 	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> • Idosos viúvos: a influência do estado civil na sexualidade



As categorias serão apresentadas nesse capítulo e relacionam-se aos fatores básicos que afetam o comportamento e a resposta sexual em qualquer idade de acordo com Vasconcelos *et. al.* (2004) e ao conceito de saúde sexual (Brasil, 2013b).

4.3.1 Sexualidade do idoso entre os desafios do envelhecimento e do preconceito

A sexualidade é um processo natural, que obedece a uma necessidade fisiológica e afetiva, ou seja, humana. É um fenômeno que visa o prazer, o bem-estar e a valorização da autoestima em uma relação onde se compartilham o amor e o desejo com outra pessoa, criando laços de união mais profundos (VIEIRA, 2012). Ainda que se saiba que a sexualidade se manifesta de forma diferenciada em todas as fases do ciclo vital humano, é possível notar que ao longo dos anos perpetua-se uma idéia da pessoa idosa ser assexuada, como se a sexualidade não tivesse importância nessa etapa da vida.

Contudo, todos os participantes dos encontros concordaram que a sexualidade e o sexo não somente é possível quando se é idoso, mas que existe entre eles e

seus parceiros, como observamos no relato da idosa que nos responde quando questionada como é o namoro entre ela e o esposo:

Geralmente a gente namora depois da novela. Depois da gente ter conversado. Depois de ter brigado com ele... já briguei cobrando as coisas. Depois a gente vai fazer as pazes, começa a abraçar, começa a agarrar, tocar, aí a gente vai até fazer amor. E depois a gente vai dormir. Sempre assim que a gente namora né? **(MAIARA)**

Outros idosos também relatam seus relacionamentos com seus parceiros:

Ah! Quando eu tinha meu velho eu namorava. A gente dormia na sala, às vezes só nós dois. Aí a gente fiava a contar besteira. Oh! O meu velho! Se lembrava de tudo... Coisa que eu já tinha me esquecido [...] Aí nós namoráva. **(MAIARA)**

Eu tenho 72 anos, a minha esposa tem 80 e de vez em quando a gente dá uma namorada, não tenha dúvida [...] . É normal, uma coisa que a gente faz igual como quando se é jovem. Chega aquele momento e *pimba*. **(RAONI)**

Além dos tabus e preconceitos que envolvem a vida sexual do idoso, estes também estão sujeitos as alterações impostas pelo processo de envelhecimento que contribuem para a mudança de sua sexualidade. As mudanças fisiológicas esperadas nessa fase podem influenciar a resposta sexual dos idosos, seja no sexo masculino quando no feminino (ALENCAR *et. al.*, 2014).

Sabe-se que o declínio do desenvolvimento sexual do idoso é influenciado mais pela cultura e atitudes do que pela natureza e fisiologia (BRASIL, 2013b). As alterações fisiológicas do envelhecimento, por sua vez, são vivenciadas de forma muito particular por cada idoso ou idosa. No idoso, caracterizam-se quanto aos aspectos: ereção mais flácida, com um maior tempo para se alcançar o orgasmo; ereções involuntárias noturnas diminuem; ejaculação retardada e redução do líquido pré-ejaculatório. Nas idosas tende a ocorrer a diminuição da lubrificação vaginal, podendo causar dispaurenia; o orgasmo fica em menor duração devido às contrações vaginais estarem mais fracas e em menor número (ALENCAR *et. al.*, 2014).

Ah! Sei lá! Acho que a gente não sabe brincar mais depois que fica velho. Não sabe mais o que é orgasmo. Aquela... Aquela energia. Não sabe brincar mais não. O velhinho coitadinho... Ele de repente *tava em cima*... Ai ele virava e eu 'acabou meu velho? **(MAIARA)**

[Sexo] é quase todo dia. Não é com tanta regularidade. **(UBIRANI)**

[...] a idade já não permite. A idade já traz um bocado de coisa [...]. Tem aquele momento do idoso, não é todo dia, mas tem aquele momento. Tenho 72 anos e ainda consigo fazer alguma coisa. **(RAONI)**

Ainda que ocorram modificações fisiológicas no corpo do homem e da mulher durante o processo normal de envelhecimento, as mulheres percebem as alterações sexuais advindas da idade com menos impacto na prática sexual (BASTOS *et. al.*, 2012). Dessa forma, entre um casal de idosos, a dificuldade da ereção masculina ou outro fator que interfere na sua atividade sexual, contribui igualmente para redução da atividade sexual feminina.

Porque o negócio do homem cai e a mulher tem mais fôlego assim que o homem. **(ANAHÍ)**

[...] ai ele [o marido] teve umas doenças que até nos tratamos ele. Ai ele não tinha mais tesão para fazer sexo, não tinha mais, acabou.[...] Naquela época ainda tinha [vontade de fazer sexo], mas depois acabou. Minha filha casou, nós já tinha quinze anos de casado, ela casou. Até por aí gente ainda conversava sobre isso, depois parou. **(MAIARA)**

Outro fator que interfere na atividade sexual dos idosos, levantados pelos participantes dos encontros, foi a condição de saúde, relacionada aos hábitos de vida e a presença de morbidades:

O homem logo perde a vitalidade ai não consegue mais [...] ainda mais se ele beber e fumar, *né?* **(AIYRA)**

Fumar, isso! Esse problema... *Ai chamam logo de pau mole* [...] Quando o homem não bebe e não fuma, ele é mais assim preservado, ele tem o tempo dele prolongado. **(NINA)**

As doenças crônicas comprometem vários aspectos da qualidade de vida. A presença de comorbidade é um fator que envolve a ausência ou diminuição da atividade sexual, principalmente quando se trata do homem, pois comumente afetam a ereção masculina (ALENCAR *et. al.*, 2014).

Um estudo de revisão narrativa que buscou levantar as alterações na função sexual próprias do envelhecimento e de doenças crônicas observou que as doenças que mais freqüentemente afetam a vida sexual masculina são a hipertensão, obesidade e doenças cardíacas. Da mesma forma, ocorre entre as mulheres na faixa etária idosa, com o aumento de dor à penetração e diminuição da libido. Contudo, esse estudo evidencia que os aspectos biológicos do envelhecimento e seu tratamento ganham destaque nos estudos, em detrimento dos aspectos psicossociais, tais como a sexualidade (FLEURY; ABDO, 2012).

Além disso, Alencar *et. al.* (2014) demonstraram que hábitos como o tabagismo, lesões de nervos periféricos causados por diabetes mellitus, depressão e uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas são destaques quando trata-se de distúrbios sexuais, igualmente interferindo na vida sexual dos idosos. Por outro lado, estudos sugerem que a prática regular de atividade física leva a um maior interesse e maior freqüência nas relações sexuais, relacionadas a uma maior disposição ao sexo (CARDOSO *et. al.*, 2012).

É importante lembrar que o declínio físico está presente em todo o processo de vida e não deve ser visto como um elemento único que venha caracterizar a velhice, retringindo-a somente a perdas. Pelo contrário, no processo de envelhecimento há também ganhos como a liberdade, o acúmulo de experiência de vida, o amadurecimento e sabedoria.

A gente já passou mais coisa na vida, tem mais experiência. . (ANAHÌ)

Sabe-se que à medida que o corpo não responde mais ao desejo, as adaptações sexuais se tornam necessárias e ajudam na expressão da sexualidade em idosos (GRADIM, et al, 2007). As idosas demonstram que o companheirismo, as carícias, beijos e toques com manipulação do corpo são uma parte importantíssima da relação com os parceiros e no exercício da sexualidade, por isso descobrir o poder do carinho, do beijo, da fala pode diferenciar a vivência da sexualidade (ALENCAR *et. al.*, 2014).

O sexo sem carinho não basta, tem que ter carinho. Quem que vai assim só na marra? Vai no coice, né? [...] Então assim, eu não quero um homem só para sexo, mas para conversar, para falar sobre...A pessoa tem que ter uma pessoa para conversar, mas na hora da conversa... Rola, rola. **(AIYRA)**

Contudo, a visão do sexo como tabu contribui para a dificuldade em se discutir a sexualidade e estratégias para exercitá-la mesmo em presença das modificações fisiológicas, principalmente entre os idosos.

A dificuldade em se discutir sobre sexualidade é percebida tanto quando os participantes são inicialmente convidados aos encontros do Grupo Focal e frases como “Deus me livre”, “mas é para falar sobre isso? Nem faço mais!”, registradas em diário de campo. Bem como pode ser percebida essa dificuldade no contato inicial do Grupo Focal, entre risos e expressões dos idosos participantes.

Era proibido falar. Falar de sexo era um tabú. Se a gente falasse sobre isso, a gente pegava era tapa. Deus o livre! [...] Eu quando chegava com um jornal em casa, só faltava apanhar da minha mãe, o jornal da tribuna. **(TEÇÁ)**

Mas sexo ainda é um tabu. Meu velho não gostava de falar de sexo. Olha, a gente tem um bocado de filho dentro de casa, não conversa com eles sobre isso. Meu velho tinha vergonha de falar, eu não, falava direto com eles ‘fazer sexo é quando a gente está preparado, eu não tenho muita instrução, mas vocês tem que se cuidar’. Eu falava com eles... **(MAIARA)**

É fato que os idosos foram educados em uma época em que sexualidade, ou mesmo sexo, era assunto proibido e remetia até em desrespeito a quem se falava. Já hoje em dia, entre as aulas de biológicas, conversas entre amigos, novelas, propagandas ou programas televisivos, é perceptível que o assunto tem se tornado mais comum.

Na escola, hoje tem aula exclusiva. Na biologia já se fala sobre o assunto que não falavam direito antes [...]. Hoje você aprende logo cedo para que serve tudo. Você conhece sua genitália, sabe para quê serve. Você aprende como vai usar, como vai usar para não ter transferência de sangue, usar com cuidado. Usar com cuidado. Agora, agora esses tempos. Eu sai do colégio um dia desses. **(RAONI)**

Na televisão também falam muito [de sexo]. **(TEÇÁ)**

Contudo, nem por isso a sexualidade do idoso tem sido mais visível. A verdade é que a prática sexual, assim como várias atividades, pode se tornar menos valorizada com a idade. O que é mais grave, é que nem mesmo os profissionais de saúde têm demonstrado maior preparo para lidar e discutir algo tão significativo para uma velhice em sua integralidade, possibilitando espaços e oferecendo suporte para que o idoso possa manifestar e vivenciar sua sexualidade de forma mais plena.

4.3.2 Idosos viúvos: a influência do estado civil na sexualidade

Sabe-se que um dos fatores que influencia na saúde sexual em qualquer idade é o status conjugal, estando a regularidade das relações sexuais entre os idosos muito ligada à oportunidade representada pelo estado civil, ou seja, existe uma limitação de relações sexualizadas entre aqueles que perderam os parceiros, principalmente para as mulheres (VASCONCELOS *et. al.*, 2004).

O que passa a acontecer é a negação da sua sexualidade, na qual a sociedade é forte contribuinte ao atribuí-la apenas como direito dos jovens e adultos. A família também exerce influência direta sobre o idoso viúvo, apoiando o convívio social, as oportunidades de lazer e de diversão mas não novos relacionamentos.

Eu ainda não arrumei namorado. [...] Ah! Meus filhos se souberem uma coisa dessas. Vixe Maria! Olha! Eu disse pro meu filho que ia arrumar um namorado e meu filho 'Ê, olha! Não, não, não! Aqui pra casa mãe? Não aqui pra casa não!' [...] Nem eu saio sem meus filhos. No natal que tem aquelas festas, na praça Batista Campos, toda noite eu ia, mas com meu filho ou minha filha, mas só não [...] Uma vez meu médico me perguntou 'quantas vezes por mês você faz sexo?' Ai disse 'nenhuma que eu sou viúva' e ele disse 'arruma um parceiro', 'arruma parceiro para fazer o sexo que vai fazer bem para você'. Ai eu disse para ele 'você é doido? Se meus filhos souberem de um negócio desse vão me humilhar muito menino, vai ter uma confusão lá em casa. **(MAIARA)**

São inúmeras as justificativas para que a família não apóie novos relacionamentos, o mais evidente é que esta reflete o pensamento da sociedade e

se enquadra às normas e aos ideais estabelecidos, principalmente quanto à mulher idosa, desejando a imagem de senhora de cabelos brancos, assexuada, que faz seu tricô e mantém amizades amistosas, não havendo espaço para novos relacionamentos (SOUZA *et. al.*, 2015).

A mulher idosa apresenta, em geral, uma tendência maior que o homem à viver sozinha, visto que o homem, na mesma condição, tende a envolver-se em outros relacionamentos e geralmente com mulheres mais novas. A literatura demonstra que a postura do homem frente a perda da companheira reflete as normas sociais e culturais, da mesma forma, a manutenção do estado civil das idosas viúvas reflete também essa influencia sociocultural, visto que as idosas de hoje foram educadas em um código moral e ético-sexual muito rígido e estas sempre foram dependentes do marido, e de certa forma tinha sua identidade unida à identidade deste, como uma fusão resultante do casamento. Ao tornar-se viúva a idosa tem dificuldade de diferenciar o que é próprio seu e muitas vezes se recusa a participar de atividades relacionadas ao divertimento, vivendo uma privação voluntária ou mesmo tendo uma participação passiva. (SUZUKI; SILVA; FALCÃO, 2012; SOUZA *et. al.*, 2015)

Eu mudei muito. Minha esposa morreu e já faz quase 30 anos. *Aí* depois mudou tudo. A não ser alguma namorada por aí.[...] As vezes o cara namora sim [meninas mais novas]. **(TEÇÁ)**

Mesmo diante da pressão social, principalmente familiar, a solidão imposta pelo novo status conjugal leva muitas idosas a manifestarem vontade de ter um companheiro:

Ah! Eu queria, sabe, queria um velho que me pegasse todo o tempo e fosse fazer as coisas que tem em casa. **(MAIARA)**

[...]Eu até tinha vontade... Mas já pedi tanto para Deus que as vezes a gente sonha que *tá* fazendo [sexo]. Diz que é da natureza mesmo. Uma vez na palestra da assistente social diz que é da natureza mesmo. Que quando a gente não satisfaz, no sonho a gente satisfaz. Mas eu não sei por que sonho, porque eu não durmo pensando nisso. Pedi para Deus e o Espírito Santo para parar de sonhar com isso. **(IRANI)**

Além da influência familiar, é interessante observar que a religião é um forte determinante ideológico da vida das idosas, condicionando inclusive a sexualidade destas. A idéia de que o sexo é sinônimo de procriação faz com que na impossibilidade de procriar, advinda com a menopausa, a relação sexual venha refletir culpa e vergonha, resultando na repugnância ao prazer sexual e na repressão da sexualidade (SOUZA *et. al.*, 2015).

Por outro lado, as idosas também demonstram acostumar-se com a vida sozinha e principalmente com a liberdade que ela reserva:

Parceiro, não quero. Já tive muita vontade de casar quando era nova. Depois de velha queria muito ter um companheiro, mas depois de velho eu vivo feliz. Eu saio de casa, eu volto, eu não dou satisfação para ninguém. Não tem esse negócio de ninguém olhar pra mim de cara feia. Saio de casa e a hora que eu chegar *tá* chegado. **(IRANI)**

Como visto no discurso da idosa, é possível supor que um fator positivo de não ter parceiro é a liberdade. Muitas idosas experienciam após a viuvez atividades que até então não faziam, pois ou não era permitido que fosse sozinha ou o companheiro não tinha tempo ou vontade. As atividades e espaços de lazer e convivências, tais como grupos de idosos em Igrejas, Unidades de Saúde e Universidades, passaram a ser a afirmação da liberdade e autonomia conquistada e da experiência de uma vida social, longe da repressão e submissão extrema (CARRIÇO; NEVES, 2014; SOUZA *et. al.*, 2015).

Por outro lado, as idosas que ainda refletem sobre novos relacionamentos, deparam-se com ideias negativas e amedrontadoras. Uma delas, diz em relação ao medo de contaminação:

Aí é que faz é medo. Faz é medo a gente arrumar um parceiro, sabe por causa de quê? Por causa dessas doenças que está por aí. **(MAIARA)**

Muitas idosas acreditam que novos relacionamentos implicam em uma exposição à doenças de transmissão sexual. Isso, porque pensam na impossibilidade de contaminação em uma relação oficial e duradoura, enquanto que relacionamentos novos, com homens desconhecidos, oferecem riscos, não somente

de transmissão de doenças, mas também de violência, seja ela física ou financeira. A violência física pode ser descrita como o uso da força física para obrigar os idosos a fazerem o que não desejam, para ferí-los, provocar dor, incapacidade ou morte (SÃO PAULO, 2007). Essa tipologia de violência tem sido amplamente estudada, principalmente no meio intrafamiliar. Um estudo descritivo, retrospectivo, realizado com dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – versão Net (Sinan Net) pesquisou as notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências na população de idosos em todo o ano de 2010 e identificou que a violência contra a pessoa idosa foi mais prevalente no sexo feminino, sem convívio marital, ocorrida no domicílio e perpetrada por pessoas do convívio das vítimas (MASCARENHAS *et. al.*, 2012)

Ai, eu tenho medo! Arrumar uma pessoa hoje em dia dá medo, dá medo. Eu não sei se ele vai ser como meu marido. Meu marido era bom pra mim, me compreendia, eu compreendia ele. Nós vivíamos uma vida de rosas. Nós nunca fomos as vias de fato, dele jurar me bater, nunca, mas nunca mesmo.
(MAIARA)

Outro tipo medo manifestado pelas idosas participantes da pesquisa diz respeito ao medo de serem enganadas, usurpadas por alguém com promessas de afeto e carinho, mas que na verdade esconde interesses financeiros.

É perigoso, porque de repente o indivíduo está sondando a gente para saber se a gente tem alguma coisa. Passa os casos na televisão, desses caras que a gente chama... Tem um nome pra isso... Desses caras que gostam das aposentadas. Ai ele vai e conta uma história tão bonita pra ela, já observava se ela tinha alguma grana. **((MAIARA))**

[..] Mas acontece. Eu conheço uma senhora... Esse rapaz parece que gosta de umas 5 senhoras. Chamam até ele de INSS. **(AIYRA)**

O relato das idosas poderia ser perfeitamente encaixado à descrição de violência financeira ou patrimonial, que seria o ato que consiste na exploração imprópria ou ilegal ou ao uso não autorizado pela pessoa idosa de seus recursos financeiros e patrimoniais. Contudo, estudos têm demonstrado esse tipo de violência ocorrendo no âmbito familiar, sendo mais freqüente contra pessoas idosas e

mulheres (BRASIL, 2011a; SÃO PAULO, 2007). Contudo, percebemos a grande preocupação desse ato violento sendo praticado por parceiros novos, seja em idade ou tempo de relacionamento, interessados na aquisição de bens ou patrimônios, aproveitando-se da solidão e carência do(a) idoso(a) viúvo(a). Esse tipo de violência é pouco abordado na literatura, mas demonstrou bastante expressividade em relação ao discurso das idosas participantes do grupo, levando-nos a refletir a importância de melhores estudos que embasem estratégias de combates efetivos dessa tipologia de violência e, quem sabe com isso, a diminuição dessa preocupação por parte das idosas e uma maior expressão da sua sexualidade.

A sexualidade dos idosos somente será vivida de forma plena e livre quando houverem novas percepções sociais que possam estimulá-los a manter uma vida sexual se assim desejarem e proporcionar estratégias de vivenciar a sua sexualidade em plenitude, livre de violência e preconceito, em busca de sua saúde sexual.

4.3.3 A negociação do uso do preservativo entre os casais de idosos: entre a confiança e a suspeita de infidelidade

Quando se discute sobre a saúde sexual, é sabido que ela é fortemente influenciada por normas culturais de gênero, da definição de papéis, das expectativas e as dinâmicas de poder, sendo entendida dentro de contextos sociais específicos (OMS, 2006). Isso é ainda mais relevante quando trata-se da sexualidade na terceira idade, onde a influência cultural e as diferenças entre os papéis de cada gênero são ainda mais evidentes.

A trajetória de vida desses homens e mulheres, hoje idosos, é bastante diferente quando investigamos suas experiências, principalmente aquelas relacionadas à sexualidade. Enquanto as mulheres mantiveram-se à espera do casamento e de um homem “até que a morte os separe”, os homens, logo cedo, eram estimulados a iniciar o mais precocemente possível sua vida sexual:

Antigamente quando a gente era novo, a gente era levado na zona de baixo meretrício, na Riachuelo, na Gurjão. Então alí só tinha mocinhas. Naquele

tempo a gente ouvia falar de todas essas doenças [sexualmente transmissíveis]. 'Ah! Eu peguei um esquentamento, eu peguei um cancro, eu peguei uma mula, um cavalo de crista, gonorreia, sífilis'. Era comum as pessoas comentarem sobre isso [...]. Naquele tempo a gente ouvia falar em doença venérea. **(GUAÇU)**

Naquele tempo era muito fácil. A gente pegava aquelas meninas do interior para trabalhar. Hoje não pode mais. Agora aquelas meninas que vinham do interior, geralmente, já tinham sido usadas lá várias vezes, aí vinham trabalhar em casa de família e as pessoas e os jovens pegavam e oh! Nem precisava ser a empregada dele, era a empregada do primo, do amigo. Muito fácil, era muito simples. **(GUAÇU)**

Nos relatos dos idosos, em vários momentos são retratadas as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), hoje chamadas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), descrevendo quais conhecem e como conheceram:

Conheço alguma... gonorréia [...] Eu já ouvi falar. Escorrimento, a sífilis que deixa a pessoa mal mesmo. **(MUCANAÍMA)**

Quando eu era novo, eu nunca tinha ouvido falar da AIDS. Só das outras: gonorréia, sífilis de um modo geral. **(UBIRANI)**

Tem a crista de galo. **(IRANI)**

Sim, sim... Tem aquela, como é? Sífilis. Tem AIDS e até essa do mosquito. Tem a A e B... me esqueci [Hepatite]. Tem A, B e C. **(AIYRA)**

O reconhecimento da existência das doenças de transmissão sexual pelos idosos seria um fator extremamente positivo, contudo é possível observar que os idosos participantes dificilmente fazem relação destas com a terceira idade. Muito pelo contrário, relacionam sempre essas doenças aos jovens.

Doença transmissível? Uma hora dessa? E como essa idade? É muito difícil. 90% é muito difícil, é meio difícil hoje em dia, as pessoas, né? Não sou eu. As pessoas para poderem pegar as DST geralmente pegam em doação de sangue, beijo. No sexo é mais difícil para certas pessoas. **(GUAÇU)**

Menina! Eu tive que correr as pressas com meu filho, rapaz jovem, solteiro, ele andou com umas mulheres por ai, menina ai ele apareceu lá em casa

com uma fraqueza, ai saia pela piroca dele aquele catarro e ele tava fraco, ele não aguentava e “me socorre mamãe me socorre”, ai eu disse ‘o que foi menino?’ ai ele puxou pro pai dele, branco, pelo no peito e tava cheio daqueles bichinhos agarrado nos pelos, carrapato, carrapatinho. Coisa de jovem. **(MAIARA)**

Mais uma vez é importante ratificar o fato de que muitos idosos são sexualmente ativos e, portanto, vulneráveis a adquirir IST, incluindo a infecção pelo HIV, que são transmitidas, principalmente, através de contato sexual desprotegido, tal qual em outras faixas etárias (DORNELAS NETO, 2015). É certo que o aumento do número de pessoas idosas, as oportunidades de interação social e a melhoria da qualidade de vida, possibilitaram mudanças de comportamento relacionadas à sexualidade. Infelizmente, ainda é excludente a maneira que vem sendo abordada a sexualidade das pessoas idosas, à distância de projetos e programas de educação e prevenção de IST (CEZAR; AIRES; PAZ, 2012). Esse descompasso entre as oportunidades oferecidas para a manutenção da sexualidade nos idosos e a pouca oferta de informações a respeito das IST, contribuem para uma lacuna de conhecimento e geram equívocos na interpretação desses idosos.

Hoje em dia a gente quase num ouve, não ouve ninguém falar nessas doenças. Hoje a doença que você mais ouve falar é a AIDS. As pessoas já não falavam que tinham essas doenças antigamente, hoje menos ainda. Mas na minha opinião, a AIDS é mais fácil de contaminar do que essas outras doenças. Minha opinião, minha opinião. **(GUAÇU)**

Hoje em dia já não existe quase doença sexualmente transmissível. A sífilis que a gente via as pessoas mais morrer naquela época, hoje em dia já foi exterminada pela medicina. **(TEÇÁ)**

Exatamente, melhorou o tratamento e eliminou algumas doenças. **(GUAÇU)**

O ‘escorrimento’ que falam. Segundo os médicos, os pesquisadores, os cientistas, eles falam que o portador do escorrimento é o cachorro, o cachorro. Ele tem aquele pús todo saindo da genitália dele. Assim mesmo fica no homem. E devido a convivência do cachorro com o ser humano, passou para o ser humano isso aí. Aquela história que está na bíblia, ‘olha, desta árvore tu não podes te fartar, essa árvore é proibida’. Mas como nós somos desobedientes, pegamos das árvores dos outros, ai pegamos os malefícios. **(RAONI)**

É interessante observar como os idosos têm a falsa idéia de que as IST foram erradicadas e como são confusas as ideias a respeito da transmissão dessas doenças. A verdade é que essas doenças permanecem como questões sérias de saúde pública, tendo entre os idosos taxas alarmantes de infecções. Uma revisão sistemática reuniu estudos do mundo inteiro e demonstram que as doenças sexualmente transmissíveis têm aumentado entre os idosos globalmente. Na Austrália, os casos de clamídia em pessoas com mais de 50 anos dobraram entre 2004 e 2010, além de mostrarem tendência no aumento de casos de gonorréia. Nos Estados Unidos apontou-se um aumento de 43% na taxa de sífilis e clamídia entre idosos, além de outras IST como herpes vírus e papiloma vírus humano; Na China, dentre todos os casos de IST (sífilis, gonorréia, clamídia, condiloma acuminado e herpes simples), 15,8% e 9,8% ocorreram em homens e mulheres acima de 50 anos, respectivamente. Tendência semelhante têm sido observada em outros países (DORNELAS NETO, 2015). No Brasil, a Organização Mundial da Saúde estima, a cada ano, na população sexualmente ativa cerca de 937 mil casos de sífilis, mais de 1,5 milhão de casos de gonorréia e quase dois milhões de casos de clamídia por ano, sendo escassos dados mais específico, sobretudo na população acima de 50 anos por não serem doenças de notificação compulsória. Já no caso da AIDS, os dados já apresentados nessa pesquisa são evidentes e assustadores. Em notícia divulgada recentemente por um jornal de ampla circulação no estado, dados da Secretaria do Estado de Saúde do Pará (SESPA) evidenciaram o Pará como líder em número de casos de AIDS entre os idosos, com 214 casos entre o grupo etário de 60 a 80 anos do total de de 5.465 casos investigados de AIDS, com 12 novos casos só em 2016.

Sabe-se que a AIDS, assim como outras infecções de transmissão sexual podem ser evitadas através de medidas simples, sendo a principal, o uso do preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais, para tanto, o conhecimento vem a ser um fator de extrema importância para adoção de estratégias preventivas (VIEIRA, 2012). Vários idosos demonstram conhecimento de que o uso de preservativo de forma correta evita a contaminação pelas IST e AIDS.

Em primeiro lugar, nós temos que usar camisinha. **(RAONI)**

A solução [para evitar ISTe AIDS] é usar preservativo. **(UBIRANI)**

[...] tem que conhecer e usar camisinha. **(AIYRA)**

[..] ai eu disse 'rapaz, meu filho, toma jeito! Dá um jeito de não se misturar mais com essas mulheres, você é solteiro mas não faça isso não. Usa camisinha! **(MAIARA)**

Contudo, quando conversamos com os mesmos idosos sobre o uso do preservativo fica evidente que conhecer nem sempre reflete atitudes em relação à prevenção e que conhecimento é o fator principal para a prevenção, mas não o suficiente.

Eu acho, nunca usei. **(IRANI)**

Meu marido não gosta de camisinha, não usa. **(JANAÌNA)**

Eu também não gosto. Não gosto. **(ANAHÍ)**

Eu também não uso. Confio na minha esposa. **(GUAÇU)**

Eu não uso, porque como já disse, confio na minha esposa. Eu só faço sexo com ela, porque não vou me meter com outra que não conheço, não vou me arriscar, a toa. **(GUAÇU)**

Eu com 72 anos já, não gosto de usar. **(RAONI)**

Eu sou solteiro, moro só. As vezes quando eu saio eu não uso. Nem sempre uso. Quase nunca uso. **(MUCANAÍMA)**

É notável nos relatos dos participantes, tanto homens como mulheres, a ideia de imunidade que a confiança no parceiro acarreta. Estudos semelhantes evidenciam que tanto os idosos, quanto as idosas consideram não existir risco na relação com parceiros, talvez pela oposição que a AIDS fez ao amor e ao companheirismo, visto seu surgimento estar atrelado a grupos específicos, levando as pessoas que vivem em condição de casados se perceberem mais protegidos.

As mulheres casadas reconhecem que hoje, todas as pessoas devem se proteger contra a AIDS, exceto elas mesmas, visto que se sentem protegidas dentro do casamento, devido à confiança que sentem em seus maridos. A confiança no parceiro pode ser interpretada nesses casos não como uma demonstração irresponsável de crença no parceiro, mas como uma aposta na direção no futuro do relacionamento conjugal, baseada em uma relação de reciprocidade que dê estabilidade ao relacionamento (OLTRAMARI; CAMARGO, 2010; ANDRADE, 2010). Dessa forma, a exigência do uso da camisinha por parte do parceiro vai em direção contrária, a da desconfiança e da suspeita de traição. Quando as idosas foram questionadas sobre o uso do condom (preservativo) masculino e feminino:

No caso do meu marido, ele queria que eu usasse [o condom feminino], né? Ele queria colocar, mas eu fiquei com vergonha. **(JANAÏNA)**

Olha que ele tava suspeito de alguma coisa, para querer que tu usasse. **(MAIARA)**

Tava com medo de passar alguma coisa pra ti. **(IRANI)**

As pessoas tem preconceito de usar, porque só essas mulheres da vida que tem que usar, sabe como é? **(AIYRA)**

O contato sexual é a principal forma de transmissão da AIDS entre a população com 60 anos ou mais de idade e mesmo sendo a forma de prevenção mais conhecida pelos idosos, é seis vezes menos utilizada do que entre a população mais jovem (BATISTA *et. al.*, 2011). Dessa forma, é muito importante refletir sobre os motivos que envolvem a falta de adesão ao uso de camisinha entre os idosos. Dentre eles podemos destacar ainda algumas falas que demonstram os papéis assumidos por homens e mulheres e a relação de poder entre eles. Quando refletimos nos grupos por que as mulheres têm dificuldades de negociar com os parceiros sobre o uso do condom, alguns idosos relataram:

Porque elas se acham submissas, né? Que ele é o chefe. Ele que manda. Só ele que manda em tudo. Ai tem medo de perder a condição dele, a dependência dele mesmo. **(AIYRA)**

[medo] De perder o amor. **(IRANI)**

[...] Porque o homem se acha o melhor. **(GUAÇU)**

Ele é o cara. **(UBIRANI)**

Essa relação de submissão de mulheres aos seus maridos, ainda vivenciada por mulheres neste século, é fruto de anos de uma cultura desigual entre os sexos, mais forte ainda na criação destes homens e mulheres, hoje idosos. Enquanto aos homens sempre coube o papel de ser o chefe da família, responsável pelo sustento e estabelecendo uma relação de poder, às mulheres, ao serem excluídas da participação na vida social e política, foi negada, a oportunidade de adquirirem autonomia e independência financeira, sendo o casamento, por muito tempo, a única oportunidade que muitas delas tinham de adquirir segurança financeira e de se firmarem como seres obedientes às exigências sociais de mulher casada, mãe e dona-de-casa (FERNANDES, 2009). Dessa forma, é fácil supor que discutir sobre sexo e negociar o uso da camisinha se torna bastante difícil. Além disso, historicamente, o uso do preservativo sempre foi associado a práticas de promiscuidade, prostituição e comportamentos extraconjugais, ocasionando incredulidade e perda de respeito (ARDUINI; SANTOS, 2013).

Por outro lado, existem justificativas de cunho biológico e atreladas às mudanças ocorridas com o envelhecimento que interferem no uso do condom. Além do conhecido discurso, comum nas diversas faixas etárias sexualmente ativas, de que o uso do preservativo é desvantajoso pois diminui a sensibilidade do ato sexual, gerando desconforto e uma sensação de artificialidade, outros obstáculos são percebidos entre o grupo de idosos: os homens temem perder a ereção e ainda acham que o cuidado só é necessário nas relações com as profissionais do sexo, já as mulheres não sentem necessidade de exigir o preservativo, porque já perderam a capacidade de engravidar e consideram que não necessitam mais de prevenção (ARDUINI; SANTOS, 2013; SANTOS; ASSIS, 2008; BATISTA *ET. AL.*, 2011).

Eu já ouvi uma conversa, que é desconfortável usar camisinha. Ai já sei, esse daí não usa camisinha. **(MAIARA)**

Tem uns que não gostam. Diz que não tem o mesmo gosto. Eu tô fora. **(AIYRA)**

Mas tem gente que não usa porque não gosta. Se incomoda com aquilo. Diz que é o mesmo que chupar bala com a capa, sem tirar o papel. **(UBIRANI)**

Eu não sei se isso acontece com os meus colegas, mas comigo acontece. Sabe, até os meus 64, 66 anos, tudo funcionava bem e de repente [...] foi diminuindo aquela potência. Então, fica mais difícil colocar a camisinha num pênis bêbado. Então, eu não consigo. Quando ele ta reto, bem, eu consigo, mas quando tá bêbado, não dá. **(RAONI)**

Outro fator que dificulta a adesão ao uso do condom está no fato de que a população idosa iniciou a vida sexual antes do surgimento do HIV/AIDS, não reconhecendo o risco de contrair a infecção e não estar familiarizada com o uso do preservativo (SANTOS; ASSIS, 2008).

Ele [o idoso] não usa porque não foi acostumado com isso. Ele não precisava usar antes e continua não usando. E não foi acostumado, não teve orientação e acha que é um bicho de sete cabeças. **(AIYRA)**

Eu tive meus filhos e depois meu parceiro me deixou. Mas eu não conversei com ele [sobre o uso de condom]. Naquele tempo, assim, não tinha esse negócio de falar sobre AIDS, isso já foi agora, né? **(NINA)**

O assunto amplamente referido quando discutimos no grupo de idosos, homens e mulheres, sobre o uso do condom e sobre as IST foi a traição. Se por um lado, relatava-se que a falta de adesão ao uso do condom está relacionada à confiança no parceiro, por outro, percebemos que tanto os idosos quanto as idosas reconhecem a existência de relacionamentos extraconjugais e culpam estes pela contaminação por IST, revelando um risco não assumido existente mesmo entre os casados. Além disso, relacionam as IST ao envolvimento com pessoas mais jovens, principalmente de idosos com mulheres. Mais uma vez atribuindo aos mais jovens o papel de disseminadores das IST. Quando os participantes da pesquisa são convidados a refletir como que os idosos têm sido contaminados já na terceira idade com as IST e a AIDS, mesmo os casados, é iniciado um discurso consensual de que

os idosos homens traem suas esposas com mulheres mais novas, sem proteção e por isso se contaminam.

A única relação que eu acho que pode ter [entre IST e os idosos] é a experiência que a gente tem e que teve, e que alguns ainda tem até hoje. Por exemplo, hoje a gente vê coroa enxuto de 70 anos e anda [se relacionando] com menina de 20 anos, de 18 anos. **(GUAÇU)**

A pessoa sai de casa e nem *tá* com a intenção de fazer isso, mas pinta a ocasião. É isso que ele diz aí. **(UBIRANI)**

[...] aí se mete com umas meninas assim novinhas por aí. Aí pega doença e não *tá* certo [...] O velho é teimoso. O velho não *tá* muito atualizado nas coisas. Ele quer ser novo. Ele é danado mesmo. Conhecia uns velhos que só falava em namorar menina nova. Gostavam de proza, e as prozas tudo sobre menina nova. Só queriam novinha. **(MAIARA)**

Verificamos que os homens idosos buscam afastar, de algum modo, a velhice, mantendo-se ativos em todos os sentidos e esforçando-se, assim, para manterem-se incluídos no modelo hegemônico de masculinidade considerado “normal” nas sociedades contemporâneas ocidentais (FERNANDES, 2009). Se os idosos são contaminados dessa forma, sendo eles solteiros ou casados e por saber que não usam nenhum tipo de proteção durante o ato sexual, não é difícil supor como as IST e a AIDS invadem o núcleo familiar.

Às vezes a mulher se contamina do próprio marido. **(UBIRANI)**

A mulher também pega AIDS em casa, que o homem pegou na rua e a mulher nem sabe. E quando o cara descobre que ela *tá* com uma doença venérea ele ainda diz ‘ah, tu me traíste!’, ‘ah, tu me meteste chifre’. E quando acaba foi ele que foi ganhar fora. **(GUAÇU)**

O esposo vai com uma menina dessa e depois fica com a esposa, aí ela pega. Ela pega sem maldade nenhuma, sem saber. **(AIYRA)**

Essa conclusão inevitável, nem sempre é fácil de ser realizada. Especialmente entre as idosas do grupo, a conclusão de que nem mesmo o casamento pode ser considerado um ambiente seguro no que tange às IST e AIDS, foi seguida com um longo período de silêncio e reflexão. A questão cultural da infidelidade e a

multiplicidade de parceiras aceita socialmente na trajetória de vida dos homens que hoje têm mais de 60 anos, associada a prática de sexo sem proteção, leva a à exposição das esposas ao risco de infecção (SANTOS; ASSIS, 2008). Dessa forma, evidencia-se a importância de ampliar as oportunidades de reflexões que embasem o conhecimento e ampliem as escolhas seguras de idosos e idosas, favorecendo a discussão sobre sexualidade, sexo, IST e AIDS e a negociação sobre o uso de proteção.

4.3.4 A enfermagem entre o Velho e Novo: uma conversa sobre IST e HIV/AIDS com idosos

Sabe-se que ao longo dos anos, a AIDS tornou-se cada vez mais expressiva entre os idosos. Quando avalia-se a resposta brasileira à epidemia da AIDS, percebe-se que uma de suas principais características é estar fortemente relacionada aos direitos humanos. A principal estratégia da política de prevenção do HIV no país (realização do sexo seguro), ancora-se no respeito ao direito de cada cidadão vivenciar plenamente sua sexualidade, tendo acesso aos meios necessários para fazê-lo da forma mais segura possível, evitando consequências indesejadas (PASCOM, ARRUDA, SIMÃO, 2011; BRASIL, 2013b). Para tanto, se faz necessário tornar acessíveis as informações sobre o HIV, sobre a AIDS, meios de transmissão e prevenção.

Quando na aplicação do QHIV3i, os idosos deste estudo demonstraram um nível de conhecimento satisfatório em relação ao reconhecendo do vírus HIV como causador da AIDS, a forma diagnóstica da doença e até mesmo a principal forma de prevenção da contaminação pelo HIV. Respostas semelhantes foram identificadas na discussão do grupo focal. Quando questionados sobre o que é a AIDS, responderam:

É uma doença venérea. **(AIYRA)**

A AIDS é uma doença que praticamente ela não mata, mas manda matar. A pessoa pega outra doença através da AIDS e não tem cura [...]. A AIDS é

uma doença que enfraquece o corpo, aí a pessoa pega outra doença e morre. **(TEÇÁ)**

Eu só sei que ela afeta o sistema imunológico da pessoa. **(MAIARA)**

Da mesma forma, observou-se que os idosos conhecem algumas formas de transmissão da doença, a saber:

No sexo, na transfusão de sangue. **(AIYRA)**

Em várias partes, né? No dentista, na manicure. **(IRANI)**

Transfusão de sangue. **(TEÇÁ)**

Através de sexo, transfusão de sangue[...]. Olha! Por exemplo, o cara que se droga, usa uma seringa com agulha, *aí* todo mundo usa pra se drogar a mesma agulha. No outro dia vão usar a mesma agulha. **(RAONI)**

Entretanto, nem todas as respostas são animadoras no sentido de demonstrar que os idosos estão bem informados a respeito da AIDS. Da mesma forma que o QHIV3i demonstrou que os idosos desconhecem a fase assintomática da doença, as formas em que ocorrem a transmissão e não ocorrem a transmissão, nos encontros com os idosos, foi possível observar algumas ideias equivocadas a respeito do vírus:

Pega na saliva? No beijo, né? **(AIYRA)**

Pega sim, né? Porque quando a gente faz o exame, eles pegam saliva da gente, né? Metem um negócio na boca. **(NINA)**

Hoje a gente ouviu falar que o fulano tá com AIDS. A gente fica sabendo que a pessoa tá ruim, como eu tenho gente que eu conheço, pela aparência da pessoa. Você pela aparência da pessoa que ela tá numa situação deprimente, com AIDS. **(GUAÇU)**

Eu escuto falar da AIDS recente, de 80 para cá, que começou na África e que se espalhou para o mundo. O foco da AIDS é na África. Os macacos.. Achar que a AIDS foi transmitida para o homem através do macaco, do macaco africano. O chipanzé é igualzinho um homem em pé. A macaca fêmea é igualzinho uma mulher em pé. Então, as tribos, algumas pessoas criavam esses macacos. Você acha que um homem que criava essas macacas não iam se servir da macaca? [Ideia da transmissão do macaco para os humanos através do sexo]. **(RAONI)**

Sabe-se que a AIDS é transmitida por contato direto, por via sexual (esperma e secreção vaginal); pelo sangue (via parenteral e vertical); e pelo leite materno. Não havendo evidências da transmissão por outros meios. Líquidos corporais, tais como suor, lágrima e saliva concentram apenas anticorpos contra o HIV e partículas virais não infectantes (fragmentos de proteínas virais). Entre 5 a 30 dias da infecção ocorre o aparecimento de sinais e sintomas da fase aguda, que assemelham-se bastante ao de uma gripe e levam a um baixo índice de suspeição, tais como febre, mialgia, artralgia, cefaléia, dentre outros sinais e sintomas brandos. Após essa fase inicial, evolui-se para uma longa fase assintomática que pode durar de alguns meses a alguns anos, com sintomas clínicos mínimos ou inexistentes. Podendo o indivíduo infectado transmitir o vírus durante todas as fases da infecção (BRASIL, 2010). Dessa forma, fica fácil supor que não é possível a identificação das pessoas infectadas pela aparência.

Estudo epidemiológico realizado com um grupo de 30 idosos e outro de 62 jovens, de igual escolaridade, com o objetivo de comparar a percepção de homens idosos à de adultos jovens sobre AIDS, evidenciou que em relação ao conhecimento sobre a doença, predominou entre os idosos as respostas insatisfatórias. Da mesma forma, o grupo mais velho, mais frequentemente discordou que uma pessoa com aparência saudável pode ser portadora do vírus (MELO *et. al.*, 2012). Igualmente, em outra pesquisa, de inquérito nacional e com amostra de sujeitos de 15 à 64 anos, evidenciou-se que os menores percentuais de conhecimento referente ao HIV se verificaram entre os indivíduos de 50 a 64 anos (BRASIL, 2016a).

Quando os idosos desse estudo foram questionados em relação ao local onde receberam informações sobre a AIDS, estes responderam:

Na televisão. [...] A televisão informa para a gente direitinho as coisas.
(MAIARA)

Na televisão, nas revistas, nos jornais. **(AIYRA)**

Todos os meios de comunicação. **(IRANI)**

Eu sou do grupo de 4ª feira aqui da assistente social, lá a gente sempre discute essas coisas [referindo-se ao grupo dos idosos]. **(NINA)**

Palestra eu nunca ouvi. Eu, é a primeira vez que falo assim. **(UBIRANI)**

Eu também. Eu também. Primeira vez [que fala sobre AIDS na terceira idade]. **(TEÇÁ)**

Eu faço parte de um grupo e a gente discute algumas coisas. **(RAONI)**

Como é possível perceber, muitos dos idosos participantes da pesquisa receberam informações sobre a AIDS e outras doenças de transmissão sexual. Contudo, ao avaliar o acesso dos idosos à informação, é imprescindível recordar que os que fazem parte dessa pesquisa foram escolhidos em um grupo de uma unidade de saúde que trabalha com estratégias de promoção ao envelhecimento saudável. Sendo esse grupo, de certa forma, favorecido ao acesso à informação em comparação à outros idosos que não freqüentam grupos com objetivo semelhante.

Por isso, é necessário avaliar de um ângulo mais amplo, considerando que mesmo em face do aumento da representatividade dessa faixa etária entre os infectados pelo HIV, somente recentemente tem sido dada maior importância à investigação desses grupos e às iniciativas de prevenção, de forma ainda muito discreta. Isso é ratificado pelo fato de que só a partir de 2008 os idosos têm sido alvo de Programa Nacional de Educação e Prevenção da AIDS aqui no Brasil (BRASIL, 2008). Além disso, chama atenção o fato de que uma das maiores pesquisas de âmbito nacional realizada pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de coletar dados que permitam avaliar indicadores referentes ao conhecimento, às atitudes e às práticas da população brasileira relacionados à IST, HIV/ AIDS e hepatites virais, somente contempla os indivíduos com idade entre 15 e 64 anos, seja a pesquisa realizada em 2008, quanto a realizada em 2013, mesmo diante do evidente crescimento da população de idosos ativos e do alarmante número de infectados pelo HIV entre a terceira idade (BRASIL, 2011b; 2016).

Da mesma forma que a invisibilidade da sexualidade do idoso influenciou na ausência de políticas públicas efetivas em relação à prevenção da AIDS e IST entre os idosos, os profissionais de saúde apresentam certa relutância em discutir com os idosos sobre sexualidade, sexo, AIDS e IST. Questionados sobre a conduta da equipe de saúde em relação à investigação da AIDS e IST, os idosos deste estudo responderam:

As vezes tem médico que pergunta, mas outros... **(TEÇÁ)**

/x/! É muito difícil [...] Se você não perguntar, ele não pergunta é nada.
(UBIRANI)

O médico não pergunta nada. Você chega e ele já está aqui [faz gesto de que está escrevendo de cabeça baixa]. Ele só diz e *a?*? O que o senhor tá sentindo. **(RAONI)**

Depende, tem médico que a gente vai conversar que não olha nem pra gente. **(JANAÌNA)**

Para mim nunca perguntaram. **(AIYRA)**

Nem para mim, não perguntam. Quem dera se eles perguntassem! Mas quando que perguntam. . **(ANAHÌ)**

Os profissionais de saúde não estão preparados para identificar a vulnerabilidade dessas pessoas em relação ao HIV/AIDS. Além disso, a crença de que todas as queixas, sinais e sintomas estão relacionados à idade, o tão famoso ageísmo, dificulta ainda mais o diagnóstico precoce da AIDS. Mesmo em presença de sinais e sintomas sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem na AIDS, negligencia-se esse público de usuários, não oferecendo as mesmas oportunidades diagnósticas, em face da crença em sua assexualidade e por atribuírem a sintomatologia a outras comorbidades mais prevalentes na população idosa (RABELO; LIMA, 2011).

Esse dado reflete na oferta do exame diagnóstico da AIDS. Entre os idosos participantes desse estudo, menos da metade já realizaram o teste HIV. Estudo que objetiva investigar entre os idosos vivendo com HIV/AIDS e os profissionais de saúde, quais são os motivos que levam ao diagnóstico tardio da infecção pelo HIV nos idosos, evidenciou-se que mesmo o idoso apresentando sinais e sintomas sugestivos de infecções oportunistas relacionado à AIDS, os profissionais de saúde não solicitaram a sorologia anti-HIV, e o diagnóstico da infecção aconteceu tardiamente. Dentre as muitas justificativas, prevalece a falta de diretrizes

específicas para a solicitação da sorologia anti-HIV para os idosos, considerando o novo panorama da infecção mundial (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

É importante salientar que as iniciativas de inserção de conteúdos relativos ao ensino sobre saúde do idoso nos currículos universitários, ainda é muito recente. O que não contempla a formação da maioria dos profissionais de saúde em atividade no Brasil. Estudos têm demonstrado a necessidade da inserção das disciplinas de Geriatria e Gerontologia, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, em face das mudanças epidemiológicas e da necessidade de oferecer um cuidado integral ao idoso. Na enfermagem não tem sido diferente, o ensino da gerontologia ou saúde dos idosos foi inserido entre os cursos de graduação como iniciativa de algumas escolas, independentemente da legislação vigente. Contudo, ainda há muito a caminhar (DIOGO; DUARTE, 1999; CARVALHO, 2015).

São os próprios idosos participantes dessa pesquisa que sugerem que espaços de discussão sobre sexualidade, sexo e prevenção de doenças de transmissão sexual sejam ampliados.

A gente nunca sabe tudo, sempre tem muita coisa para gente aprender. Mesmo a gente velho já, a gente pode aprender. **(UBIRANI)**

Envolver até a igreja, né? A religião é um foco, né? **(AIYRA)**

Sinceramente, eu vejo tanta propaganda na televisão, é lá no sul que é feito. Porque os jovens estão se contaminando, as pessoas estão se contaminando, os velhos estão se contaminando. Essas propagandas que tem de montão, não estão surtindo efeito. Acho que é preciso mesmo é ter palestra, para cada categoria de gente, para os jovens, para o adulto, para o velho, nos seus sindicatos, nas suas associações de bairro, com pessoas especializadas, constantemente, entregando camisinha. **(MAIARA)**

Observa-se que mesmo que os idosos tenham algum conhecimento relativo à AIDS, sua transmissão e ao uso de preservativo, não necessariamente isso influencia nas suas atitudes e a opção por práticas sexuais seguras. Dessa forma, torna-se de extrema importância a mudança do imaginário coletivo do idoso decadente, dependente e assexual, refletido em novas propostas de saúde pública e assistência ao idoso.

A enfermagem é peça chave nesse processo de mudança em relação às políticas de saúde, devendo incorporar ao seu ensino cada vez mais discussões e estudos em relação ao idoso em todos seus aspectos e à sua práxis a adoção de estratégias educativas ampliadas, direcionadas e intensivas, envolvendo escolas, igrejas e a comunidade em geral, ofertando insumos para prevenção e a oportunidade da realização de testes diagnósticos precocemente. Alcançando assim um cuidado integral e contemplando a sexualidade também como necessidade humana básica do idoso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do envelhecimento ativo como um processo que objetiva maior participação e inclusão social e consequente melhora da qualidade de vida das pessoas conforme ficam mais velhas, associada aos avanços de tecnologias modernas acessíveis, por exemplo aos insumos farmacêuticos, tem contribuído para o prolongamento da vida e manutenção de vida sexual entre idosos. Nem por isso sua sexualidade tornou-se mais visível. Sabe-se que para que uma pessoa possua Saúde Sexual, alguns direitos humanos são indispensáveis, tais como o acesso à informação e à educação, favorecendo a autonomia de exercer sua sexualidade de forma orientada e segura. Contudo, privado desses direitos, o idoso mantém-se exposto e vulnerável às infecções de transmissão sexual, o que inclui a AIDS.

Em contrapartida, sabemos que a AIDS é uma doença evitável através da adoção de medidas protetoras básicas. Para isto, é necessário conhecer sobre a doença, sua forma de transmissão, de prevenção e a adoção de comportamentos igualitários entre os pares sexuais. Por saber que as iniciativas de educação em saúde a respeito das infecções sexualmente transmissíveis, amplamente realizadas para os grupos etários mais jovens, não tem contemplado o idoso; e por saber ainda da formação reprimida destes, onde o assunto sexualidade ou sexo dificilmente foi discutido, as projeções não são animadoras.

Os idosos participantes dessa pesquisa possuem algum conhecimento sobre a AIDS, principalmente em relação aos domínios “conceito”, “transmissão” e “prevenção”. Contudo, é possível perceber que ainda existem muitas lacunas de conhecimento, mesmo dentro dos domínios já citados, no que se refere a reconhecer a fase assintomática da doença e as formas em que não ocorre a transmissão do vírus. Além disso, ainda que seja animador o dado apresentado sobre o conhecimento desses idosos a respeito da prevenção através do uso do preservativo, quase totalidade deles reconheceu que nunca utilizou a camisinha em suas relações sexuais. Da mesma forma, ainda que admitam que o idoso não está

imune a ser infectado pelo HIV, poucos são aqueles que já realizaram o teste para sua detecção.

Foi possível entender que a sexualidade do idoso se apresenta de várias formas, na afetividade, no carinho, no companheirismo e que ela é muitas vezes sujeita às alterações impostas pelo processo de envelhecimento, sendo mais impactante no homem do que na mulher. Notamos ainda, que a sexualidade no idoso é intensificada pela presença de comorbidades comuns nessa faixa etária. Por outro lado, a invisibilidade e a falta da valorização dessa no idoso, mesmo pelos profissionais de saúde, o que é mais grave, não permitem que o idoso seja orientado ou instruído para que possa manifestar e vivenciar sua sexualidade de forma mais plena e segura.

Quando o idoso enfrenta o processo de viuvez, a negação da sexualidade é influenciada principalmente pela família, apoiada pela concepção social e se enquadrando às normas e aos ideais estabelecidos. Obviamente, pela educação repressora e machista, isso ocorre de forma mais intensa quando trata-se da idosa viúva, que vive uma privação voluntária ou uma participação passiva na sociedade. Ainda assim, essas idosas assumem que sentem falta de um relacionamento, mas reprimem o que sentem por questões religiosas, familiares, bem como pelo medo da contaminação com doenças de transmissão sexual. O que nos revela a ideia que estas idosas têm de que o casamento oferece proteção para essas doenças, uma imunidade. Outro entrave para novos relacionamentos, demonstrado pelas idosas, diz respeito ao medo da violência, tanto física, quanto financeira e patrimonial, reforçada pelas experiências que ouviram ou viram acontecerem com outras pessoas.

A respeito das infecções sexualmente transmissíveis, os idosos retrataram muitas delas, que geralmente conheceram através da contaminação de conhecidos ou conversas informais, quase nunca pela experiência própria. Muito pelo contrário, não fazem relação dessas com a terceira idade, relacionando-as sempre aos jovens em suas relações imaturas e intensas, mais uma vez demonstrando a falsa ideia da imunidade adquirida com o envelhecimento. A pouca oferta de informações a respeito das IST, contribuem para ideias equivocadas a respeito dessas doenças como, por

exemplo, da erradicação da grande maioria das infecções de transmissão sexual e portanto do risco inexistente durante a atividade sexual.

Ter conhecimento sobre a doença não refletiu, necessariamente, na adoção de medidas preventivas por parte dos idosos. Quando questionados a respeito da falta do uso do preservativo, foram várias as justificativas: a confiança no parceiro, principalmente entre os casados e, portanto, a conseqüente desconfiança que a exigência do uso geraria; a evidente relação de poder do homem sobre a mulher, dificultando a negociação do uso do preservativo; o já conhecido discurso da perda da sensibilidade com o uso; a dificuldade de colocar o preservativo masculino pela ereção incompleta no homem ou pelo ressecamento na mulher; e a falta de hábito, visto terem iniciado a vida sexual antes do surgimento da AIDS e, portanto, não reconhecerem a importância do uso. Contudo, a justificativa amplamente utilizada e que mereceu mais discussão foi a de que o casamento impõe fidelidade e portanto, dispensa a necessidade do uso. Por outro lado, demonstrando uma total incoerência, os idosos assumiram que podem existir relacionamentos extraconjugais, geralmente com pessoas mais novas, o que implica risco de contaminação no seio familiar. Ainda assim, a conclusão de que nem mesmo o casamento pode ser considerado um ambiente seguro no que tange às IST e à AIDS não foi fácil de ser obtida, principalmente entre as idosas.

Ao discutir sobre a AIDS com os idosos e idosas participantes, obtivemos um nível de conhecimento satisfatório, que por um lado, pode estar relacionado aos participantes freqüentarem grupos da terceira idade, onde ocorrem discussões e são fornecidas informações sobre assuntos diversos. Ainda assim, algumas ideias errôneas puderam ser observadas nos discursos desses idosos, tais como a transmissão da AIDS pela saliva ou beijo e o fato de que as pessoas infectadas podem ser reconhecidas pela sua aparência. Essas ideias refletem o acesso que esses idosos estão tendo à informação, geralmente através dos meios de comunicação em massa, direcionados a grupos específicos (que não o deles), de forma a amenizar a doença. Em contrapartida, ficou evidente que a equipe de saúde pouco ou nada tem contribuído para esclarecer dúvidas ou o que é mais grave, oferecer meios preventivos ou de diagnóstico para os idosos.

Os profissionais de saúde em geral, não estão preparados para oferecer um atendimento integral ao idoso que contemple a sua sexualidade. O ageísmo e o foco nas doenças crônicas não transmissíveis que são freqüentes nessa faixa etária, desviam esses profissionais de um atendimento mais amplo e ocupam todo o espaço nos consultórios, nas ações e palestras educativas. Por outro lado, têm-se negligenciado a saúde sexual do idoso, não permitindo que este possa expressar sua sexualidade de forma plena, informada, livre de discriminação e de qualquer violência.

Pelo contrário, o imaginário coletivo do idoso em decadência de todas as suas funções, inclusive as sexuais, somado à formação ainda recente e pouco suficiente dos profissionais em geriatria ou gerontologia, resultam na falta da oportunização da prevenção das infecções de transmissão sexual, bem como do diagnóstico e tratamento precoce. Juntando isso à vulnerabilidade desses idosos, pela formação social e pelas alterações biológicas impostas pelo envelhecimento, temos como resultado um alarmante aumento das taxas de infecção da AIDS nesse grupo etário, bem como de outras doenças de transmissão sexual e de óbitos relacionados.

Por reconhecer que o conhecimento não necessariamente influencia nas atitudes e na opção por práticas sexuais seguras entre os idosos, por reconhecer que este tem sido contaminado através do sexo e que nele, a AIDS evolui mais facilmente para formas mais tardias e, portanto, mais graves, torna-se ainda mais urgente ampliar as oportunidades de reflexões a respeito da vulnerabilidade do idoso e também repensar e propor novas práticas de saúde pública e assistência a esse público que não somente embasem o conhecimento deles à respeito de sua sexualidade, bem como ofereçam meios para que eles possam vivenciá-la e realizá-la de forma segura.

É nesse contexto que a enfermagem se torna essencial, por desde muito cedo incorporarmos ao ensino da profissão a sexualidade como uma necessidade humana básica e como tal, necessita ser satisfeita para que as outras necessidades possam ser alcançadas, tais como a autoestima e a autorrealização. Dessa forma, devemos também agregar ao ensino da enfermagem cada vez mais discussões e estudos com foco no idoso e também em todos seus aspectos, inclusive a

sexualidade. Da mesma forma, na prática de sua profissão e por entender que o envelhecimento é um processo inevitável do ser humano e uma realidade crescente na sociedade, a enfermagem deve traçar estratégias educativas e assistenciais focadas no idoso em busca da sua integralidade. Para tanto, vale a pena impulsionar um esforço coletivo e que envolva toda a sociedade, seja nos grupos dos idosos, seja em escolas, em igrejas e na comunidade em geral, estimulando uma mudança na mentalidade e aumentando a visibilidade do idoso e de sua sexualidade, bem como diminuindo as diferenças e relações de poderes entre os gêneros. Dessa forma, poderemos ir ao encontro do envelhecimento ativo e, tanto o idoso, quanto a idosa poderá alcançar a sua saúde sexual.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, D. L. *et al.* Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v.19, n.8, p.3533-3542, 2014.

ALENCAR, R.A.; CIOSAK, S. I. AIDS em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n.6, p.1140-6, nov.-dez. 2016.

ANDRADE, H.A.S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M.I.P.O. AIDS em idosos: vivências dos doentes. **Escola Anna Nery**, v.14, n.4, p.712-719, out.-dez. 2010.

ARDUINI, J. B.; SANTOS, A. S. Homem idoso: sexualidade e AIDS. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.379-83, jul./set. 2013.

AVIZ, S. **Autocuidado de mulheres residentes no município de Benevides/PA na prevenção e controle do HPV**: participação do (a) enfermeiro (a). 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

BASTOS, C. C. *et al.* Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 87-95, 2012.

BATISTA, A. F. O. *et al.* Idosos: associação entre o conhecimento da AIDS, atividade sexual e condições sociodemográficas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 39-48, 2011.

BELÉM. Secretaria Municipal de Coordenação Geral de Planejamento e Gestão. **Anuário Estatístico do Município de Belém**. v.17. Belém: SEGEP, 2012.

BELÉM. Secretaria de Estado de Saúde Pública. **SESPA intensifica campanha contra DST/Aids nos municípios paraenses. 2015**. Disponível em <<http://www.saude.pa.gov.br/?p=584>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

BEZERRA, V. P. *et. al.* Vulnerabilidade de idosos ao contágio pelo hiv no contexto de práticas preventivas. **Revista de enfermagem da UFPE on line**, Recife, v.8, n.1, p.22-9, jan. 2014.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1997.

_____. Ministério da Educação e Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: Saúde. Brasília, 1998.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica; n.19).

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST 2008**. Brasília, 2008. 1 v.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde**. 8. ed. rev. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Ano II, n.1).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

CARDOSO, F. C. *et. al.* Da juventude à velhice: sexualidade de idosos praticantes de atividade física. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Porto Alegre, v.41, n.1, p.34-40, 2012.

CARVALHO, C. R. A. **A 'Saúde do Idoso' no ensino superior de universidades públicas do Rio de Janeiro: o caso dos cursos de Educação Física, Enfermagem e Nutrição**. 2015. Tese (doutorado)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

CARRIÇO, S.; NEVES, R. Liberdade involuntária em idosas viúvas: olhares narrativos. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.17, n.3, p.43-57, dez. 2014.

CEZAR, A.K.; AIRES, M; PAZ, A. A. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.5, p.745-50, set-out. 2012.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L.F. M. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13, 2002, Ouro Preto. Anais. Minas Gerais: ABEP, 2002. Disponível em: <http://www.moodle.ufba.br/file.php/12824/Texto_Pesquisa_Qualitativa.pdf>. Acessado em: 13 mai. 2015.

DALL'AGNOLL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan. 1999.

DIOGO, M.J.D., DUARTE, Y.A.O. O envelhecimento e o idoso de graduação em enfermagem no Brasil: do panorama atual à uma proposta de conteúdo programático. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 33, n. 4, p. 370-6, dez. 1999.

- DORNELAS NETO, J. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.12, p.3853-3864, 2015.
- DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem parte 3: métodos mistos e múltiplos. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.15, n. 5, set.-out. 2007.
- FERNANDES, M. G. M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.5, p.705-10, set-out. 2009.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.105-109, 2005.
- FONSECA, A. Prevenção às DST/AIDS no ambiente escolar. **Interface - Comunicação, Saúde Educação**, v.6, n.11, p.71-88, 2002.
- FLEURY, H. J.; ABDO, C. H. N. Envelhecimento, doenças crônicas e função sexual. **Diagnóstico e tratamento**, São Paulo, v. 17, n.4, p.201-205, 2012.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal Psychiatric**. res. v.12, p. 189-98, 1975.
- GARCIA, S. KOYAMA, M. A. H. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 72-83, 2008. Suplmento.
- GIRONDI, J. B. R. *et al.* Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 25, n.2, p. 302-307, 2012.
- GÓES, T. M. **O cultivo do bem viver das pessoas idosas e a tecnologia cuidativo-educacional de enfermagem**. 2014. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.
- GRADIM, C. V; SOUSA, A. M.; LOBO, J. M. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enfermagem** , v. 12, n.2, p. 204-13, 2007.

GRECO, D. B. **Trinta** anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v.21, n.5, p.1553-1564, 2016.

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 29. Rio de Janeiro, 2012.

_____. **Censo demográfico 2010: resultados do universo da população e dos domicílios**. 2010. Disponível em: <[http://www.cidades.ibge.gov.br/.](http://www.cidades.ibge.gov.br/)> Acesso em: 20 nov. 2014.

_____. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil- 2013: Breve análise da mortalidade nos períodos 2012-2013 e 1980-2013**. Rio de Janeiro, 2014.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONE, M. C. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v.35, n.2 , p. 115-21, jun. 2001.

JARDIM, L. N. **O HIV na Terceira Idade: o lugar designado ao Idoso nas Políticas em HIV/AIDS e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática**. 2012. 184f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

LAROQUE, M. F. *et. al.* Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32., n.4, p. 774-80, dez. 2011

LAZZAROTTO, A. R; *et. al.* O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio Grande do Sul, v.13, n. 6, p.1833-1840. 2008.

LIMA, T. C.; FREITAS, M. I. P. **Caracterização da população de 50 anos ou mais atendidas em um serviço de referência em HIV/AIDS, Brasil**. Campinas, v.22, n. 2, p. 77-86, mai/ago. 2013.

MASCARENHAS, M. D. M. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações

realizadas no setor saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Brasília, v. 17, n. 9, p.2331-2341, 2012.

MASCHIO, M. B. M. *et. al.* Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 583-9, set. 2011.

MASLOW, Abraham H. **A theory of human motivation**. New York: Harper & Brothers: 1943. Disponível em: <psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>. Acesso em: 23 jan. 2015.

_____. **Motivation and personality**. New York: Harper & Brothers, 1954.

MASTER, W. H.; JOHNSON, V. E.; KOLODNY, R C. **O relacionamento amoroso: segredos do amor e da intimidade sexual**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

MENDES, N. P. **Tecnologia sociocuidativa do videodebate e gerontocultura**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Belém, 2015.

MARQUES, F. SOUSA, Liliana. Agregado familiar de casais idosos: estrutura, dinâmicas e valores. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.15, n.1, p.177-198, fev.2012.

MELO, H. M. A. O conhecimento sobre AIDS de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.43-53, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** . 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MONTEIRO, T. J. *et. al.* Avaliação do conhecimento sobre HIV/AIDS em grupo de idosos através do QHIV3i. **Geriatrics e Gerontologia Aging**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.29-33, 2016.

MORSE J. Principles of mixed methods and multimethod research design. In: TASHAKKORI, A.; TEDDLIE. **Handbook of mixed methods in social & behavioral research**. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003. p. 189-208.

NASCIMENTO, R. G.; *et. al.* Nível de conhecimento de idosos comunitários em relação ao HIV/Aids: estudo exploratório na rede básica de saúde de Belém, Pará,

Brasil. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, v. 10, n. 1, p. 113-122, jan./abr. 2013.

OLIVI, M.; SANTANA, R. G.; MATHIAS T. A. F. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, 2008.

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 275-283, abr./jun. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, 2005.

_____. **Definindo a saúde sexual: relatório de uma consulta técnica sobre saúde sexual**. 28-31 janeiro 2002. Geneva: WHO, 2006.

_____. **Informe Mundial sobre a violência e a saúde sexual**. Genebra: OMS, 2002.

PARÁ (Estado). Secretaria Estadual de Saúde Pública. Coordenação Estadual de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico 2012-2013: HIV/AIDS**. SECRETARIA Estadual de Saúde Pública. Diretoria de Vigilância em Saúde. Coordenação Estadual de DST/AIDS: Belém, 2014.

PASCOM, A. R. P.; ARRUDA, M.R.; SIMÃO, M.B.G. (org.). **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos 2008**. Ministério da Saúde, Brasília, v.1, 2011.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1527-34, 2003.

POTTES, F. A. *et. al.* Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.10, n.3, p.338-351, 2008.

PRAÇA, N. S.; SOUZA, J. O.; RODRIGUES, D. A. L. Mulher no período pós-reprodutivo e hiv/aids: percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde. **Texto Contexto da Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.3, p. 518-25, jul-set. 2010.

RABELO, D. F.; LIMA, C. F. M. Conhecimento e Atitude de Futuros Profissionais da Saúde em Relação à Sexualidade na Velhice. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.14, n.5, p.163-180, dez. 2011.

RESSEL, L. B.; et. al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n.4, p.779-86, out/dez.

RIBEIRO, A. M. **A AIDS de cabelos brancos: ocorrência de AIDS em idosos no Brasil**. 2011. 57f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia)- Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2011.

SAMPAIO, J. R. O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. **Revista de Administração**. São Paulo, v.44, n.1, p.5-16, jan./fev./mar. 2009

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, Mônica. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 147-157, jan. 2011.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. **Violência doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais..** São Paulo: SMS, 2007.

SILVA, H. R. **Conhecimento de homens idosos sobre a prevenção do HIV/AIDS**. 2011. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2011.

SOUZA, M. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.24, n.3, p.936-944, 2015.

SUZUKI, M.Y.; BENTO-SILVA, T.L.;FALCÃO, D.V. Idosas viúvas: da perda à reorganização. **Revista Temática Kairós Gerontologia** on line ,Brasília, v.15, n.4, p.207-223, ago. 2012.

UNAIDS. **A AIDS em números**. 2013. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/documentos/Aids%20by%20the%20numbersPORT.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

_____. **Estatísticas**. 2016. Disponível em: < <http://unaid.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

VASCONCELLOS, D.; et. al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. **Estudos de Psicologia**, v.9, n.3, p.413-419, 2004.

VIEIRA, K. F. L. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais**. 2012. 234f. Tese (Doutorado Integral em Psicologia Social)- Programa Integrado de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C. M.; FARIA, M. de M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol. **Oficina Saint. Panam**. Washington, v.120, n.6, p. 472-481, 1996.

ZENEVICZ, L; MORIGUCHI, Y; MADUREIRA, F. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.47, n.2, p.433-9, 2013.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ- UFPA
INSTITUTO DE CIENCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) pois foi selecionado(a) para participar da pesquisa de dissertação da mestrandia Evelyn T.M. Mendonça do Programa de Mestrado em Enfermagem /ICS/UFPA, intitulada “**Saúde sexual e Aids na Terceira Idade**” tendo como objetivo geral analisar o conhecimento que os idosos têm sobre HIV/AIDS e a vivência de sua sexualidade.

Informamos que sua participação é de fundamental importância para a futura melhoria da qualidade de atendimento do usuário idoso, contemplando a saúde sexual como requisito importante ao bem viver. Sua participação ocorrerá de duas formas, a primeira consistirá em responder a um questionário contendo questões afirmativas onde você marcará verdadeiro, falso ou não sei, segundo o seu conhecimento sobre o assunto. Posteriormente, sua participação será de participar ativamente de reunião de grupo focal semanal, prevista para serem de três encontros, propostos pela pesquisadora principal e sua equipe de pesquisa composta de estudantes bolsistas de enfermagem.

Declaramos que sua participação na pesquisa é livre e mesmo aceitando participar, poderá desistir em qualquer momento, não tendo com isso qualquer prejuízo no seu relacionamento atual ou futuro na Unidade Básica de Saúde que frequenta. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão analisados e usados na referida Dissertação de Mestrado, como também publicados com os

devidos cuidados éticos, na literatura especializada. Os participantes dessa pesquisa serão os primeiros a tomar conhecimento dessa divulgação.

Caso surjam outras dúvidas no decorrer da pesquisa, solicitamos que as esclareça junto a pesquisadora principal enfermeira Evelyn Mendonça pelos telefones: (91) 98804-9005 e (91) 98172-9005 ou mesmo contactando-se com a pesquisadora responsável, prof^a orientadora Lucia H. Takase G. pelo Email lhtakase@gmail.com ou telefone: (48) 99991-5193.

EVELYN TAYANA MACIEL MENDONÇA
PESQUISADORA PRINCIPAL

LUCIA H. TAKASE GONÇALVES
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Consentimento pós-informação

Declaro ter sido suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa que li acima e me sinto perfeitamente esclarecido(a) sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar e cooperar na realização da pesquisa.

Belém, PA, ____/____/201__

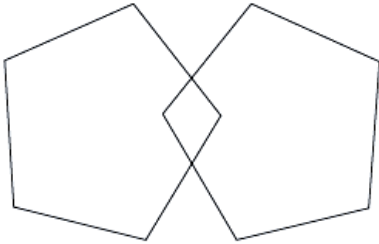
ASSINATURA DO(A) PARTICIPANTE

Nota: O presente TCLE será assinado em duas vias, uma ficará de posse da pesquisadora principal e outra entregue ao participante.

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ICS-UFPA
Cidade Universitária Professor José da Silveira Neto, nº 01, Guamá,
CEP: 66075-110, Belém-PA, Telefone: 3201-7735 - e-mail: cepccs@ufpa.br.

ANEXO 1- MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Escolaridade (anos):				
Orientação Temporal (0-5 pontos)	Em que dia nos estamos?	Ano	1	
		Semestre/ hora aproximada	1	
		Mês	1	
		Dia do mês	1	
		Dia da semana	1	
Orientação Espacial (0-5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1	
		Cidade	1	
		Bairro	1	
		Rua/Local geral	1	
		Andar/Local específico	1	
Repita as palavras (0-3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	1	
		Tijolo	1	
		Tapete	1	
Atenção e Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para A) Não (vá para B)	-	-
A- Cálculo (0-5 pontos)	<i>Quanto é 100 menos 7? E menos 7? (total de 5 subtrações)</i>	93	1	
		86	1	
		79	1	
		72	1	
		65	1	
B- Soletrar (0-5 pontos)	<i>Solete a palavra MUNDO de trás para a frente</i>	O	1	
		D	1	
		N	1	
		U	1	
		M	1	

Memória (0-3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1	
Linguagem (0-2 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1	
Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”	1	
Linguagem e Praxia (0-3 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue esta folha de papel com a mão direita; dobre-a ao meio; e coloque-a no chão.	1 1 1	
Linguagem e Praxia (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase que tenha começo, meio e fim.		1	
Linguagem e Praxia (1 ponto)	Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1	
Linguagem e Praxia (1 ponto)	Peça o idoso para copiar o desenho:		1	
PONTUAÇÃO FINAL (escore = 0 a 30 pontos)			30	
Avaliações dos resultados (BRASIL, 2006): Analfabetos = 19 pontos/ 1 a 3 anos de escolaridade = 23 pontos/ 4 a 7 anos de escolaridade = 24 pontos/ 7 anos de escolaridade = 28 ponto .				

ANEXO 2- QUESTIONÁRIO SOBRE HIV PARA A TERCEIRA IDADE- QHIV3I, produzido e validado por Lazzaroto *et. al.* (2008) e adaptado por Nascimento *et. al.* (2013).

Código de identificação: _____

Data da coleta: ____/____/____

Por favor, responda as questões abaixo (número 1 ao 14) de acordo com a seguinte ordem:

Se você concorda com a frase, marque VERDADEIRO (A).

Se você não concorda com a frase, marque FALSO (B)

Se você tem dúvida, marque NÃO SEI (C).

1 O vírus HIV é o causador da AIDS.

A) () VERDADEIRO

B) () FALSO

C) () NÃO SEI

2 A pessoa com o vírus da AIDS sempre apresenta os sintomas da doença.

A) () VERDADEIRO

B) () FALSO

C) () NÃO SEI

3 O vírus da AIDS é identificado através de exames de laboratório.

A) () VERDADEIRO

B) () FALSO

C) () NÃO SEI

4 O vírus da AIDS pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários.

A) () VERDADEIRO

B) () FALSO

C) () NÃO SEI

5 O vírus da AIDS pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto e beber no mesmo copo.

- A) () VERDADEIRO
- B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

6 O vírus da AIDS pode ser transmitido por picada de carapanã.

- A) () VERDADEIRO
- B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

7 A pessoa que usa camisinha nas relações sexuais impede a transmissão do vírus da AIDS.

- A) () VERDADEIRO
- B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

8 Existe uma camisinha específica para as mulheres.

- A) () VERDADEIRO
- B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

9 O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas transmite AIDS.

- A) () VERDADEIRO
- B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

10 A AIDS é uma doença que ocorre somente em homens gays, prostitutas(os) e usuários(as) de drogas.

- A) () VERDADEIRO
- B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

11 Os indivíduos da terceira idade não devem se preocupar com a AIDS, pois ela atinge apenas os jovens.

- A) () VERDADEIRO
- B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

12 A AIDS é uma doença que tem tratamento.

- A) () VERDADEIRO
- B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

13 A AIDS é uma doença que tem cura.

- A) () VERDADEIRO
- B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

14 A AIDS é um castigo de Deus para aqueles que cometeram pecados.

- A) () VERDADEIRO
- B) () FALSO
- C) () NÃO SEI

15 Você conhece alguma pessoa que seja portadora do vírus da AIDS?

- A) () Sim
- B) () Não

16 Você usa camisinha?

- A) () Sim: () sempre () às vezes () raramente
- B) () Não

17 Você já realizou o teste da AIDS?

- A) () Sim
- B) () Não

ANEXO 3- CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA- VERSÃO 2014

1. DADOS PESSOAIS

Nome completo		Foto	
Apelido/nome social			
Nº do cartão SUS			
Documento de identidade		CPF	
Nome completo da mãe			
Data de nascimento		Sexo	
/ /		<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
Município de nascimento/UF			
Nacionalidade		País de nascimento	
<input type="checkbox"/> brasileira <input type="checkbox"/> naturalizada <input type="checkbox"/> estrangeira			
Sabe ler e escrever?		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Escolaridade		<input type="checkbox"/> nenhuma <input type="checkbox"/> de 1 a 3 anos <input type="checkbox"/> de 4 a 7 anos <input type="checkbox"/> 8 anos ou mais	
Raça/cor			
<input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> amarela			
<input type="checkbox"/> não declarada <input type="checkbox"/> indígena Qual etnia? _____			
Tem religião?		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual? _____	

O preenchimento dos campos abaixo deve ser feito a lápis, para ser alterado sempre que isso for necessário

Ocupação/profissão principal	
Situatão conjugal	
<input type="checkbox"/> solteiro(a) <input type="checkbox"/> casado(a)/convívio com parceiro(a) <input type="checkbox"/> divorciado(a)/separado(a)	
<input type="checkbox"/> viúvo(a) Desde quando (ano)? _____	
<input type="checkbox"/> Outra _____	
Unidade básica de saúde que frequenta:	
Tem alguma alergia de maior gravidade? Especificar	
Tem alguma deficiência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Qual?	Especificar
<input type="checkbox"/> auditiva <input type="checkbox"/> visual <input type="checkbox"/> intelectual/cognitiva <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> outra	
Grupo sanguíneo	Fator RH

Endereço residencial

Rua/avenida/praa	
Nº	Bairro
Complemento	
Ponto de referência	
CEP	Município
	Estado
Telefone	Cellular
	E-mail

1.1 Pessoas de referência

Informe os dados de pessoas que possam ser contatadas em caso de urgência.

O preenchimento dos campos abaixo deve ser feito a lápis, para ser alterado sempre que isso for necessário.

Nome	
Data de nascimento / /	Vínculo
Endereço	
Telefone	Celular
Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Data dessa informação / /	

8

Informações sociais e familiares	20__		20__		20__		20__	
	S	N	S	N	S	N	S	N
Você mora sozinho(a)?								
Você mora com familiares?								
Você mora com seu(sua) cônjuge ou companheiro(a)?								
Você reside em instituição de longa permanência para idosos (ILPI), abrigo ou casa de repouso?								
Nos últimos 30 dias, você se encontrou com amigos ou familiares para conversar ou fazer alguma atividade, como ir ao cinema ou à igreja, passear ou caminhar junto?								
Em caso de necessidade, você conta com alguém para acompanhá-lo(a) à unidade de saúde ou a uma consulta?								
Você tem fácil acesso aos serviços de farmácia, padaria ou supermercado?								
Você tem fácil acesso a transporte?								
Você trabalha atualmente?								
Você recebe aposentadoria ou pensão?								
Você recebe benefício de prestação continuada (BPC)?								
Você recebe benefícios do Bolsa-Família?								

9

Nome	
Data de Nascimento / /	Vínculo
Endereço	
Telefone	Celular
Essa pessoa mora com você? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Data dessa informação / /	

Não possuo pessoas de referência

2. AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA

2.1 Medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso

Anote os nomes de todos os medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso.

Nome do medicamento, do fitoterápico, do suplemento ou da vitamina e sua concentração	Dose e frequência	Data de início ou tempo de uso	Suspensão	
			Data	Motivo

10

Foi prescrito por algum profissional de saúde? Qual?	Suspensão	
	Data	Motivo

11

Polifarmácia	20__		20__		20__		20__	
	S	N	S	N	S	N	S	N
Uso concomitante de 5 ou mais medicamentos?								

NÃO USE MEDICAMENTOS SEM INDICAÇÃO DE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE.
A AUTOMEDICAÇÃO PODE TER GRAVES CONSEQUÊNCIAS
PARA A SUA SAÚDE.

2.2 Diagnósticos e internações prévios

Alguns médicos já falou que você tem alguma das doenças abaixo relacionadas?

Condições de saúde (diagnósticos)	20__		20__		20__	
	Ano de diagnóstico	Ano de internação	Ano de diagnóstico	Ano de internação	Ano de diagnóstico	Ano de internação
Condições crônicas sensíveis à atenção básica	Acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame					
	Anemia					
	Asma					
	Diabetes mellitus					
	Doença arterial coronariana					
	Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)					
	Epilepsia					
	Hipertensão arterial					
	Insuficiência cardíaca					
	Úlcera péptica					
	Depressão					
	Incontinência urinária					
	Incontinência fecal					
	Insuficiência cognitiva (demência)					
Condições frequentes						
Outras condições (diagnósticos)						

2.3 Cirurgias realizadas

Relate as cirurgias realizadas ao longo da sua vida.

Cirurgia	Ano	Observações

14

2.4 Reações adversas ou alergias a medicamentos

Registre abaixo os medicamentos que tenham provocado alguma reação adversa ou alergia.

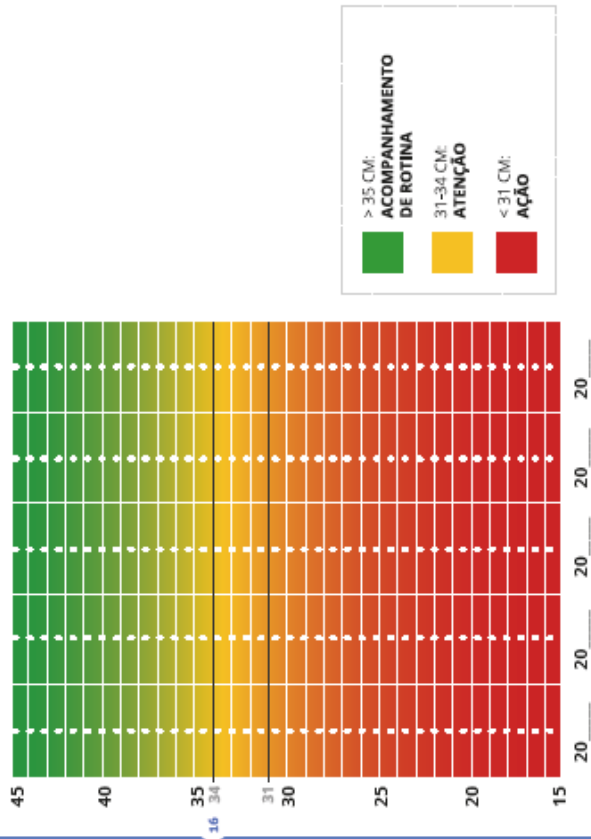
Medicamento	Data	Reações adversas ou alergias

15

2.5 Dados antropométricos

	20__	20__	20__	20__
Peso				
Altura				
IMC = peso/altura ²				
Perímetro da panturrilha (PP) esquerda				

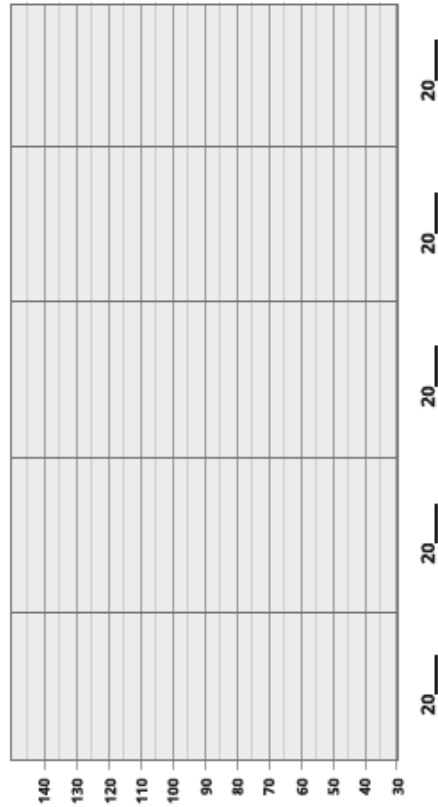
PERÍMETRO DA PANTURRILHA (PP) (CM)



A medida do perímetro da panturrilha esquerda é um bom parâmetro de avaliação da massa muscular no idoso. Medidas menores do que 31 cm são indicativas de redução da massa muscular (sarcopenia) e estão associadas a maior risco de quedas, diminuição da força muscular e dependência funcional.

Controle de perda de peso Você apresentou perda de peso não intencional* de, no mínimo, 4,5 kg ou de 5% do seu peso corporal no último ano?	20__		20__		20__		20__	
	S	N	S	N	S	N	S	N

CONTROLE DE PESO



Índice antropométrico	Pontos de corte	Classificação do estado nutricional
$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{(\text{Altura})^2}$	< 22 kg/m ²	Baixo peso
	≥ 22 e ≤ 27 kg/m ²	Peso adequado
	> 27 kg/m ²	Sobrepeso

* Perda de peso não intencional é aquele emagrecimento que não aconteceu por decisão própria. Caso isso ocorra, as possíveis causas devem ser investigadas.

2.6 Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13)

		20	20	20	20	20
	De 60 a 74 anos	0				
	De 75 a 84 anos	1				
	≥ 85 anos	3				
	Excelente	0				
	Muito boa	0				
	Boa	0				
	Regular	1				
	Ruim	1				

1. IDADE

Em geral, comparando-se com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:

2. AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE

Em geral, comparando-se com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:

3. LIMITAÇÃO FÍSICA

Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas?

PONTUAÇÃO:

As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima neste item é de 2 pontos, ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas.

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (alguma) dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer (não consegue fazer)
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se					
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg					
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro					
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos					
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)					
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas					

4. INCAPACIDADES				
PONTUAÇÃO: As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima neste tópico é de 4 pontos, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.				
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?				
Sim.	<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.</td> <td>0</td> </tr> </table>	4	Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.	0
4	Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.	0		
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou de pagar suas contas?				
Sim.	<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.</td> <td>0</td> </tr> </table>	4	Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.	0
4	Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.	0		
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?				
Sim.	<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>Não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.</td> <td>0</td> </tr> </table>	4	Não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.	0
4	Não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.	0		
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?				
Sim.	<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>Não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.</td> <td>0</td> </tr> </table>	4	Não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.	0
4	Não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.	0		
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?				
Sim.	<table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>Não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.</td> <td>0</td> </tr> </table>	4	Não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.	0
4	Não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.	0		

	20	20	20	20	20	20

	20	20	20	20	20	20
PONTUAÇÃO TOTAL (soma dos itens 1, 2, 3 e 4)						

2.9 Quedas

Quedas são frequentes em pessoas idosas, mas podem ser evitadas. As suas principais consequências são fraturas, traumatismo craniano, contusão muscular e, principalmente, o medo de cair.

Caso já tenha sofrido alguma queda, responda às seguintes perguntas:

Data da queda (mês/ano)	Qual foi o local da queda?		A queda causou alguma fratura?		Você parou de realizar alguma atividade por medo de cair novamente?	
	Dentro de casa	Fora de casa	Sim (qual?)	Não	Sim	Não

2.10 Identificação de dor crônica

A presença de dor crônica ou de longa duração não é "normal da idade" e sua presença deve ser investigada rotineiramente. Após o esclarecimento das possíveis causas, o tratamento deverá ser feito prontamente.

	20__		20__		20__		20__	
	S	N	S	N	S	N	S	N
Você tem alguma dor com duração igual ou superior a 3 meses?								
A dor é como um choque ou uma queimação?								
A dor piora ao andar?								
A dor melhora com o repouso?								

Informe ao profissional de saúde a localização e a intensidade da dor crônica de maior intensidade ou que mais o(a) prejudica, classificando-a de 0 a 10, conforme a escala de intensidade da dor mostrada abaixo:

Data: / /	Local da dor: _____
Intensidade da dor	
Data: / /	Local da dor: _____
Intensidade da dor	
Data: / /	Local da dor: _____
Intensidade da dor	
Data: / /	Local da dor: _____
Intensidade da dor	
Data: / /	Local da dor: _____
Intensidade da dor	

2.1.1 Hábitos de vida

Identificação de hábitos de vida	20__		20__		20__		20__	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Interesse social e lazer	Você frequenta centros-dia, clubes ou grupos de convivência?							
	Você realiza algum trabalho voluntário?							
	Você tem alguma atividade de lazer?							
Atividade física	Você pratica algum tipo de atividade física (como caminhadas, natação, dança, ginástica etc.) pelo menos três vezes por semana?							
	Você gostaria de começar algum programa de atividade física?							
Alimentação	Você faz pelo menos três refeições por dia?							
	Você come frutas, legumes e verduras nas suas refeições ao longo do dia?							
	Em pelo menos uma refeição diária, você come carnes, peixes ou ovos?							
	Você tem o costume de consumir bebidas açucaradas, bolos, biscoitos recheados e sobremesas?							
	No preparo das suas refeições, é utilizada grande quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal?							
Tabagismo	Você inclui a ingestão de água na sua rotina diária?							
	Atualmente, você fuma algum produto do tabaco?							
	Você gostaria de parar de fumar?							
Álcool	Você é ex-fumante?							
	Você consome bebida alcoólica?							
	Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o consumo de álcool?							
Alguém já lhe criticou por você beber?								
Sente-se culpado(a) por beber?								
Costuma beber logo pela manhã?								

4. CONTROLE DE GLICEMIA

O valor de referência da glicemia depende da presença ou não de jejum. O diagnóstico de diabetes *mellitus* é feito quando duas ou mais dosagens de glicemia de jejum, após jejum mínimo de 8 h, são iguais ou maiores do que 126 mg/dL.

Caso a glicemia capilar seja colhida na unidade de saúde, de forma casual ou sem jejum prévio, a dosagem deverá ser até 200 mg/dL.

Data	Glicemia	Data	Glicemia	Data	Glicemia
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual
	_____ mg/dL		_____ mg/dL		_____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual
	_____ mg/dL		_____ mg/dL		_____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual
	_____ mg/dL		_____ mg/dL		_____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual
	_____ mg/dL		_____ mg/dL		_____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual
	_____ mg/dL		_____ mg/dL		_____ mg/dL
	<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual		<input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> Casual
	_____ mg/dL		_____ mg/dL		_____ mg/dL

32

5. CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO

A vacinação é importante para a prevenção de doenças que apresentam alto risco de complicações nas pessoas idosas. Procure manter seu calendário de vacinação em dia. Busque sua unidade de saúde para mais informações.

Influenza (gripe)			
Data	/ /	/ /	/ /
Lote			
Ass.			
Influenza (gripe)			
Data	/ /	/ /	/ /
Lote			
Ass.			
Dupla Tipo Adulto (dT)			
1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
Data	/ /	/ /	/ /
Lote			
Ass.			
Antipneumocócica		Outras vacinas:	
1ª dose	Reforço		
Data	/ /	/ /	/ /
Lote			
Ass.			

Periodicidade indicada das vacinas:

- Contra Influenza (gripe): a cada ano.
- Contra difteria e tétano (dupla adulto): a cada 10 anos.
- Contra pneumonia causada por pneumococo: por recomendação do profissional de saúde.
- Contra febre amarela: a cada 10 anos, se for residente em regiões onde a doença ocorre ou quando for viajar para essas regiões.

6. AVALIAÇÃO DE SAÚDE BUCAL

Avaliação da equipe de saúde bucal	20__		20__		20__		20__		20__	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Hábitos (Mód. página 26)	Álcool									
	Fumo									
Alterações ou lesões de mucosa	Presença de lesão na mucosa bucal									
	Boca seca (xerostomia - falta de saliva)									
	Presença de língua saburrosa (língua branca)									
	Presença de candidíase bucal									
	Presença de halitose									
Cárie dentária e doença periodontal	Presença de placa bacteriana (biofilme dental)									
	Fatores retentivos de placa (raízes residuais, cálculo)									
	Presença evidente de gengivite/sangramento gengival									
	Presença evidente de periodontite/perda óssea									
	Presença de cárie									
Prótese dentária superior	Perda dental no último ano									
	Prótese total (dentadura)	Não utiliza e não necessita da prótese								
		Não utiliza, mas necessita da prótese								
		Utiliza (adaptada/sem necessidade de troca)								
		Utiliza (não adaptada/necessita de troca)								
	Prótese parcial (ponte móvel)	Não utiliza e não necessita da prótese								
		Não utiliza, mas necessita da prótese								
		Utiliza (adaptada/sem necessidade de troca)								
	Prótese total (dentadura)	Utiliza (não adaptada/necessita de troca)								
		Não utiliza e não necessita da prótese								
Não utiliza, mas necessita da prótese										
Utiliza (adaptada/sem necessidade de troca)										
Prótese dentária inferior	Utiliza (não adaptada/necessita de troca)									
	Não utiliza e não necessita da prótese									
	Não utiliza, mas necessita da prótese									
	Utiliza (adaptada/sem necessidade de troca)									
	Utiliza (não adaptada/necessita de troca)									
Consulta clínica (equipe de saúde bucal)	Atendimento na unidade de saúde									
	Atendimento no domicílio									
Encaminhamento para especialidades odontológicas	(D) diagnóstico bucal; (P) periodontia; (E) endodontia; (C) cirurgia; (NE) necessidades especiais; (O) outras especialidades.									

AGENDA DE CONSULTAS E EXAMES

Data	Hora	Local	Consulta/ exame	Nome do profissional

AGENDA DE CONSULTAS E EXAMES

Data	Hora	Local	Consulta/ exame	Nome do profissional

ATUALIZAÇÕES DA CADERNETA

Data da atualização	Responsável pelo preenchimento

ATUALIZAÇÕES DA CADERNETA

Data da atualização	Responsável pelo preenchimento