

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

AIDS NÃO TEM IDADE

Ana Paula Martins da Silva

Aparecida Fernandes de Oliveira

Daniela Aiko Nikaido

Maura Lourenço

Neide Teixeira

Presidente Prudente/SP
2002

**FACULDADES INTEGRADAS
“ANTÔNIO EUFRÁSIO DE TOLEDO”**

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DE PRESIDENTE PRUDENTE

AIDS NÃO TEM IDADE

Ana Paula Martins da Silva

Aparecida Fernandes de Oliveira

Daniela Aiko Nikaido

Maura Lourenço

Neide Teixeira

Monografia apresentada como requisito parcial de Conclusão do Curso de Serviço Social, para obtenção do grau de Assistente Social.

Presidente Prudente/SP
2002

AIDS NÃO TEM IDADE

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do Diploma de Graduação.

Nome da orientadora: Maria Ângela C. S. Maltempi

1º Examinador(a): Marilena Ferreira dos Santos Castilho

2º Examinador(a): Aparecida Clarice e Silva Nascimento

Presidente Prudente, 04 de dezembro de 2002

DEDICATÓRIA

A todos os mestres que no decorrer destes quatro anos contribuíram com seu conhecimento e conseguiram transformar pedras brutas em preciosos diamantes.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Nosso muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Quando tudo parecia não Ter mais solução, o cansaço, a angústia e o desânimo abatendo, o fardo cada vez mais pesado, as portas se fechando. Lá estava as mãos de Deus me amparando e abrindo todas as janelas da minha vida.

Teve alguns momentos nessa caminhada tão difícil que todas as luzes se apagaram, e mais uma vez Deus mostrou-me que no final do túnel havia uma grande claridade. Foi aí que percebi, que todos os obstáculos e pedras no meu caminho se tornavam degraus para que eu pudesse subir e chegar a vitória tão esperada e desejada.

Obrigada,

Aos meus irmãos e irmãs,

Que acreditaram no meu potencial e estiveram comigo nos momentos de dificuldades e desânimo. Todo meu carinho e gratidão para meus amigos em especial aqueles que me suportaram nas horas de desespero.

As colegas de grupo,

Que me acolheram e me ajudaram a enfrentar os problemas da vida.

Ao meu pai Alício Martins e meu irmão Nivaldo Martins

Que não mais encontram-se presente entre nós, mas sempre me ensinaram a lutar por meus ideais.

A minha mãe Syria

Todo meu amor e dedicação, pois nunca deixou de participar de todos os momentos da minha vida, te amo demais e esta vitória é tua também.

ANA PAULA MARTINS DA SILVA

AGRADECIMENTOS

À DEUS

A ti Senhor, agradeço pelo amor e proteção. Sou grata por Sua constante presença em minha vida, pois tem me conduzido firme, não me deixando vacilar nos propósitos que tem para comigo. Concedeu-me perseverança e fé para enfrentar os ventos que vieram contra mim e deu-me sabedoria para discernir os caminhos certos a seguir.

AOS FAMILIARES

A todos vocês que sempre olharam por mim, me incentivaram, encorajaram, e viveram a minha felicidade.

AO MEU NOIVO

Pelo teu amor, carinho e principalmente estímulo no decorrer da minha vida acadêmica, o fato de você sempre se fazer presente foi uma das armas desta vitória, esta é uma das conquistas de nossas vidas.

DANIELA AIKO NIKAIDO

AGRADECIMENTOS

À DEUS

Aquele que é poderoso para fazer infinitamente mais do que tudo que pedimos ou pensamos... Minha eterna gratidão... (Efésios 3: 20)

À FAMÍLIA

Obrigada por sonharem junto comigo. Amo vocês.

À AMIGA ESPECIAL

A você Taty querida irmã/amiga que em vários momentos acreditou mais em mim do que eu mesma. Obrigada.

APARECIDA FERNANDES DE OLIVEIRA

AGRADECIMENTOS

À DEUS

Pai e Filho, que nas minhas horas de angústias, foi a quem mais implorei e que sempre estiveram e estarão ao meu lado me dando força e compreensão. Obrigada Pai .

AO MEU NAMORADO

Na vida temos necessidade de alguém que nos faça fazer aquilo que podemos. É isto e muito mais o que você faz, obrigada por todo o incentivo.

À MINHA FAMÍLIA

A minha mãe , que nas horas, de angústia me acolheu e me orientou, aos meus irmãos Gustavo, Claudinei e principalmente ao Nivaldo que se não fosse ele eu não estaria concluindo este sonho, aos meus sobrinhos Felipe, Gabriela, João Lucas e Gabriel que fazem de cada dia uma nova alegria.

AO MEU PAI (in memorian)

Você não me viu crescer, não me viu sonhar, me lembro pouco de você pai, mas essas poucas recordações não esquecerei jamais.

MAURA LOURENÇO

AGRADECIMENTOS

À DEUS

Se não fosse ele tenho certeza que este momento nunca chegaria, no momento em que recuei ao ponto de querer parar. Ele estava ao meu lado me carregando no colo e me incentivando á continuar, mostrando que o primeiro sucesso não significa vitória, mas o primeiro fracasso também não significa derrota.

À MIM

À minha ousadia e coragem por lutar por um propósito do qual sempre almejei.

AOS MEUS PAIS

Se não fossem eles jamais estaria aqui neste universo, sendo que deles recebi o Dom mais precioso deste universo que é a “vida”. Revestiram minha existência de amor, carinho e dedicação, cultivaram na minha infância todos os valores que me transformaram num adulto responsável e consciente. E hoje eu só encontro um simples e sincero: Obrigado.

NEIDE TEIXEIRA

RESUMO

RESUMO

Nesta pesquisa procurou-se levantar e compreender as possíveis causas do aumento da contaminação pelo vírus HIV na terceira idade. Além disso, se propôs a fazer a análise da realidade dos idosos, baseados em referenciais teóricos sobre o envelhecimento e AIDS. A partir do conceito de velhice e seus vários aspectos biopsicossociais procurou-se observar as manifestações subjetivas dos idosos num clube de terceira idade de Presidente Prudente, chamado Dona Dalila, e com pessoas portadoras do vírus HIV, registrados no Programa DST/AIDS que tenham mais de 55 anos.

Para obtenção de dados necessários à pesquisa, estabeleceu-se um vínculo com portadores do vírus HIV na faixa etária de 59 à 67 anos, conhecendo quais as formas de contágio de cada entrevistados, o que foi facilitado devido duas pessoas do grupo estagiarem no Programa DST/AIDS de Presidente Prudente.

A pesquisa concluiu que as causas do aumento dos casos de pessoas da terceira idade com HIV, foi a falta de campanhas direcionadas a essa faixa etária, com informações sobre a doença, e o descaso com a sexualidade do idoso que, por vezes, é esquecida, tendo-os como indivíduos assexuados.

PALAVRAS-CHAVE: Aumento de contaminação pelo vírus HIV; Terceira idade; Falta de campanhas.

ABSTRACT

ABSTRACT

In this research we attempted to comprehend the possible causes of the HIV contamination increase in the third age. Besides that, we intended to make an analysis of old people's reality, based on theoretical referential on growing old and AIDS. From the concept of oldness and its various biopsychosocial aspects, we tried to observe the subjective manifestations of elders in a third age club in Presidente Prudente, called Dona Dalila, and with people that have the HIV virus, registered on the STD/AIDS Program and have more than 55 years old.

To obtain the information necessary to the research, an agreement was settled with HIV porters with ages ranging from 59 to 67 years old and how they were infected, which was made easy due to the fact that two people of the group are trainees on the STD/AIDS Program in Presidente Prudente.

The research concluded that the cause of the increase with HIV virus in the third age was the lack of campaigns directed to this group, with information about the illness and inattention with the oldness sexuality that, sometimes, is forgotten, dealing with them as if they do not have sex.

KEYWORDS: HIV contamination increase; Third age; The lack of campaigns directed to this group.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO I- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	22
CAPÍTULO II- AIDS.....	28
1.Considerações gerais.....	29
1.1. AIDS.....	29
1.2. HIV.....	29
1.3. Transmissão.....	29
1.4. Não transmite.....	30
1.5. Prevenção.....	30
1.6. Teste anti-HIV.....	30
2. A AIDS no Brasil.....	31
2.1. Transformações da epidemia.....	34
2.2. Contexto sócio- cultural da contaminação pelo HIV.....	35
2.3. Política da AIDS no Brasil.....	38
3. Intervenção do Programa Municipal DST/AIDS junto a população idosa de Presidente Prudente.....	43
CAPÍTULO III- ASPECTOS BIOPSISSOCIAIS.....	51
1. Aspectos biológicos.....	53
2. Aspectos sociais.....	56
2.1. O idoso e a família.....	59

3. Aspectos psicológicos.....	64
CAPÍTULO IV- SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE.....	68
1. Transformações na mulher.....	70
2. Transformações no homem.....	72
3. Saúde sexual do idoso.....	74
CAPÍTULO V- O IDOSO FRENTE A EPIDEMIA DA “AIDS”.....	81
1. Qualidade de vida.....	82
2. Preconceito em relação ao envelhecimento.....	84
3. Resistência ao preservativo.....	87
4. Transfusão de sangue.....	88
5. Relacionamentos familiares.....	90
6. A feminilização da doença.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
ANEXOS.....	102

INTRODUÇÃO

O Brasil tem hoje em torno de 15,5 milhões de idosos, ou seja 7,5% da população e, segundo projeções estatísticas no ano de 2025 passará para 15% ou seja, 32 milhões de idosos com sessenta anos ou mais. Tal aumento colocará o país em números absolutos, como a sexta maior população de idosos no mundo. A questão da velhice sempre foi colocada em plano secundário enquanto política de ação, e o resultado é uma sociedade carente de programas e serviços de atenção ao velho. E como se não bastasse, a terceira idade é atingida pelo vírus da AIDS.

Há no país 15.597 casos de AIDS na faixa etária dos 50 aos 69 anos, num total de 210.447 notificações, o que vem alertado um crescimento da epidemia entre pessoas com 60 anos ou mais, surgindo uma nova demanda de atendimentos. Em algumas capitais brasileiras, existem dados estatísticos demonstrando que a terceira idade foi a faixa etária que registrou maior percentual de contaminação.

Dentre os motivos para esse crescimento, está o aumento da expectativa de vida dos brasileiros que hoje é de 67 anos e com o investimento na melhoria da qualidade de vida desses idosos, o que tende aumentar a cada ano vivido. Ocorre porém que a sociedade se esquece que a vida sexual do idoso é ativa. Fato este, devido a diversos estereótipos imbuídos em pessoas com idade avançada. De acordo com o Ministério da Saúde 55% das pessoas com AIDS na terceira idade foram contaminadas por via sexual e que atribui este fato ao descaso, à falta de campanhas de prevenção direcionadas a este segmento da população, proporcionando sua propagação.

Diante deste fato, optamos pelo tema: "AIDS não tem idade", Partindo de um perspectiva dialética, procurando levantar as causas do crescente número de contaminação pelo vírus HIV. Tivemos como objetivos de pesquisa:

- Conhecer as causas do crescente número de contaminação pelo vírus HIV, na faixa etária de 55 anos ou mais.
- Conhecer o tipo de informações preventivas que toca essas pessoas;
- Investigar hábitos e atitudes dessas pessoas;
- Verificar se os seus valores interferem na busca de esclarecimentos sobre sexualidade;
- Investigar as mudanças biológicas e psicológicas ocorridas nesta faixa etária que podem interferir nas relações sociais.

O relatório desta pesquisa apresenta 5 capítulos. No primeiro capítulo expomos nossas experiências, no desenvolvimento da pesquisa relatando passos percorridos na realização da mesma, as fontes utilizadas para coleta de dados e o procedimento da análise escolhida.

O segundo capítulo abordará algumas noções sobre AIDS: considerações gerais, sua repercussão no Brasil. Descreveremos também a intervenção realizada pelo Programa Municipal DST/AIDS de Presidente Prudente junto a população idosa.

O terceiro capítulo enfocaremos os aspectos biopsicossociais no envelhecimento, pois com a chegada da terceira idade, ocorrem mudanças inevitáveis em vários fatores da vida humana, que vão se dar nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo, de forma natural e gradativa. Portanto viu-se a necessidade de conhecer tais transformações que são inevitáveis a todos os seres humanos, e não somente aqueles que completou sessenta anos, pois como afirma a autora Guitte Zimmerman (2000) as características genéticas e a qualidade de vida de cada indivíduo, é que vão de fato determinar quem é o velho.

No quarto capítulo, discorreremos sobre a sexualidade na terceira idade, demonstrando que os idosos tem vida sexual ativa e que é possível manter-se em boa forma física até uma fase bem mais avançada da vida.

Finalmente, no quinto capítulo, consta a análise de dados obtidos, o que nos proporcionou uma compreensão do porquê têm-se aumentado os casos de AIDS na terceira idade.

Esclarecemos que todas as vezes que aparecer a sigla AIDS significará- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana.

CAPÍTULO I- PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

O interesse pela pesquisa surgiu a partir do momento em que o grupo teve conhecimento do significativo aumento do vírus HIV na terceira idade, na cidade de Presidente Prudente. Além disso, outro motivo que instigou a pesquisa foi que em atendimento no CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento- do Programa Municipal DST/AIDS, onde estagiamos, passamos a observar quando idosos procuravam os serviços para a realização do teste anti-HIV e algumas vezes solicitavam o preservativo.

Despertado este interesse, iniciou-se estudos e observações acerca do assunto para um maior aprofundamento do tema: " AIDS não tem idade", em livros, revistas, folders, internet e participações semanais em bailes da terceira idade. Visto que, a patologia AIDS é um problema que abrange a totalidade de um ser humano.

A pesquisa foi viabilizada por estagiarmos neste campo, favorecendo contato com os profissionais que atuam nessa área. Em primeiro momento procuramos definir o universo da pesquisa, tendo estabelecido pesquisar idosos incluídos no Programa DST/AIDS da Secretaria Municipal de Presidente Prudente, totalizando 13 pessoas, soropositivas e ainda pessoas não portadoras que freqüentam os bailes da terceira idade do clube "Dona Dalila", que tenham 55 anos ou mais. Assim, delimitado este universo, convidamos aleatoriamente quatro pessoas soropositivas usuárias do Programa DST/AIDS e quatro pessoas não portadoras que freqüentam o baile (clube da terceira idade Dona Dalila), convite aceito.

O objetivo foi levantar quais as causas do crescente número de contaminação pelo vírus HIV, em pessoas nesta faixa etária. Considerando a problemática levantada destacamos três hipóteses: o aumento da população idosa e da expectativa de vida, em todos os âmbitos, em especial nas áreas da medicina e do lazer; falhas no processo de comunicação, as informações referentes a prevenção da AIDS não atingem o segmento idoso; e o baixo índice de pessoas que aderem ao uso de preservativo nesta faixa etária.

Realizamos nossa pesquisa sob enfoque qualitativo, onde o materialismo histórico dialético ressalta a importância do ambiente na configuração da personalidade, problemas e situações de existência do sujeito; pensa o meio como uma realidade mais ampla e complexa; parte do fenômeno social; o importante é o verdadeiro, é sua aparência e essência. Parte da descrição que intenta captar não só a aparência do fenômeno como também sua essência. Busca as causas da existência dele, procurando explicar sua origem, suas relações, suas mudanças e se esforça por intuir as consequências que terão para a vida humana.

A investigação aprecia o desenvolvimento do fenômeno não só em sua visão atual que marca apenas o início da análise como também penetra em sua estrutura íntima, latente, inclusive não visível a simples observação ou reflexão, para descobrir suas relações e avançar o conhecimento de seus aspectos evolutivos, tratando de identificar as forças decisivas responsáveis por seu desenrolar característico. Na pesquisa qualitativa com raízes na dialética, o fenômeno tem sua própria realidade fora da consciência. Ele é real, concreto e estudado. Isto é, enfocá-lo indutivamente. Porém ao mesmo tempo, ao descobrir sua aparência em essência está se avaliando um suporte teórico que atua dedutivamente, que só alcançam a validade a luz da prática social. Não fica só na compreensão significativa.

Vai além de uma visão relativamente simples, busca suas raízes, as causas de suas existências, suas relações, num quadro amplo do sujeito como ser social e histórico, tratando de explicar o desenvolvimento da vida humana e seus diferentes significados nos diversos meios culturais.

Optamos pelo estudo de caso denominado história de vida:

" Cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. O interesse incide naquilo que ele tem de único, particular, com valor em si mesmo, permitindo conhecimento amplo e detalhado do mesmo. Busca-se retratar a realidade de forma completa e profunda usando uma variedade

de fontes de informação." (Ludke,1986).

Utilizamos como técnica para investigar a " história de vida" e como instrumento a entrevista semi-estruturada:

" Que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida em que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa." (Triviños, 1994).

O grupo decidiu não fazer uso do gravador, pois o mesmo provoca constrangimento nos relatos dos entrevistados. Portanto, as entrevistas foram realizadas dando ênfase oral, ao diálogo, transcritos pelas pesquisadoras, logo após sua realização, para não perder a sua originalidade e fidedignidade. Todos os entrevistados demonstraram interesse em participar da pesquisa estabelecendo um vínculo positivo entre pesquisado e pesquisador.

Julgamos oportuno proceder inicialmente o levantamento de alguns dados pessoais que ajudaram a caracterizar o perfil social dos idosos entrevistados, fatos estes que nos ajudou na análise dos dados e na compreensão do problema em relação à:

- faixa etária
- sexo
- forma de contração da doença
- profissão
- estado civil

Em seguida norteamos a entrevista pelas seguintes questões:

Entrevista realizada no baile da terceira idade “ Dona Dalila”

1. O que faz para se divertir, se distrair?
2. Tem parceiro fixo?
3. A palavra AIDS, o que significa para você?
4. Quais as informações que tem sobre a doença?
5. Conhece alguém da terceira idade que conviva com a doença?
6. Atualmente, há uma maior abertura em relação ao sexo no seu meio de convivência?
7. Há prevenção?
8. Fisicamente, há mudanças que interferem nas relações sociais?
9. Valores próprios interferem na vida sexual ou na busca por informações relacionadas ao sexo?
10. Sente preconceito por ser velho?
11. Como é seu relacionamento familiar?
12. Por que do aumento de contaminação pelo vírus HIV?

Entrevista realizada com portadores do vírus HIV

1. Como contraiu o vírus HIV?
2. Quantos(a) parceiros(a) tinha na época?
3. Qual informação tinha em relação a doença?
4. Atualmente, como é se relacionamento com seus familiares?

E finalmente para maior compreensão dos dados coletados fizemos uma descrição do que consideramos fundamental para alcance dos objetivos,

utilizando a fundamentação teórica dos autores: Salvatore Capadiesi, Guite I. Zimmerman, Luiz Eugênio Garcez Leme e Paulo Sérgio Carvalho Pereira da Silva, Maria Auxiliadora Cursino Ferrari, Alda Ribeiro e Richard G. Parker. O resultado portanto, é uma interpretação singular das falas dos entrevistados à luz destas vertentes teóricas

CAPÍTULO II- AIDS

1. Considerações gerais:

1.1. AIDS:

É uma sigla de origem inglesa (Acquire Immune Deficiency Syndrome/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) que indica a ocorrência de uma síndrome gerada por deficiência da imunidade. A partir do momento que doenças oportunistas(ex.: hepatite, candidíase) começam a se manifestar no organismo que não consegue mais se defender (pela diminuição dos linfócitos T4), é correto afirmar que uma pessoa está doente de aids.

1.2. HIV:

É o Vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido como o vírus da AIDS. Soropositivos ou portadores do HIV podem ser identificados tanto aqueles que possuem o vírus, mas ainda não apresentam os sinais e sintomas da imunodeficiência, quanto aqueles que já estão doentes.

1.3. Transmissão:

- Relação sexual (o vírus é transmitido pelo esperma, secreção vaginal e pelo sangue).
- Transfusão do sangue contaminado.
- Agulhas e seringas contaminadas, no uso de drogas injetáveis.
- Mãe infectada para o seu bebê, durante a gestação, parto e amamentação.
- Instrumentos cortantes não esterilizados.

1.4. Não transmite através de :

- Beijo na boca e rosto.
- Carícias.
- Uso de copos, talheres ou pratos de outras pessoas.
- Suor, saliva e lágrimas.
- Sabonete, toalha, banheiro ou piscina.
- Picada de inseto.
- Doação de sangue.

1.5. Prevenção:

- Evitar compartilhar agulhas e seringas no uso de drogas.
- Usar preservativos durante a relação sexual, seja ela anal, oral ou vaginal.
- Utilizar agulhas e seringas descartáveis.
- Exigir sangue testado, caso precise de transfusão de sangue.

1.6. Teste anti-HIV:

Atualmente existem medicamentos eficazes no tratamento da aids. É importante sabermos se estamos com o vírus, para que possamos iniciar o tratamento o quanto antes.

O teste é grátis e pode ser feito em alguns centros de saúde, hospitais e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA). Nos CTA,

a pessoa não precisa se identificar para fazer o teste, se assim desejar. Recomenda-se a realização do teste após, pelo menos, três meses da última situação de risco, isto é, três meses após a última relação sexual sem o preservativo ou ter compartilhado agulha ou seringa com alguém. Esse período de espera que vai de três à seis meses é chamado de janela imunológica, é o tempo que o sistema imunológico leva para produzir anticorpos suficientes, que possam ser detectados pelo teste anti-HIV.

2. A AIDS no Brasil.

A infecção pelo HIV e Aids tem-se tornado mais evidente no Brasil devido a rápida disseminação desde os primeiros casos confirmados nos anos de 1982 e 1983. Nesse período o Ministério da Saúde mesmo que os dados confiáveis sobre soroprevalência tenham sido extremamente limitados e análise das tendências epidemiológicas, conseqüentemente, dependesse em grande parte da notificação de casos, estimou-se que entre 450 mil e 700 mil brasileiros já poderiam estar infectados pelo HIV no momento que a AIDS ingressou no Brasil.

Hoje, temos com confiabilidade os números de casos registrados no Brasil desde o ano de 1980-2001:

- I. Distribuição dos casos de AIDS em indivíduos do sexo masculino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico.

Idade	1980-1990		1991		1992		1993		1994	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< de 5 anos	329	1,5	160	1,6	209	1,7	216	1,6	289	2,1
05 a 12	272	1,3	48	0,5	46	0,4	40	0,3	62	0,4
13 a 19	822	3,8	374	3,8	285	2,4	260	2	265	1,9

20 a 24	2711	12,6	1259	12,8	1423	11,8	1437	10,9	1381	9,8
25 a 29	4428	20,6	2146	21,7	2760	22,9	3030	23	3073	21,8
30 a 34	4498	20,9	2249	22,8	2676	22,2	3081	23,4	3357	23,8
35 a 39	3417	15,9	1528	15,5	1996	16,6	2101	15,9	2389	17
40 a 49	3467	16,1	1446	14,6	1897	15,7	2102	16	2308	16,4
50 a 59	1086	5,1	475	4,8	541	4,5	649	4,9	683	4,8
60 e mais	382	1,8	162	1,6	191	1,6	233	1,8	258	1,8
Ignorado	84	0,4	27	0,3	32	0,3	25	0,2	18	0,1
Total	21496	13,8	9874	6,3	12056	7,7	13174	8,5	14083	9

Idade	1995		1996		1997		1998		1999	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< de 5 anos	319	2,1	387	2,4	362	2,3	346	2,2	243	1,9
05 a 12	53	0,4	59	0,4	83	0,5	60	0,4	60	0,5
13 a 19	235	1,6	206	1,3	222	1,4	108	1,3	157	1,2
20 a 24	1298	8,7	1256	7,7	1304	8,1	1147	7,2	898	7
25 a 29	3227	21,5	3210	19,7	3027	18,9	2836	17,9	2235	17,5
30 a 34	3403	22,7	3993	24,5	3948	24,6	3816	24,1	2939	23
35 a 39	2694	18	2973	18,3	2922	18,2	2968	18,7	2550	19,9
40 a 49	2662	17,7	2988	18,3	2985	18,6	3139	19,8	2546	19,9
50 a 59	782	5,2	884	5,4	858	5,4	958	6	865	6,8
60 e mais	301	2	315	1,9	298	1,9	367	2,3	299	2,3
Ignorado	27	0,2	19	0,1	16	0,1	18	0,1	3	0,0
Total	15001	9,6	16290	10,5	16025	10,3	15863	10,2	12795	8,2

Idade	2000/2001		Total 1998-2001		30 a 34	2066	22,6	36026	23,1
	Nº	%	Nº	%	35 a 39	1822	19,9	27360	17,6
< de 5 anos	115	1,3	2975	1,9	40 a 49	1972	21,6	27512	17,7
05 a 12	43	0,5	826	0,5	50 a 59	636	7	8417	5,4
13 a 19	99	1,1	3133	2	60 e mais	195	2,1	3001	1,9
20 a 24	640	7	14754	9,5	Ignorado	-	-	269	0,2
25 a 29	1547	16,9	31519	20,2	Total	9135	5,9	155792	100

II- Distribuição dos casos de AIDS em indivíduos do sexo feminino, segundo faixa etária e ano de diagnóstico.

Idade	1983-1990		1991		1992		1993		1994	
	Nº	%								
< de 5 anos	317	9,5	160	7,7	180	6	214	5,7	275	6,4
05 a 12	51	1,5	25	1,2	28	0,9	37	1	42	1
13 a 19	185	5,6	87	4,2	112	3,7	106	2,8	134	3,1
20 a 24	594	17,9	359	17,4	485	16,2	587	15,7	599	13,9
25 a 29	681	20,5	458	22,2	679	22,7	887	23,7	956	22,2
30 a 34	537	16,2	370	17,9	608	20,3	713	19,1	860	19,9
35 a 39	373	11,2	254	12,3	374	12,5	472	12,6	595	13,8
40 a 49	353	10,6	229	11,1	353	11,8	470	12,6	595	13,8
50 a 59	148	4,5	80	3,9	124	4,1	194	5,2	183	4,2
60 e mais	72	2,2	38	1,8	45	1,5	49	1,3	71	1,6
Ignorado	10	0,3	7	0,3	6	0,2	7	0,2	4	0,1
Total	3321	6,1	2067	3,8	2994	5,5	3736	6,8	4314	7,9

Idade	1995		1996		1997		1998		1999	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< de 5 anos	345	6,7	395	6	403	5,5	332	4,3	282	4,3
05 a 12	55	1	63	1	65	0,9	58	0,7	57	0,9
13 a 19	152	2,9	157	2,4	185	2,5	211	2,7	168	2,6
20 a 24	618	11,8	811	12,4	875	11,9	908	11,7	737	11,3
25 a 29	1117	21,2	1376	21	1550	21,1	1581	20,4	1246	19,1
30 a 34	1083	20,6	1390	21,3	1484	20,2	1640	21,1	1341	20,6
35 a 39	755	14,4	980	15	1075	14,6	1201	15,5	1087	16,7
40 a 49	752	14,3	946	14,5	1129	15,4	1240	16	1124	17,2
50 a 59	259	4,9	308	4,7	430	5,9	430	5,5	350	5,4
60 e mais	100	1,9	111	1,7	139	1,9	161	2,1	128	2
Ignorado	12	0,2	4	0,1	7	0,1	7	0,1	1	0,0
Total	5257	9,6	6541	12	7342	13,4	7769	14,2	6521	11,9

Idade	2000-2001		Total 1983-2001		30 a 34	1000	20,8	11026	20,2
	Nº	%	Nº	%	35 a 39	738	15,4	7904	14,5
< de 5 anos	113	2,4	3025	5,5	40 a 49	839	17,5	8030	14,7
05 a 12	28	0,6	509	0,9	50 a 59	315	6,6	2821	5,2
13 a 19	111	2,3	1608	2,9	60 e mais	110	2,3	1024	1,9
20 a 24	571	11,9	7144	13,1	Ignorado	-	-	65	0,1
25 a 29	973	20,3	11504	21	Total	4798	8,8	54660	100

- Dados preliminares até 31/03/2001, sujeitos a revisão.

2.1. Transformações da epidemia.

Apesar do diagnóstico de casos de AIDS ter começado a ser realizado no Brasil desde 1982, foi dada relativamente pouca atenção pública à doença. Entre 1983 e 1985, construiu-se gradativamente na cultura popular brasileira uma imagem da AIDS e de suas chamadas vítimas na informação

epidemiológica existente. Neste período pensava-se que a grande maioria das pessoas com HIV/AIDS era o de homossexuais cuja a conduta sexual era caracterizada pelo grau de promiscuidade.

Contrapor esta imagem a um entendimento mais empírico da epidemiologia da AIDS se mostrava uma tarefa difícil, por diversas razões. Uma delas era o acesso a assistência médica adequada, muito restrita principalmente nas áreas rurais, bem como os setores urbanos mais pobres do Brasil, e, mesmo onde existiam instalações modernas, a sintomatologia do contágio pelo HIV e AIDS muitas vezes tornou o diagnóstico preciso difícil. A outra razão era o peso do preconceito e da discriminação que fazia com que tanto pacientes como médicos relutassem em relatar casos de AIDS, e, mesmo depois de 1986, quando a notificação se tornou compulsória às autoridades de saúde pública, ainda o estigma da doença causava um grau significativo de subnotificação.

Em meados de 1993, a disseminação da epidemia já havia atingido todas as regiões do país. A transmissão do HIV era em maiores casos por via sexual relacionando homossexuais, bissexuais e heterossexuais, outros via sangue incluindo receptores de sangue, hemofílicos e usuários de drogas.

No seu surgimento a AIDS era uma doença constatada nos setores elitizados e ricos, mas associado as mudanças na transmissão do HIV, o perfil social e econômico da epidemia começou a afetar cada vez mais a classe empobrecida da sociedade brasileira o que não nos causa surpresa alguma já que sempre os problemas básicos de saúde dos pobres não são resolvidos. Cada vez mais, parece que, apesar dos estereótipos e preconceitos enraizados na visão popular da AIDS no Brasil, a realidade da epidemia é, na verdade, a realidade da sociedade brasileira na sua totalidade.

2.2. Contexto sócio-cultural da contaminação pelo HIV.

A disseminação da doença e as reações da sociedade em relação a ela, podem ser melhores detalhadas num contexto sócio-cultural mais abrangente- especificamente nas crenças e práticas que estruturaram as relações sexuais, a troca de sangue e derivados e o uso de drogas injetáveis.

No caso da sexualidade categorias como homossexualidade e heterossexualidade tem sido muito significativos na estrutura ideológica da cultura sexual brasileira. Em suma os papéis sexuais possam variar, tendem a ser muito mais significativos do que a escolha do objeto sexual na construção da identidade sexual. E como produto desta determinada configuração do universo sexual, tem havido uma certa fluidez na construção dos relacionamentos sexuais no Brasil, o que podemos descrever como uma subcultura sexual voltada às interações com o mesmo sexo existente na vida do brasileiro desde o início do século XX.

A existência desta subcultura sexual distinta oferece imediatamente um espaço para a disseminação da epidemia, embora ao mesmo tempo tenha-lhe conferido caráter e direcionalidade únicos: apareceu inicialmente entre homossexuais e teve rápido desenvolvimento entre os bissexuais. Ao mesmo tempo, a forma particular desta subcultura também influenciou o modo como a sociedade brasileira reagiu a ela. Na cultura brasileira, essas categorias não são bem incorporadas pela maioria da população, resumindo-se na divisão passivo e ativo, expressada como coordenada para organização de gênero, conhecida como “machismo”. Nesse quadro de poder, as mulheres devem se submeter aos homens se abstendo de contatos extraconjugais. Assim como a construção social do universo sexual deixou sua própria marca distinta na evolução da AIDS no Brasil, as práticas específicas que determinaram o fluxo de sangue também moldaram a evolução da epidemia e as formas de como a sociedade brasileira tem sido capaz de reagir a ela.

A falta de uma legislação e de um controle eficaz no tocante ao

fornecimento de sangue é um velho problema brasileiro. Em parte, a falta de um sistema regulador eficaz foi resultado de certas limitações do sistema de saúde pública na sua totalidade. Ao mesmo tempo o problema também poderia estar relacionado a um sistema ideológico constituído culturalmente, no qual a doação de sangue é valorizada como uma fonte de renda. A doação de sangue tem sido uma das soluções dos setores mais pobres da sociedade brasileira. Toda uma classe de doadores de sangue profissionais “que vendem seu sangue a fim de ter condições mínimas de existência material se tornou parte integrante do mercado de sangue brasileiro”.

A ampla comercialização de sangue levou a alta incidência de doenças infecciosas associadas a transfusões, como sífilis, hepatite e doença de Chagas. Embora a gravidade desta situação tenha levado a decretos governamentais com vistas a garantir que os bancos de sangue fizessem testes para detectar anticorpos do HIV, na prática, o custo da testagem implicou o amplo descaso por tais regulamentações. O governo brasileiro parecia ter sido relativamente impotente para fazer valer seus próprios direitos e evitar que sejam fraudados. Justamente onde a obrigatoriedade das legislações relativas ao teste do sangue eram mais rigorosas, simultaneamente foi gerada uma rede de bancos de sangue clandestinos, lucrativos, dirigidos por contrabandistas que resistiam às leis governamentais. Na população homossexual não havia grupos capazes de exigir um controle mais eficaz do fornecimento de sangue e as associações de hemofílicos tinha uma capacidade restrita de influenciar no processo político de forma significativa.

Embora o uso de drogas injetáveis tenha ficado atrás de outros modos de transmissão nos primeiros anos da epidemia de AIDS no Brasil, torna-se em 1991 um dos tipos de transmissão de maior crescimento. Apesar da venda de agulhas não ser ilegal no Brasil, seu preço é proibitivo, especialmente porque o uso de drogas injetáveis tem se tornado mais freqüente entre os setores empobrecidos e marginalizados da sociedade

brasileira. A prevenção a transmissão do HIV pelo uso de drogas injetáveis ficou mais complicada por as drogas serem tratadas como uma questão policial e não médica, e também devido a não aceitação de programas de troca de agulhas para os usuários da droga que são restritas por sanções legais.

Seria preciso descrever a epidemia HIV/AIDS no Brasil como vários epicentros com suas características de padrão único e unificado. Assim como as imagens culturais que a AIDS, os padrões concretos de transmissão pelo HIV também são constituídos. São moldados por forças locais e globais refletindo a natureza fluída e aberta dos contatos sexuais, em especial entre homens, na sociedade brasileira, bem como a comercialização aberta de sangue e seus derivados, e até as conseqüências inconscientes das divisões distantes de interesses geopolíticos que moldam a política anti-drogas internacionais.

2.3. Política da AIDS no Brasil.

O Brasil apresentou um momento histórico específico e um conjunto complicado de transformações sociais e políticas que tem influenciado profundamente as formas de como a sociedade brasileira tem respondido à epidemia de AIDS. A história das políticas de resposta ao HIV/ AIDS pode ser entendida em quatro fases distintas

O surgimento da AIDS no Brasil coincidiu com a evolução de uma crise social, política e econômica. Os primeiros casos de AIDS foram registrados em 1982 e 1983, durante os últimos dos cinco governos militares, e a disseminação de epidemia se desenvolveu como pano de fundo da tentativa do país voltar a uma democracia. Ao mesmo tempo, a crise econômica, associada à imensa dívida externa brasileira e a política tanto de empréstimos como de dependência econômica internacionais, acentuou os problemas existentes na estrutura de sistema de saúde pública no país e

limitou a capacidade do governo de responder aos problemas colocados por uma doença epidêmica.

O povo brasileiro devido aos vinte anos de ditadura sentiram-se impotentes diante da doença, o que foi se desfazendo pelas amplas ações políticas e sociais. Embora estes acontecimentos pareçam distantes do desenvolvimento da epidemia da AIDS, na verdade estão intimamente ligados a ela, pois influenciaram o clima político que determinou a política de controle da doença. A tensão entre os remanescentes do autoritarismo e as esperanças de democracia foram reproduzidas nas políticas relacionadas à AIDS, embora a crise econômica tenha complicado o problema dos funcionários destinados à prevenção da doença, tornando mais acirrada a competição pelas verbas destinadas à saúde.

O resultado tem sido um clima de preconceito e discriminação, associado as demoras nas atitudes governamentais e no desenvolvimento das políticas públicas. A falta de informação e a divulgação de informações equivocadas resultaram num conjunto de crueldades individuais. Talvez o que seja mais preocupante é indivíduos e instituições que se recusaram a tratar pacientes com AIDS e especialistas em medicina que disseminaram informações inflamadas, alarmistas e equivocadas, que incitou ainda mais o preconceito contra as pessoas contaminadas. E o ainda autoritarismo que perseguia os supostos grupos de risco, como homossexuais, prostitutas ou travestis, que foram freqüentes vítimas da violência da polícia, legitimada e justificada como atividade de prevenção à AIDS.

Este clima geral precisa ser associado, a uma série de demoras no desenvolvimento de uma política nacional contra a AIDS. Inicialmente, a inércia foi justificada pela extensão de outros problemas de saúde não-resolvidos no Brasil- algumas centenas de casos de AIDS pareciam inseqüentes em comparação com milhares casos da doença de Chagas, malária, tuberculose, meningite e outras. Além disso, as sérias restrições financeiras impostas pela crise econômica brasileira tem sido

consistentemente citadas como pressões inevitáveis que limitam a disponibilidade de recursos para pesquisa básica, programas educacionais e cuidados e tratamentos para pacientes de AIDS.

Quando os números começaram a aumentar, o possível impacto da epidemia ficou mais evidente e a intenção internacional começou a se concentrar na inércia governamental do Brasil, o Ministério da Saúde começou finalmente a tomar providências. As primeiras ações públicas no combate à AIDS tinha basicamente a mesma abordagem que era feita com pacientes de hanseníase, devido a semelhança que essas doenças apresentavam no âmbito social, principalmente por causa da discriminação(na família, no trabalho, na assistência médica...), pelo estigma, medo, ignorância e preconceito. Nessa primeira fase as ações preventivas foram incipientes, caracterizadas por reuniões isoladas, palestras, distribuições de panfletos e utilização da mídia através de reportagens. As ações governamentais, pautavam-se por investimentos em vigilância epidemiológica e em assistência médica, sem um plano sistemático e organizado de prevenção.

Em maio de 1985, uma portaria do governo determinou o estabelecimento de um programa nacional de AIDS por uma nova Divisão Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS dentro do Ministério da Saúde, e esta recém formada unidade começou a dedicar-se à elaboração de um plano quinquenal voltado ao direcionamento da resposta brasileira à epidemia entre 1988 e 1992. Nesse período o setor de saúde tentava envolver outros setores(como, o Ministério da Educação, do Trabalho e da Justiça) no combate à AIDS. A intenção era de reunir esforços para o desenvolvimento de políticas nacionais na luta contra a doença, com o objetivo de mostrar que a AIDS não deveria ser um problema exclusivamente da área da saúde, mas sim de interesse nacional. Entretanto mesmo após de uma nova estrutura institucional voltada ao desenvolvimento de respostas à epidemia, foi apenas no final de 1986 que o Ministério da Saúde assinou uma outra portaria estabelecendo a

notificação compulsória dos casos de AIDS, possibilitando assim o início do acompanhamento da epidemia, e mesmo depois disso é impossível garantir o total cumprimento desta notificação por médicos, que atendem aos desejos de seus pacientes e não registram o diagnóstico. Em maio de 1987, o Ministério da Saúde ordenou a testagem do sangue doado, mas a ausência de sanções legais e de um aparato regulatório oficial impossibilitou o cumprimento eficaz dos procedimentos de testes, só em 1988 que teve início a implementação de um programa educacional em larga escala e o uso dos meios de comunicação de massa como parte integrante do processo de educação. A abordagem preventiva era realizada através de aulas teóricas, palestras e distribuições de panfletos informativos, além de um corpo teórico sólido em relação aos conhecimentos da virologia e epidemiologia da AIDS, mas mesmo assim se mostrava insuficiente para alcançar sucesso. E até mesmo aqui a natureza explícita das informações apresentadas provocou críticas da Igreja Católica sendo necessário fazer a revisão das campanhas educacionais não visando aumentar sua eficácia, mas para não ofender a moral.

O pressuposto básico desses trabalhos é de que o profissional de saúde detém o saber, enquanto a população é ignorante; assim esses trabalhos preventivos priorizavam apenas o repasse de informações (transmissão sem reflexão), o que não era suficiente para mudar a postura da comunidade frente à AIDS.

Em setembro de 1988 o governo federal anunciou a redução de 30% nos recursos destinados à AIDS, deixando o Programa Nacional de AIDS do Ministério da Saúde sem fundos suficientes para os medicamentos básicos e testagem do sangue. Ao mesmo tempo em que a história da AIDS tem sido marcada pela discriminação, negligência e inércia oficial, entretanto começou a surgir no Brasil, uma resposta crítica a este quadro, que foi uma espécie de revolta diante da falta de interesse governamental, onde os cidadãos começaram a acreditar que se não tomassem os problemas em suas próprias mãos nada seria feito.

Com o governo Collor(1990), inicia-se a terceira fase das respostas políticas à AIDS, de maneira contrária às expectativas nacionais. Nesse período, é vinculada ao movimento, uma campanha nacional sob o tema “Se você não se cuidar, a AIDS vai te pegar”, retirando toda esperanças dos portadores, com o objetivo de estimular atitudes e práticas seguras, entre os não-portadores, utilizando a ameaça: AIDS mata. Por tal motivo as pessoas deveriam tomar cuidados especiais para não “pegar” o vírus. Em 1997 o Ministério da Saúde afirmou que esse tipo de informação não só fracassou em seu objetivo(que era o de diminuir a transmissão do HIV), como contribuiu negativamente para o fortalecimento de comportamentos preconceituosos em relação ao portador, aumentando também o medo e a angústia das pessoas em relação à AIDS.

Na quarta fase ocorreu a reorganização do Programa Nacional de AIDS do Ministério da Saúde. Fase esta onde rivalidades e disputas foram deixadas de lado, afim de intensificar e fortalecer a cooperação de todos que estão na luta contra AIDS.

Inicia-se uma negociação do programa com o Banco Mundial, para o desenvolvimento de um projeto para a prevenção e controle da AIDS, vendo que com o volume de recursos envolvidos, as novas possibilidades de trabalho criadas e o conjunto de normas introduzidas foram provocados mudanças significativas na organização do trabalho de todas as instituições nacionais envolvidas no combate à doença como: o Programa Nacional de AIDS passou a ser o principal financiador dos projetos a serem desenvolvidos em todo o país, oferecendo novas possibilidades de prevenção e controle e não à manutenção da sobrevivência financeira dessas instituições.

Em relação à prevenção esse período apresenta três formas diferentes de trabalho:

- campanhas de redução de danos: baseia-se na redução de risco à saúde que uma determinada população apresenta(ex. sensibilizar sobre o perigo

de trocar seringas entre usuários de drogas injetáveis).

- campanhas que induzem ao uso de preservativo
- campanhas que buscam, através da escolha pessoal e da responsabilidade social, a prevenção da AIDS.

As campanhas de redução de danos foram muito contestadas, pois esbarram em questões legais e morais; as que induzem ao uso de preservativo envolve muito a questão de como as práticas sexuais são social e culturalmente construídas; assim para que essas campanhas tivessem uma maior aceitação, surgiram projetos educativos que propuseram um processo de capacitação por meio da escolha pessoal e da responsabilidade social. Projetos que buscaram considerar aspectos afetivos e valores envolvidos na formação do homem.

Os resultados iniciais destas atividades já oferecem motivos para um certo grau de otimismo. A pressão oferecida por essas organizações tem proporcionado cada vez mais um tratamento mais ponderado e sensato para a AIDS nos meios de comunicação, comprometendo o estereótipo popular totalmente equivocado sobre a doença e suas possíveis vítimas. Embora haja muito que se fazer ainda, o surgimento gradual de um diálogo crítico entre Estado e sociedade civil oferece a possibilidade de se forjarem iniciativas de políticas que de fato respondam a realidade da AIDS no Brasil.

3. Intervenção do Programa Municipal DST/AIDS junto a população idosa de Presidente Prudente

O Programa Municipal DST/AIDS de Presidente Prudente foi implantado em 1996, através de convênio firmado entre Ministério da Saúde, Banco Mundial e Prefeitura Municipal de Presidente Prudente. Conta com o SAE- Serviço Ambulatorial Especializado e CTA- Centro de

Testagem e Aconselhamento. O número de pacientes cadastrados entre soropositivos sintomáticos e assintomáticos são de 1014. O programa tem como objetivo diminuir a vulnerabilidade da população em adquirir DST/HIV/AIDS e dar uma melhor qualidade de vida aos afetados. Dentre as diversas ações desenvolvidas há o trabalho realizado com a terceira idade.

O artigo 196 da Constituição Federal menciona que "saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". No inciso II do artigo 198 aponta como uma das diretrizes "o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais".

Atualmente 14,8 milhões de brasileiros são idosos e de acordo com o Ministério da Saúde já foram registrados 15.597 casos de AIDS entre a faixa etária de 50 à 69 anos, devido ao crescimento da expectativa de vida, que é cada vez mais inserida socialmente e estimulada a exercer sua sexualidade. Em Presidente Prudente, 1,87% dos 1014 soropositivos cadastrados no SAE enquadra-se neste segmento da população. Na busca por tratamentos hormonais, próteses, Viagra e outros medicamentos, com a intenção de prolongar a vida sexual, a falta de informação, de campanhas dirigidas à terceira idade e o preconceito ao uso do preservativo são as principais causas apontadas pelo Ministério da Saúde quanto ao aumento de idosos infectados pelo HIV, o que possibilitou uma nova conquista do campo social e da saúde, representando novas demandas aos serviços.

No ano de 1999 o Conselho Municipal do Idoso, juntamente com entidades envolvidas no atendimento e assistência à terceira idade, organizaram a II Feira Regional de Artes do Idoso no município de Presidente Prudente. O Programa Municipal DST/AIDS foi convidado para participar do evento.

Decidiram atuar com esta população de forma participativa, visando

a sensibilização e adoção de práticas seguras quanto DST/HIV/AIDS e diante da vulnerabilidade que os idosos se encontravam viram a necessidade de dar continuidade à este trabalho. Além disso, outro motivo que instigou essa pesquisa realizada pelo Programa DST/AIDS foi que em atendimentos no CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento) os profissionais passaram à observar que alguns idosos procuravam os serviços para realização do teste anti-HIV/sífilis e algumas vezes solicitavam o preservativo, assim a partir desta ação seguia-se o aconselhamento/orientações e oficina do sexo seguro. Analisando quantos atendimentos foram realizados entre os anos de 1997 à 2002 e constataram que:

	1997	1998	1999	2000	1997/2000
Feminino	09	03	08	09	29
Masculino	05	10	16	04	35

Devido à alguns idosos fazerem parte de seus serviços e também pela grande busca de informações sobre este tema, viram a necessidade de ampliar as ações direcionadas à este segmento. Portanto foi necessário a realização de uma pesquisa quantitativa para constatar quais informações que os idosos têm em relação à DST/HIV/AIDS. A pesquisa foi realizada no clube da terceira idade "Dona Dalila" nos anos de 2001 e 2002, onde obtiveram os dados a seguir:

- **Aplicação da entrevista:**

	2001	%	2002	%	Total
Universo	150		400		550
Entrevistados	75	50	110	27,55	185

- **Sexo:**

	2001	%	2002	%	Total	%
Feminino	46	61,33	74	67,27	120	64,86
Masculino	29	38,66	36	32,72	66	35,67

Verificou-se que o número de mulheres idosas foi maior, num total de 64,86%, em comparação ao público masculino de 35,67%, o que vem corroborar com pesquisas nacionais que demonstram a feminilização da doença. Atualmente as mulheres não vivem como no passado, somente em função do lar, hoje existe uma busca de melhor qualidade de vida, sendo que o baile lhes proporciona distração, entretenimento, lazer, ponto de encontro para bate-papo e trocas de experiências, bem como interação com o sexo oposto.

- **Faixa etária:**

Detectou-se que a população jovem e meia-idade também freqüentam o local, decidiu-se incluí-los no universo pesquisado.

Idade	2001	%	2002	%	Total	%
35 a 40	07	9,33	04	3,6	11	5,94
41 a 45	05	6,66	03	2,72	08	4,32
46 a 50	08	10,66	15	13,6	23	12,43
51 a 60	17	22,66	36	21,27	53	28,64
61 a 70	24	32	56	50,90	80	43,24
71 a 80	13	17,83	24	21,81	37	20
Acima de 80	01	1,3	01	0,9	02	1,08

No clube da terceira idade "Dona Dalila" a faixa etária prevalecente, é de 51 à 80 anos ou mais num total de 92,9% do universo entrevistado.

- Quanto ao estado civil:

	2001	%	2002	%	Total	%
Solteiro	08	10,66	05	4,5	13	7,02
Casado	24	32	23	20,9	47	25,40
Viúvo	20	26,6	50	45	70	37,83
Divorciado	09	12	15	13,6	24	12,97
Separado	11	14,66	18	17,82	29	15,67
Companheiro	03	4	02	1,8	05	2,7

Destacou-se neste item que para usufruir deste recurso que a comunidade oferece independe do estado civil, sendo a maioria pessoas viúvas com 37,83%, num total de 70 entrevistados. Esses idosos deixam a vida sedentária que levam e saem em busca de melhor qualidade de vida, o que contribui também para diminuir as vulnerabilidades biopsicossociais que o envelhecimento acarreta.

- Quanto as DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis) conhecidas:

	2001	%	2002	%	Total	%
Sífilis	21	28	59	53,6	80	43,24
Cancro mole	08	10,66	26	23,6	34	18,37
Herpes genital	08	10,66	21	19	29	15,67
Linfogramulona	05	6,66	09	8,1	14	7,56
Gonorréia	26	34,66	75	68,1	101	54,59
Tricomoníase	05	6,66	07	6,3	12	6,48
Candidíase	07	9,33	19	17,2	26	14,05
HPV	10	13,33	45	40,9	55	30
Hepatite B	09	12	32	29	41	22,16
Outros	03	4	0	0	3	4
Não sabe	41	59,66	23	20,9	64	34,59

Observou-se que grande parte dos usuários entrevistados tem informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis, porém 34,59% ainda desconhecem.

- **Quanto ao conhecimento como se pega AIDS:**

	2001	%	2002	%	Total	%
Relação sexual	64	85,33	91	82,7	155	83,78
Transfusão de sangue	41	54,66	97	88,1	138	74,59
Picada de inseto	01	1,33	46	41,8	54	29,18
Doando sangue	08	10,66	50	45	56	30,27
No banheiro	01	1,33	42	38,1	43	23,24
Beijo na boca	30	40	35	31,8	65	35,13
Não sabe	10	13,33	03	2,7	13	7,02

Sabemos que através do sexo é possível ser contaminado pelo HIV e isto está muito presente em todas as entrevistas realizadas, mas ainda há o desconhecimento de outras vias de contágio fantasiando possibilidades de contágio, tais como: doação de sangue, picada de inseto, no banheiro, beijo na boca. É importante ressaltar que 7,02% dos entrevistados desconhecem as vias de contágio.

- **Quanto aos meios do qual teve informações sobre a doença:**

	2001	%	2002	%	Total	%
Televisão	51	68	80	72,7	131	70,8
Rádio	21	28	53	48,1	74	40
Jornal	20	26	22	20	42	22,7
Revista	05	6	20	18,1	40	21,62
Amigos	08	10	42	38,1	50	27,02
Outros	17	22,6	25	22,7	42	22,7
Não sabe	09	12	01	0,9	10	5,4

Apesar da mídia estar explorando, de algumas formas, a questão de prevenção das DST/HIV/AIDS, verificou-se que 5,4% da população entrevistada ainda apresentam desconhecer as informações pertinentes.

- **Faz prevenção:**

	2001	%	2002	%	Total	%
Sim	39	52	49	44,5	88	47,56
Não	36	48	60	54,5	96	51,89

Analisando os dados, constatou-se que 51,89% não se previnem apresentando como dificuldades de prevenção:

	2001	%	2002	%	Total	%
Não sabe colocar o preservativo	05	6,6	21	19	26	14,05
Acha ruim	05	6,6	18	46,3	23	12,43
Diminui a sensibilidade	04	5,33	33	30	37	20
É alérgico	15	20	28	25,4	43	23,24
Perde a ereção	10	13,33	20	18,1	30	16,21
Outros	07	9,33	07	6,36	14	7,56

De acordo com a intervenção realizada pelo Programa Municipal DST/AIDS viu-se a necessidade de implantações e implementação das ações do projeto existente, junto a este segmento da população. Dentre elas:

- Democratizar informações preventivas pertinentes à população idosa, para o exercício da cidadania.
- Propiciar trabalho educativo/preventivo visando mudança de comportamento.
- Oferecer aconselhamento/orientações pertinentes as questões das DST/HIV/AIDS.
- Intervir de forma individual e grupal visando a sensibilização.
- Estabelecer parcerias com demais segmentos que atendem a população idosa.
- Sensibilizar a negociação entre parceiros o uso do preservativo.
- Incentivar a participação do usuários idosos nas oficinas do sexo seguro.
- Estimular diálogos e reflexões entre parceiros, grupos, em especial os discordantes.
- Capacitar os profissionais envolvidos.
- Firmar parcerias com os meios de comunicação, para ampliação de campanhas pertinentes.

Diante da execução deste trabalho, o Programa DST/AIDS acredita ser válida a contribuição para uma melhor qualidade de vida da população idosa, vendo-os na sua totalidade, tratando-os de forma digna; exigindo-se a presença de uma prática profissional que exercite efetivamente a sua função social e sua prática política.

CAPÍTULO III- ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS

A preocupação da sociedade com o processo de envelhecimento justifica-se pelo fato de os idosos corresponderem a uma parcela da população cada vez mais representativa do ponto de vista numérico. Contudo, explicar por razão de ordem demográfica à velhice é perder a oportunidade de descrever os processos por meio dos quais o envelhecimento se transforma em um problema que ganha expressão e legitimidade no campo das preocupações sociais do momento.

Caberia ainda aqui dizer, quem é o velho e qual a imagem que a sociedade tem formada a respeito dele.

Com a chegada da terceira idade, ocorrem mudanças inevitáveis em vários fatores da vida humana. Essas alterações vão se dar nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo, de forma natural e gradativa. Na concepção de Zimerman (2000):

...é importante salientar que essas transformações são gerais, podendo se verificar em idade mais precoce ou mais avançada e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e principalmente pelo modo de vida de cada um .

Portanto podemos entender que o velho, é aquele indivíduo que passou por tais transformações que são inevitáveis a todos os seres humanos, e não somente aquelas pessoas que completaram sessenta anos.

Delimitar uma idade cronológica para caracterizar o velho dizia-se que é mais uma questão de ordem social do que biológica e ou psicológica, pois como afirma a autora Guitte Zimerman (2000), as características genéticas e a qualidade de vida de cada indivíduo, é que vão de fato determinar quem é o velho.

Quanto a imagem que se tem do velho em nossa sociedade esta é formada a partir das nossas vivências , das nossas observações ou daquilo que nos é passado pelos familiares e pela sociedade de uma forma geral, e que na maioria das vezes essa imagem vem cercada de preconceitos e

estigmas. Não é pouco comum que se defina o velho, como sendo, uma pessoa chata, triste, deprimida, cansada, doente e solitária, ou também como sendo alguém muito vivido, com bastante experiência, porém muito lento, com tempo de sobra e mais perto da morte.

Poderíamos então dizer que a maioria das características acima citadas não são peculiares de uma faixa etária, pois podemos encontrar muitos jovens com as mesmas características. Mas, segundo os padrões da O.N.U velho é aquela pessoa que tem sessenta anos, em países de terceiro mundo, e sessenta e cinco nos países de primeiro mundo. O grande desafio que nos é apresentado, enquanto educadores sociais comprometidos com o segmento idoso em específico é que o Brasil não é mais considerado um país jovem, e a sociedade de maneira geral deve se preparar melhor para lidar com essa nova realidade.

1- ASPECTOS BIOLÓGICOS

Atualmente podemos acompanhar as várias mudanças na área farmacológica, e isso sem dúvidas tem contribuído muito para que o indivíduo de sessenta anos de idade ou mais, não seja mais considerado velho como acontecia há vinte anos atrás. Outros fatores que também merecem destaque é a busca por uma melhor qualidade de vida e uma atenção especial no que diz respeito a prevenção de doenças.

O organismo humano, desde sua concepção até a morte, passa por diversas fases:

Desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento. O envelhecimento manifesta-se por declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição como nas demais fases. As funções orgânicas, de uma maneira geral, declinam

em função do tempo. Este declínio, no entanto, exibe uma grande variabilidade quando, se considera a rotina de deterioração nos diferentes sistemas orgânicos e nos diferentes indivíduos. Com o passar dos anos, o desgaste é inevitável, sabemos que a velhice não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível a doenças. É uma época na qual as pessoas adoecem mais, demoram mais tempo para se recuperar.

Do ponto de vista físico, destacamos algumas mudanças que caracterizam o velho. São elas:

Modificações externas:

- As bochechas se enrugam e embolsam;
- Aparecem manchas escuras na pele (manchas senis);
- A produção de células diminui a pele perde o tom, tornando-se mais flácida;
- Podem surgir verrugas;
- O nariz alarga-se
- Os olhos ficam mais úmidos, entre outras.

Modificações internas:

- Os ossos endurecem;
- Os órgãos internos atrofiam-se reduzindo seu funcionamento;
- O metabolismo fica mais lento
- O cérebro perde neurônios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente
- A digestão é mais difícil
- A insônia aumenta, assim como a fadiga durante o dia;
- O olfato e o paladar diminuem, entre outros.

O segredo do bem viver é aprender a conviver com essas limitações e entender, aceitar e lutar para que esses problemas sejam diminuídos, com exercícios físicos adequados e um bom diagnóstico para uma boa programação do que deve ser feito, o que pode postergar o aparecimento de enfermidades crônicas ou aliviar sua sintomatologia, prolongando o período de vida e prevenindo os agravos que impeçam a promoção do pleno exercício da capacidade funcional

Reconhecendo-se, portanto, que o bem estar funcional é de extrema importância, é necessário se colocar em prática instrumentos de avaliação que permitam um diagnóstico abrangente de suas condições físicas, psíquicas e social.

Essas alterações funcionais próprias do envelhecimento associada à maior prevalência de doenças crônicas podem levar à deterioração da habilidade e manutenção da independência é este o motivo pelo qual as pessoas idosas são, em número e intensidade proporcionalmente mais dependentes que os jovens. Além disso o próprio processo natural do envelhecimento diminui a capacidade funcional de cada sistema de nosso organismo, o que é mais importante do que o envelhecimento cronológico, que, em nossa cultura é o mais valorizado, é um processo lento, mais inexorável e universal. Uma situação que se observa com frequência, é a de idosos portadores de doenças crônicas, que se olham também como portadores de boa saúde. Julgam-se assim porque têm autonomia e podem executar independente e satisfatoriamente suas atitudes do dia-a-dia, continuando suas relações e atividades sociais, mas a perda dessa autonomia que segue condições agudas e crônicas aumentam com o avançar da idade. Portanto, a velhice, uma vida mais saudável esta intimamente ligada a manutenção ou a restauração da autonomia e independência, que constituem bons indicadores de saúde, e que são definidas como: autonomia – capacidade de decisão, de comando, independência – capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Uma forma de se quantificar saúde de um idoso é através do grau de

autonomia que ele possui e do grau de dependência com que desempenham as funções do cotidiano, sempre levando em conta o seu contexto sócio- econômico e cultural.

2. ASPECTOS SOCIAIS

Atualmente encontramos vários entraves apresentados pelo discurso do senso comum, mistificando a existência da pessoa idosa. Descrevemos alguns mitos que interferem nas relações sociais:

- A maioria dos idosos vivem em países desenvolvidos. Este mito já não existe no Brasil, pois em nosso país hoje tem em torno de 15,5 milhões de idosos, ou seja, 7,5% da população, e segundo projeções estatísticas no ano de 2025 passará para 15%, ou seja, 32 milhões de idosos com 60 anos ou mais.
- As pessoas mais velhas são todas iguais. Contrapondo este mito intergeracional, vemos que cada pessoa envelhece da sua maneira, diferenciando-se em aspectos como: sexo; etnia ou cultura; clima; localização geográfica; entre outros.
- Homens e mulheres envelhecem da mesma forma. Visto que é outro estigma que não existe, pois as mulheres vivem mais que os homens, embora sejam mais propensas à doenças crônicas como diabetes, osteoporose, hipertensão, incontinência e artrite.
- Os idosos são frágeis. É mais um tabu que cai por terra, pois a maioria dos idosos mantêm-se em boa forma física até uma fase bem mais avançada da vida.
- Os mais velhos nada tem a contribuir. Ao contrário deste mito vimos que os idosos tem muito à contribuir.
- Os mais velhos são um ônus econômico para a sociedade.

- A maioria dos idosos não tem família ou tem com ela contatos infreqüentes, obrigatórios e conflitantes.
- Os filhos adultos não se importam com seus pais e os abandonam em instituições.
- As famílias no estágio posterior da vida, estão demasiadamente fixadas em sua maneira de ser para mudar antigos padrões de interação.

Nos países desenvolvidos a legislação acompanha as transformações sociais e a crescente expansão demográfica dos velhos, que tem acarretado importantes movimentos reivindicatórios que somente são concretizadas quando se consegue que as leis sejam criadas e cumpridas. No Brasil prevalece um desrespeito prático as populações idosas, com aposentadorias e pensões por vezes aviltantes e na carência de acesso e recursos estatais encontramos a proteção ao idoso em diversos dispositivos legais, que é um dos mais progressistas no mundo, mas nas ações concretas ainda é insuficiente.

O idoso, como cidadão, tem contribuído pelo decorrer de muitos anos, de diversas maneiras para a sociedade em maior volume que a média do restante da população, adquirindo o direito a um tratamento privilegiado por parte do Estado e das diversas estruturas sociais. Na aposentadoria o indivíduo na maioria das vezes deixa seu trabalho remunerado, mas não deixa de “fazer”. Essa necessidade, continua, pois é constante, dinâmica e evolutiva.

O fato de se ouvir por parte de alguns já fiz muito, quero descansar, plantei, agora quero colher os frutos, não deixa de ser um direito adquirido, mas não é uma atitude saudável, principalmente quando as pessoas se limitam a permanecer só com essas respostas, poderíamos dizer até que é uma atitude desmobilizadora. O descansar é importante, o colher os frutos também, mas só isso não basta para esse período da vida em que o

indivíduo adquire toda uma experiência, uma vivência, ele ainda tem muito a dar e a receber e principalmente a trocar; precisa continuar vivendo, lutando, crescendo. Na vida afetiva, social e intelectual, uma das causas que prejudicam o cotidiano das pessoas neste período é a falta de preparação para esta fase da vida aliada muitas vezes à perda do status e à conseqüente desvalorização social, fazendo com que o direito a aposentadoria e do uso do tempo livre se torne não um benefício, uma conquista, ou até um prêmio, mas um período indesejável, carregado de tédio, marginalização e de preocupação econômica para muitos.

A aposentadoria também pode ser marcado pela ausência de papéis sociais a serem desempenhados, a inexistência de novos planos e objetivos para a vida nesta fase, a representação negativa que é feita da velhice, fatores esses que contribuem para que se inicie o processo de isolamento social das pessoas que por direito chegaram a aposentadoria. Na aposentadoria, na velhice, muitos por não saberem o que fazer no seu tempo conquistado, liberto das obrigações profissionais e de outras ocupações passam ao uso patológico (desocupação compensada pela comida e bebida) ou tornam-se hipocondríaco, ou até mesmo tristes. O período da aposentadoria também pode ser caracterizado com uma grande fase da possibilidade do lazer, de aproveitamento para a realização pessoal de investimento em si próprio.

O lazer, hoje, vem se constituindo no mais diversificado e mais extenso conjunto de atividades para essa faixa etária. Os centros de convivências as universidades abertas á terceira idade, as escolas da terceira idade, a criação de espaços de convivência social, são alguns exemplos de opções feitas pelos idosos que procuram este ou aquele local para satisfação de suas necessidades e para investir em si próprios. O lazer apresenta três funções principais:

- 1- Descanso, repara os desgastes físicos e mentais pelas tensões das obrigações cotidianas;

2- Recreação, divertimento e entretenimento, com a função de reparar o tédio;

3- Desenvolvimento pessoal, que permite uma participação social, maior e mais livre, novas possibilidades de integração voluntária a vida de agrupamentos recreativos, culturais e sociais, contribui para o surgimento de condutas inovadoras e criadoras.

Entretanto o lazer, ainda está impregnado de idéias preconceituosas originadas da contenda entre as noções de ócio, o que cria uma enorme barreira para a prática do lazer. Uma outra barreira que podemos apontar, é que não são todos que se aposentam que tem o tempo livre, há os que necessitam dedicar-se a uma segunda ou terceira carreira ou mesmo dos cuidados da casa e da família. Também as limitações materiais e de saúde, locomoção, falta de segurança, falta de programas, de espaço e equipamentos para o lazer, são identificados como barreiras a prática do lazer.

2.1- O IDOSO E A FAMÍLIA

A família pode, com precisão, ser considerada o habitat natural da pessoa humana. Na família somos mais naturais, mais nós mesmos, sem máscaras sociais, pelos nossos defeitos e pelas nossas qualidades. Como a base e a raiz da estrutura social é a família, é de suma importância o estudo do idoso, da vida e da saúde nesta fase da vida.

A população idosa é proveniente de uma época com marcados valores culturais, nos quais a família ampliada exercia importante papel. Hoje, em certos setores, se prevê o desaparecimento da família como estrutura válida para a sociedade do futuro, pois é mais dinâmica e flexível, com uma hierarquia menor e papéis que mudam com mais facilidade. Em todas as famílias, em maior ou menor grau, há a transmissão

de crenças, valores, e condutas de uma geração para outra. É comum os velhos queixarem-se dos filhos por condutas que estão vivendo e que contradizem com seu tempo. Cada época tem suas necessidades e obrigações, com aspectos positivos e negativos.

O velho torna-se, portanto, um peso para algumas famílias, o que leva a associação da velhice com doenças, morte, passivismo físico e mental. Mas se os jovens de hoje tivessem uma outra percepção da velhice, certamente começariam a passar para seus filhos e netos uma perspectiva diferente, mais otimista e de acordo com a realidade. Verão que o idoso tem uma maior história pessoal a oferecer ao ambiente, representando ainda a “história”, da estrutura familiar em si, como um ser biográfico e não apenas biológico, que sua idade representa uma condição essencial para a contribuição que pode dar e passa a ser valorizado exatamente na sua condição e porque é idoso. Essa abertura que os jovens podem dar, inicia-se no momento em que é reconhecida as diferenças entre as pessoas e se notam suas necessidades. Em um bom relacionamento existe respeito de ambas as partes e é importante que o velho conheça a juventude e ela conheça melhor o velho.

Entretanto, se ao contrário há ausência de condições de apoio familiar os idosos podem ingressar na tão conhecida marginalidade social, acentuando as fragilidades naturais do envelhecimento as pessoas poderão viver saudáveis por mais tempo, e seu tempo de doenças senis poderá ser cuidado, adiado ou abreviado dependendo de fatores econômicos e sociais que determinam as condições de saúde e os estilos de vida do segmento social de que fazem parte. Como conceito de saúde da OMS (Órgão Mundial de Saúde), órgão da ONU, a caracteriza como “Estado de Bem-Estar Físico, Psíquico e Social”, caracterizando o idoso sadio e idoso doente através da sua situação familiar, que sem a qual o diagnóstico de saúde será empobrecido. Assim, podemos considerar o idoso como portador de limitações orgânicas inerentes a sua condição, o que por vezes

pode levar a família a uma sobrecarga e estresse quando convivendo e cuidando de idosos fragilizados e dependentes.

Idosos fragilizado por doença crônica e séria ou incapacidade necessitam de um suporte, uma rede social de apoio para permanecerem na sociedade. A extensão em que uma doença crônica pode provocar a morte e o grau que ela pode encurtar a vida de alguém são aspectos críticos característicos com profundo impacto psicossocial. O fator mais crucial é a expectativa inicial quanto a possibilidade de uma doença provocar a morte; são os casos das doenças progressivas e normalmente fatais, como por exemplo: a AIDS, o mal de Alzheimer, o câncer entre outras.

A futura expectativa de perda pode dificultar muito a manutenção de uma perspectiva familiar equilibrada. A fase crônica da doença, pode ser longa ou curta, mas é essencialmente o período entre o diagnóstico inicial e o de ajustamento e a terceira fase quando predominam as questões de morte num dos extremos. A fase crônica pode durar décadas como uma doença estável. A capacidade da família de manter uma aparência de vida normal na presença “anormal” de uma enfermidade crônica e de uma incerteza aumentada, constitui uma tarefa chave deste período. A última fase é o período terminal ela inclui o estágio pré-terminal da doença em que a inevitabilidade se torna aparente e domina a vida familiar; ela abrange os períodos de luto e resolução da perda.

A família como unidade cuidadora primária é peça fundamental, por isso é preciso prepará-la nas diversas fases. Alguns dos medos originais nesse movimento eram de que as famílias ficariam devastadas por verem uma pessoa amada morrer, e que elas seriam incapazes de cuidar adequadamente dela. Entretanto, foi comprovado o oposto, as famílias que decidiram cuidar de seus membros graves ou terminalmente doentes sempre sentiram-se melhor em todas as medidas, tornando-se voluntariamente um cuidador de idoso.

Cuidar é o ato de assistir alguém ou prestar-lhe serviços quando este necessita. É uma atividade complexa, com dimensões éticas, psicológicas, sociais, demográficas e que também tem seus aspectos clínicos técnicos e comunitários. Com o envelhecimento de nossa sociedade o número de indivíduos com doenças crônicas crescem rápida e assustadoramente, mas apesar do risco de doenças ser significativa, algumas pessoas envelhecem e permanecem saudáveis, mas muitas dessas tem uma maior fragilidade, requerendo assistência para a realização das atividades básicas da vida diária, como auxílio para vestir-se banhar-se, caminhar , entre outros. Segundo Eliane Brandão Vieira (1996):

...cuidadores são pessoas que se dedicam á tarefa de cuidar de um idoso, sejam membros da família que voluntariamente ou não, assumem essa atividade, sejam pessoas contratados pela família para esse fim.

O termo “cuidador” pertence originalmente ao campo da ética, tendo sido posteriormente incorporado ao vocabulário da enfermagem e do serviço social, mostra que no contexto da ética a idéia de cuidar de outras pessoas inclui dar valor a quem elas são, valorizar o que elas fazem, respeitar suas qualidades e necessidades, ajudar e protege-las de perigos e acima de tudo, ter atitudes conscientes e comprometidas com o bem-estar de quem é cuidado.

Portanto, quando uma pessoa passa a necessitar de ajuda regular para desempenhar atitudes básicas fundamentais para a vida independente, com alimentação e higiene, e outra pessoa passa a assumir estes cuidados, o relacionamento entre elas é alterado, e geralmente uma passa a fazer muito mais do que a outra. Assim, as relações que eram basicamente de reciprocidade são transformadas em relação de dependência, onde a pessoa que passa a necessitar da ajuda se torna dependente da pessoa que oferece suporte, geralmente chamado de cuidador, passa a desempenhar não apenas atitudes relacionadas ao bem-

estar físico e pessoal do idoso, mas também passa a ter restrições em relação a sua própria vida.

Os cuidadores são pessoas que estão no dia-a-dia ao lado do velho, portanto, deve-se escolher os cuidadores entre pessoas que já trabalharam na casa ou quaisquer outra a quem o velho já esteja acostumado. O ideal é não introduzir novos elementos, visto que o velho tem mais dificuldade para se adaptar a novidades e reage melhor a pessoas e a situações já conhecidas, mas nem sempre isso é possível. Além disso, é importante que a pessoa responda a determinadas exigências, como ser alegre, comunicativa, receptiva, ter facilidade para trabalhar em equipe e, obviamente, gostar de velhos. O cuidador precisa ter conhecimento da situação do velho e da família, tendo liberdade para falar com os familiares e com os técnicos, dando e recebendo informações sobre o estado do paciente. Bem preparado, sabendo qual é o seu papel frente ao velho, à família, o cuidador sente-se valorizado, fazendo com que a tarefa junto ao idoso seja executada da melhor forma possível.

A motivação para cuidar de alguém está comparada em quatro razões:

- Amor, sentimento este que não requer explicação científica;
- Gratidão, na qual se considera as experiências passadas e tudo o que foi anteriormente oferecido pelo indivíduo agora necessitado;
- Moralidade, segundo as expectativas de uma sociedade;
- Vontade própria de prover cuidados a alguém.

O cuidador sente todo o peso de um sistema social que o pressiona a adotar seus parentes dependentes. Embora tenham motivações diversas para fazê-lo, com frequência recebem uma recompensa mínima daquele que se encontra afetado. Do ponto de vista cognitivo prover cuidados é uma tarefa custosa e cuidadores com frequência recebem pouca ou nenhuma ajuda externa.

É importante oferecer a família cuidadora informações técnicas que são tão valiosas quanto fornecer um suporte emocional. É muito importante que cuidadores tenham a integração com outras pessoas, de modo a manter sua própria vida e não se julgar exclusivo do paciente, como muitas vezes ocorre

2- ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Além das alterações no corpo, o envelhecimento traz ao ser humano uma série de mudanças psicológicas, que podem resultar em:

- Dificuldade em adaptar-se a novos papéis;
- Falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro;
- Alterações psíquicas que exigem tratamento;
- Baixas auto- imagem e auto- estima, entre outros.

Estudos internacionais mostram que 15% dos velhos necessitam de atendimento em saúde mental e 21% das pessoas com mais de 65 anos apresentam quadros de depressão, que muitas vezes, não são percebidos pelos familiares e cuidadores sendo encarados com características naturais do envelhecimento. Assim como as características físicas do envelhecimento, as de caráter psicológico também está relacionada com a hereditariedade, com a história e com a atitude de cada indivíduo.

Com o avanço dos anos deparamos com uma série de perdas significativas. O surgimento das doenças crônicas deteriorando a saúde, a viuvez, morte de amigos e parentes próximos ausência de papéis sociais valorizados, isolamento crescente, dificuldade financeira decorrentes da aposentadoria, afetam de tal forma nossa auto estima culminando, na maioria das vezes, com uma crise. Como enfrentar estas perdas tentando evitar sua evolução para uma situação de crise? Com certeza este

enfrentamento será diferente pois depende dos recursos internos e externos de cada idoso.

É mais provável que supere certas doenças se tiver acesso a um tratamento adequado, é mais provável que não sinta os efeitos do preconceito e do isolamento se tiver amigos e familiares que respeitam, é mais provável que não sinta a perda da juventude como algo destruidor, se tiver assimilado outros valores e interesses ao longo da vida, é mais provável que não sinta a proximidade da morte de forma tão ameaçadora se teve uma vida mais satisfatória e produtiva. No entanto, com maior ou menor intensidade, resente-se destas perdas.

Mesmo considerando que envelhecer e adoecer não sejam sinônimos, não podemos ignorar que determinadas enfermidades são mais freqüentes em idosos. O idoso o sente de maneira contundente pois cresceu interiorizando o envelhecimento como algo negativo. Quando jovem assimilou que seria peso frágil improdutivo, difícil de conviver doente, estas imagens a princípios distantes da realidade concreta, passaram a ser auto imagem negativas a partir do momento em que começou a envelhecer. Hoje no momento em que a vivência é real, influenciado por estes sentimentos, o idoso pode aceitar passivamente esta fase como improdutivo, sem realizações, sem perspectivas, em consequência disso deixa de lutar por uma vida mais completa, intensificando o quadro de crise emocional.

Faz-se necessário lembrar das perdas de ordem econômica e social, uma das mais importantes, chega junto com a aposentadoria. Além da perda do vínculo profissional do papel social há uma baixa considerável nos rendimentos. O idoso que ansiava por um momento em sua vida no qual pudesse usufruir tranqüilamente do fruto do anos de trabalho, sente-se numa armadilha em grande parte dos casos. A aposentadoria traz o acompanhamento, às vezes, de sérias privações sem contar que não existe qualquer preparo emocional para esse momento.

No caso da mulher que se dedicou apenas ao lar também há um ciclo se completando; os filhos já criados, casados ou fora do ambiente familiar e o sentimento de que sua vida perdeu o sentido. Algumas enfrentam a viuvez vivenciando não só uma perda de ordem psicológica, mas também econômica. O enfrentamento da viuvez afeta mais algumas mulheres que outras e depende também dos papéis sociais que elas exerceram ao longo da vida. Quanto mais dependente do marido maior a desorientação, o sentimento pode ser de que foi deliberadamente abandonada e trazer além de ressentimentos, rejeição ante a situação atual. Pode também sentir-se culpada por pensar que não cuidou bem do seu cônjuge, que não fez tudo que podia, ou até culpar-se pelo alívio experimentado após a morte de alguém de quem cuidou por longos anos e evidentemente esses sentimentos não são fáceis de ser elaborados.

Diversos estudos mostram que as taxas de procura por atendimento médico, as hospitalizações, internações em asilos, suicídios e mortalidade por doença são mais freqüentes durante os primeiros seis meses de viuvez.

E uma coisa da qual temos certeza em nossa vida é que iremos morrer. De fato, podemos dizer que desde o momento em que nascemos estamos morrendo. Considerando as profundas conexões históricas entre os membros de um sistema familiar, não surpreende que o ajustamento à morte pareça ser mais difícil do que o ajustamento a outras transições de vida. Existem muitas evidências clínicas, a partir da terapia familiar, de que a morte é um processo sistemático do qual todos os membros participam de maneira mutuamente reforçadora, sendo que apresenta o sintoma apenas um dos que forem, direta ou indiretamente, afetados pela perda de uma pessoa de família.

O impacto da morte não é somente intenso e freqüentemente prolongado, seus afetos muitas vezes também não são reconhecidos pela família como relacionados à perda, embora a negação da morte funcione para nos manter inconscientes de sua eventualidade e de seus efeitos, ela

na verdade tem uma função positiva nas famílias com doentes terminais, permitindo que elas mantenham a esperança de vida.

Os brasileiros vivem mais do que viviam várias décadas atrás, de fato, a maioria das pessoas vive até a sua sétima ou oitava década de vida. De modo geral, quanto mais tarde no ciclo de vida, menor é o grau de estresse associado à morte e a doença grave. A morte numa idade mais avançada é considerada como um processo natural. De fato, chegar a um acordo com a própria mortalidade é uma tarefa desenvolvimental para os idosos. Portanto, é essencial uma presença amigável acompanhada pela aptidão de ouvir, entender e interpretar corretamente o que o idoso pode eventualmente desejar expressar, direta ou indiretamente, a respeito de sua experiência anterior, de seus pressentimentos de morte, de suas preocupações no tocante ao meio familiar ou a negócios que se vê na obrigação de deixar.

Neste aspecto é importante ter o coração aberto, o que significa dar amor sem pré – julgamentos nem requisitos de qualquer espécies. Não se trata de dizer se gostamos ou não da pessoa. É preciso que manifestemos abertamente que a amamos. O medo, a dor e o sofrimento não são certos ou errados. Nem a morte para o idoso é ruim ou boa. Porém, tudo existe. Com uma atitude de coração aberto poderemos melhor sentir as necessidades da pessoa que está vivendo uma grande mudança. Devemos ouvir, ver e tocar com nosso coração, além das mãos, assim sendo, resgataremos a identidade e a valorização dos idosos, e os compreenderemos nesta fase da vida.

CAPÍTULO IV- SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE

É fato que a expectativa de vida tem aumentado, fato esse associado a um importante incremento nas ciências biológicas da população idosa. Há uma grande população de pessoas saudáveis com mais de setenta e nove anos, e existe ainda quem insiste em acreditar, comodamente, que a atividade sexual desapareça com a idade.

Na terceira idade muitas pessoas continuam sendo sexualmente ativas, e mais da metade dos homens maiores de 90 anos referem manter interesse sexual. A crença de que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estejam inexoravelmente ligados envolve cada vez mais a sexualidade em mitos e preconceitos.

A relação sexual tem sido considerada uma atividade própria das pessoas jovens, das pessoas com boa saúde e fisicamente atraentes. A idéia de que as pessoas da terceira idade possam manter relações sexuais não é culturalmente muito aceita, preferindo-se ignorar e fazer desaparecer do imaginário coletivo a sexualidade da pessoa idosa. E ainda a velhice conserva a necessidade psicológica de uma atividade sexual continuada, não havendo pois, idade na qual a atividade sexual, os pensamentos sobre sexo ou o desejo acabem.

Devido ao desconhecimento e à pressão cultural, numerosas idosos, nas quais ainda é intenso o desejo sexual, estão confusos e em dúvida em relação ao sexo. Tanto homens como mulheres experimentam um sentimento de culpa e de vergonha, chegando a crer-se anormais pelo simples ato de se perceberem com vontade do prazer. Os idosos se distanciam e esquecem de seu próprio corpo e, tanto quanto ou mais que na infância, a sociedade impõe que a sexualidade deva ser totalmente ignorada na velhice. Ainda existe o problema da literatura médica, repleta de estudos sobre atividade sexual, considerar a sexualidade exclusivamente calcada no coito, esquecendo-se que pode ser expressada através de gestos, posturas, na fala, no andar, na voz, nas roupas, nos enfeites, no perfume, enfim, em cada detalhe do indivíduo, condutas e

práticas igualmente prazerosas. A sexualidade muda no decorrer do tempo porque as pessoas mudam, crescem e tornam-se cada vez mais elas mesmas. E, na terceira idade, pode-se ganhar em qualidade. As alterações observadas na sexualidade com o passar dos anos proporcionam, a ambos os sexos, oportunidades para se compreender melhor o sexo oposto. Ao passar dos anos oferece maior possibilidade do ato sexual deixar de ser uma relação entre machos e fêmeas para ser uma relação entre homem e mulher. A vivência de nossa sexualidade reflete sempre, independente da idade, a intensidade e a facilidade com que nos entregamos, nos permitindo completar e sermos completados. Envelhecemos como vivemos, e falar de sexo na terceira idade é falar de vida, talvez de sua mais importante fonte de motivação para pessoas de todas idades.

Nos idosos a função sexual está comprometida, em primeiro lugar, pelas mudanças fisiológicas e anatômicas do organismo produzidas pelo envelhecimento. São mudanças fisiológicas que devemos distinguir das alterações patológicas na atividade sexual causadas pelas diferentes doenças e/ou por seus tratamentos.

1. Transformações na Mulher

A maioria das transformações nas mulheres é devido ao declínio da produção de estrógenos e progestágenos, que ocorre na menopausa. Na prática, a menopausa pode ser um episódio de adaptação na vida da mulher, e inclusive, para algumas delas, este é um período de liberação, serenidade e estabilidade, desfrutando perfeitamente de suas relações sexuais. Por outro lado, por si só, o envelhecimento não é um fator que origine obrigatoriamente a diminuição de interesse sexual da mulher, nem sua capacidade de resposta sexual. A mulher idosa pode manter seus padrões sexuais anteriores, até o final da vida ou até que aparece uma doença suficientemente deteriorante que a impeça.

Não obstante, o ciclo da resposta sexual da mulher pós-menopáusicas leva consigo uma série de mudanças fisiológicas e anatômicas ao nível do aparelho genital e de todo o organismo. Essas mudanças não acontecem de forma súbita, nem se apresentam do mesmo modo em todas as mulheres. A carência de hormônios sexuais femininos levam a alterações como: o envelhecimento no aparelho genital feminino; os ovários diminuem progressivamente de tamanho; as Trompas de Falópio se fazem filiformes; o útero regride a seu tamanho pré-púbere; o endométrio e a mucosa do colo uterino se atrofiam; a vagina se faz mais curta e menos elástica; a mucosa vaginal se faz mais delgada e friável; diminui a capacidade de lubrificação da vagina; as alterações vaginais supracitadas podem fazer com que o coito possa ser doloroso; porém, apesar de mais débil e com menor número de contrações, as mulheres idosas podem manter sua capacidade multi-orgásmica . Há ainda os centros nervosos que regulam a fisiologia da resposta sexual feminina, a nível genital, onde são apresentados dois principais fenômenos: a lubrificação e a *platform* (contrações repetidas do terço externo congestionado da vagina em sincronia com os músculos do lastro pélvico e do esfíncter anal). Na mulher idosa, o afluxo incrementado de sangue para os órgãos pélvicos que acontece na fase de excitação, diminui de intensidade de tal forma que também a congestão capilar da parede vaginal e a lubrificação ficam reduzidas. Tal efeito é marcante quando a falta de estrogênios, que causam a diminuição e o estreitamento dos tecidos da vagina, provoca também uma reduzida capacidade de expansão vaginal. É preciso lembrar que tais fenômenos são mais evidentes em algumas mulheres, enquanto que em outras uma reduzida atividade dos esteróides continua também após a menopausa, proporcionando um melhor trofismo vulvo-vaginal. A sensibilidade do clitóris à estimulação sexual permanece inalterada, mas nos casos em que os tecidos pélvicos tenham sofrido alguma atrofia, também o clitóris fica mais exposto aos traumas da estimulação, e neste caso a sensação será desagradável, ou antes de dor do que de prazer sexual.

Com o envelhecimento, também a fase do orgasmo sofre pequenas mudanças. O número de contrações uterinas e vaginais, que ocorrem durante o orgasmo, tende a diminuir, passando de 8-12 na mulher jovem para 4-5 na pessoa idosa. Mesmo assim, a sensação obtida fica inalterada e aquelas mulheres que experimentam orgasmos múltiplos (sem período refratários) conservam tal capacidade também quando envelhecem. Tal possibilidade multiorgástica da mulher madura deve ser considerada e relacionada com a exigência ejaculatória diminuída no homem idoso. Por vezes as contrações uterinas podem ser mais espasmódicas do que rítmicas e podem provocar inclusive uma sensação de dor: tal situação está relacionada com a falta de estrogênios. É importante ressaltar sempre que as mudanças anatômicas e fisiológicas do envelhecimento ocorrem de forma universal mas, isso não significa que terão a mesma relevância em todas as mulheres. Existem variações individuais muito importantes.

2. Transformações no Homem

A tipologia normal da deterioração das funções reprodutivas do homem é muito diferente da que ocorre nas mulheres, já que não existe um término claro e definido da fecundidade masculina. Embora a produção de esperma vai decrescendo a partir dos 40 anos, esta continua ativa até mais de 80 ou 90 anos. A produção de testosterona também declina gradualmente dos 55 ou 60 anos.

As mudanças na fisiologia sexual masculina, portanto, não se apresentam de forma súbita nem da mesma forma em todos os indivíduos, mas, não ser conscientes desse processo fisiológico poderá levar o idoso a apresentar sintomas de angustia antecipatória sobre seu desempenho sexual. Dentro das mudanças fisiológicas no homem idoso se encontram alterações como: uma regressiva diminuição da espermatogênese, mas de forma tão lenta que tanto a fertilidade quanto a infecundidade podem

continuar; a redução na quantidade de espermatozoides como também na motilidade; a elevação dos testículos se torna menor; a irrigação do sangue no escroto e nos testículos também se reduz. A eventual hipotrofia testicular não justifica totalmente o desaparecimento ou redução da atividade sexual; de fato, através do envelhecimento os níveis hemáticos dos hormônios masculinos, permanecem praticamente imutáveis. Em todo caso, uma eventual diminuição da taxa de testosterona não condiciona o exercício da sexualidade, considerando que a diminuição da potência viril não está associada ao nível dos hormônios andrógenos, mas a fatores psicológicos ou a modificações do sistema nervoso central. O envelhecimento fisiológico não impede ao idoso de gozar a sexualidade longa e satisfatória, mesmo que possa ocorrer, ao passar dos anos, certas mudanças na resposta genital. Por exemplo, a ereção se apresenta com atraso e pode ser menos completa e eficiente. Em todo o caso, a partir do momento em que o homem alcançou a excitação, a ereção será tão vigorosa e eficaz. A estimulação manual do pênis, às vezes é útil para favorecer e manter a ereção. Não somente a ereção é menos rápida e menos rija, mas também a ejaculação pode ser retardada ou ausente e com um número inferior de contrações. Também a emissão do líquido pré-ejaculatório vai se tornando mínima e ausente, mas isso não implica nenhum problema quanto ao desempenho sexual. No idoso, entretanto, aumenta o controle da ejaculação, podendo haver um prolongamento do tempo que ocorre entre a excitação e a ejaculação, o que pode aumentar a duração e a sensação de prazer tanto no homem como também na sua companheira.

O idoso tem uma grande necessidade de sensações tácteis e físicas mas, muitas vezes, vive a sexualidade de forma ansiosa. O orgasmo no homem idoso é mais breve e, logo que alcançado, o pênis volta rapidamente à flacidez normal; tal fenômeno pode ocorrer tão rapidamente que o pênis desliza fora da vagina logo depois do orgasmo: isso, no entanto, não é um sintoma de fraqueza ou impotência. Os idosos bem informados e de bem consigo mesmos e com o próprio corpo poderão ter

tantas relações sexuais quantas eles próprios desejarem, mas terão ejaculação somente uma vez a cada uma ou duas relações. Além disso retardando a ejaculação, o idoso está em condição de alcançar a ereção várias vezes, prolongando assim a relação e o prazer que está ligado a mesma.

3. Saúde sexual do idoso

Na nossa cultura é ainda dominante a opinião de que a sexualidade é reservada a quem se encontra num excelente estado de saúde e, por conseguinte os idosos são excluídos da mesma. Por outro lado, a vida sexual muito raramente é considerada uma área vital da pessoa humana a ponto de ter que mantê-la em boas condições de saúde. Por isso, não devemos nos surpreender se as pessoas idosas podem ser mais confusas e inseguras em relação à sexualidade, própria e alheia. Em todo o caso, tanto homens quanto as mulheres estão preocupados com a possibilidade de "esgotar-se" quer física quer mentalmente, desejando por isso conhecer quais mudanças devem aguardar do envelhecimento. Desejam também saber se há esperanças confiáveis de bem-estar psicofísico na terceira idade e se a vida sexual poderá manter-se ativa conservando as mesmas características da idade adulta.

Os indivíduos do sexo masculino podem tornar vítimas de uma ênfase excessiva pela qual a "masculinidade" é igualada à habilidade física. Os idosos pensam de ser avaliados pelos seu coetâneos e julgam a si próprios com base no desempenho sexual, que é comparado com o vigor sexual dos homens jovens; tais comparações só raramente fazem referência ao valor da experiência e a qualidade da sexualidade. Assim, todos os padrões que tem um significado do tipo " atlético- competitivo" colocam o idoso numa situação de inferioridade. É por isso que as pessoas idosas, freqüentemente sentem pavor diante dos primeiros sinais de

mudanças: " Nesses últimos anos percebi que necessito de mais tempo para alcançar a ereção! Há alguma coisa que não está certa? Estou ficando impotente? Será que minha mulher vai me achar eficiente?

Quanto as mulheres, elas parecem menos preocupadas em termos de desempenho, porém são igualmente temerosas das mudanças decorrentes do envelhecimento; as suas preocupações se referem à diminuição da lubrificação vaginal, à menor tonicidade das paredes da vagina e, em certos casos, ao fato de suas relações sexuais ficarem doloridas. Entretanto as principais preocupações femininas são de natureza estética e ligadas à convicção de que somente as mulheres jovens são efetivamente belas e fascinantes. Quando os cabelos começam a ficar grisalhos, a pele fica coberta de rugas e o corpo não possui mais a tonicidade anterior e nem a mesma elasticidade, as mulheres idosas podem se convencer de que não são mais atraentes.

Na terceira idade é fácil encontrar entre os cônjuges a existência de muitas queixas- com respeito à incompatibilidade sexual- que não existiam nos anos anteriores. Algumas dificuldades podem surgir naqueles casais em que um dos parceiros está temporária ou cronicamente doente e o outro, pelo contrário, se encontra em boas condições de saúde. Se este tem o desejo de uma sexualidade ativa pode perceber sentimentos de raiva e de irritação alternados com sensações de culpa decorrentes do fato de não se sentir disposto na solidão e na compaixão para o cônjuge sofredor. O parceiro, por sua vez, pode se sentir culpado por não ter condições de participar na relação sexual.

Na pessoas idosas a possibilidade de dedicar-se prazerosamente à sexualidade está ligada ao fato de gozar de boas condições de saúde e não sentir dores somáticas. Problemas sexuais na terceira idade podem surgir por causa de acontecimentos repentinos que implicam mudanças drásticas na vida de uma pessoa, como, por exemplo, o falecimento do cônjuge, aposentar-se, os relacionamentos conflitantes ou simplesmente uma

situação de estresse e preocupações excessivas. O próprio processo de envelhecimento pode se tornar angustiante, particularmente se não há previsão daquilo que vai implicar, ou daquilo que se pode fazer para vivê-lo serenamente. A experiência de vida e os hábitos sociais de cada indivíduo representam um outro importante fator que pode influenciar as condições psicofísicas.

A preocupação principal referente à saúde sexual do homem idoso é constituída pelo medo da impotência. Na verdade a impotência sexual pode aparecer, de forma ocasional, praticamente em todos os homens e em todas idades por uma série de motivos, dentre os quais: o cansaço, a tensão, as doenças, entre outros. Na maioria dos casos o vigor sexual restabelece sem um tratamento específico no momento em que os fatores físicos ou emotivos que o causaram forem resolvidos. Os idosos começam a ter dificuldades persistentes em alcançar e manter a ereção; alguns descobrem que sua capacidade de desempenho numa relação sexual tem diminuído ou mesmo desaparecido totalmente. Além de razões de natureza orgânica, que estão à base das dificuldades sexuais, pode haver causas psicológicas. A função sexual é como um barômetro marcando os estudos de espírito de uma pessoa, em que se reflete imediatamente sua situação emocional e existencial. A ansiedade, as preocupações ou mesmo a irritação são sentimentos que, mais do que qualquer outro fator, podem causar a perda da ereção ou a incapacidade de alcançá-la. Um distúrbio da função sexual, com frequência, é o primeiro sinal de um estresse excessivo ou de um problema emocional particular. Os homens que não conhecem as mudanças fisiológicas da sexualidade no envelhecimento, de modo errado se convencem que ficaram impotentes. Esposas impacientes podem fazer que a impotência transitória se torne um problema muito grave. Algumas delas vivem a impotência do cônjuge como uma ameaça à própria auto-estima e reagem com hostilidade e mágoa; tais mulheres enxergam no problema sexual do marido um sinal de desinteresse com relação a elas ou mesmo a própria incapacidade de serem sexualmente atraentes. A

impotência é também é um dos primeiros sintomas de depressão, pois este é o distúrbio mental que mais se associa a distúrbios sexuais. Em alguns casos, a impotência pode ser gerada pelo medo de morrer ou adoecer.

A saúde sexual na mulher idosa é menos ameaçada, excluindo as possíveis mudanças conexas com a menopausa, e sofre pequenas mudanças no envelhecimento. As mulheres não tem dificuldades de desempenho na relação sexual, mesmo quando estão preocupadas ou emocionalmente desinteressadas; apesar de não conseguirem alcançar o orgasmo em tais situações as mulheres conseguem mesmo assim empenhar-se na relação sexual. Para as mulheres, os problemas emocionais e sexuais mais graves são constituídos pela possibilidade de ficarem sozinhas na velhice, viúvas, divorciadas, separadas ou " solitárias". Neste caso a saúde sexual da mulher está ameaçada por nesta faixa etária de setenta ou oitenta anos não há um número suficiente de homens, justamente por causa das diferentes características de longevidade que há entre os dois sexos.

As pessoas que têm mais de setenta anos de idade, mesmos quando gozam de ótimas condições de saúde física e mental, mesmo não tendo nenhum problema sexual, alguns idosos decretam o fim da própria vida amorosa e de modo arbitrário tomam decisão de serem sexualmente incapazes. Muitas vezes, há nesses casos uma recusa obstinada e raivosa a discutir tais assuntos até com o próprio parceiro, e atrás desta atitude se esconde a tentativa de escamotear a ansiedade conexas com a sexualidade e com as relações sexuais. Alguns idosos estão convencidos de serem desagradáveis e indesejáveis e passam a odiar a própria aparência; às vezes tentam freneticamente assemelhar-se aos jovens, mas acabam perdendo as esperanças por não conseguirem alterar suas aparências.

A sexualidade na terceira idade, continua sendo na realidade sexo, relaxamento, comunicação, e intimidade compartilhada entre os parceiros. Com exceção dos casos em que idosos entrelaçam relações com mulheres

mais jovens, a sexualidade na terceira idade não tem por objetivo a geração de filhos e a constituição de uma família. Esse tipo de liberdade pode ser excitante e ao mesmo tempo cheio de responsabilidade, especialmente para aquelas pessoas que nunca tiveram tempo para pensar na sexualidade e para poder dedicar-se ao conhecimento de si mesmo e do outro. Algumas mulheres chegam a experimentar o orgasmo pela primeira vez somente depois da menopausa; isso pelo fato de não terem mais medo de engravidar, sentimentos interiores de culpa, relacionados com a atividade sexual, são superados; a mulher climatérica, pelo fato de adquirir uma maior segurança e uma identidade mais firme, consegue se exprimir mais livremente e experimentar um maior prazer. Na verdade, tanto o amor como a sexualidade podem ter significados diferentes. Neste sentido, o autor Salvatore Capodieci (2000) apresenta aspectos relativos à sexualidade na terceira idade de grande importância:

- Paixão, afeto, admiração, lealdade e outros sentimentos positivos expressados nos relacionamentos de longa duração, que foram se firmando cada vez mais ao longo dos anos; o mesmo pode ocorrer também em alguns relacionamentos que melhoram efetivamente numa idade mais avançada ou, finalmente, em novas relações, como um segundo ou terceiro casamento contraído em idade avançada.
- A atividade sexual demonstra à pessoa idosa que seu organismo é capaz de um bom desempenho na busca do próprio prazer. Para muitos idosos, o fato de possuir um funcionamento sexual satisfatório significa valorizar sua existência e aumentar o interesse e o entusiasmo pelas próprias atividades cotidianas. Confirmando de novo a sua corporeidade e capacidade de viver o prazer.
- Alguns idosos continuam buscando novas experiências excitantes. Alguns solicitam aconselhamentos matrimoniais ou decide divorciar-se, outros casam de novo ou estabelecem novas relações na esperança de encontrar aquilo que procuram. Há um crescimento contínuo na sexualidade e na

experiência desses idosos.

- A sexualidade é uma das formas que os indivíduos dão um sentido à própria identidade. Por isso, despertar reações positivas no seu próximo serve para preservar e fortalecer a auto-estima. Inclusive os sentimentos de "feminilidade" e de "masculinidade", que tem um significado próprio para cada indivíduo, estão ligados ao fato de sentir-se importantes como pessoas. Com efeito as reações negativas dos outros deprimem e desencorajam os idosos, levando-os a crer que não são mais sedutores, e nem conseguem mais ter sucesso no amor. Assim de forma positiva ou negativa consolidam uma própria e profunda consciência de si mesmo.
- Os modelos de referência para a própria auto-estima mudam bastante quando alguém envelhece. Os filhos tornaram-se independentes, o trabalho é uma situação que pertence ao passado, os relacionamentos pessoais e sociais tornam-se importantes pois representam uma forma de exprimir a própria personalidade: a sexualidade representa neste contexto um elemento para a própria auto-afirmação.
- O fato de poder viver a intimidade sexual implicar ter maior segurança diante das ameaças de perigo e de perdas decorrentes do mundo exterior. Quando alguns aspectos da própria existência são percebidos como algo além das próprias capacidades de controle, a sexualidade pode assumir o significado de um sentimento substitutivo; seria uma proteção contra uma certa ansiedade.
- Os elementos de cortejo presentes na sexualidade podem ser muito importantes; as flores, as luzes difusas, as músicas. Este romantismo pode continuar também quando, por vários motivos, a atividade sexual já não mais existe.
- O desafio aos estereótipos sobre a velhice, pois os idosos sexualmente ativos desmentem aquela situação de neutralidade que ainda hoje se costuma atribuir-lhes.

É importante não esquecermos alguns pequenos aspectos da vida sexual que, mesmo não sendo eróticos e nem românticos, constituem elementos fundamentais para a relação do casal idoso. Esses aspectos podem ser, por exemplo: a alegria de sentir alguém coçando suas costas, encontrar-se abraçado com alguém durante o sono, saber aceitar as mudanças do aspecto físico do parceiro, recorrendo oportunamente à lembrança do tempo que a atração física e a relação estavam ainda no início, e assim por diante.

CAPÍTULO V- O IDOSO FRENTE A EPIDEMIA DA “AIDS”

O Brasil tem hoje em torno de 14,8 milhões de idosos, sendo 90% da população com mais de 60 anos, 1,8 milhões com 80 anos ou mais e 25 mil são centenários. Em 2040 este número deve chegar a 14,5% dos brasileiros. A questão da velhice sempre foi colocada em plano secundário enquanto política de ação, e o resultado disso é uma sociedade carente de programas e serviços de atenção ao idoso. E como se não bastasse, a terceira idade é acometida pelo vírus da AIDS.

Há no país 15.597 registros de pessoas na faixa etária dos 50 aos 69 anos vítimas do HIV, número esse que se aproximam do número de casos que atingem adolescentes de 15 à 19 anos. De acordo com o Ministério da Saúde, cerca de 55% das pessoas contaminadas na terceira idade foram por via sexual. Dados que revelam com certeza uma tendência preocupante para o futuro.

1. Qualidade de Vida.

Na década de 60 surgiram algumas iniciativas empenhadas em promover um envelhecimento bem sucedido. Entretanto, foi na década de 80 que essas iniciativas proliferaram Conselhos, Comitês e Comissões, visando assessorar a administração pública no tratamento da população idosa.

“ ...Sou viúva tenho 6 filhos, 18 netos e 3 bisnetos, moro sozinha. Para me divertir vou ao clube Ipanema e no Dona Dalila dançar, mas também faço caminhada e ginástica...” (mulher, 65 anos).

A expectativa de vida da espécie humana vem mostrando um aumento sem precedentes no tempo médio de vida das pessoas. O ser humano chega hoje a uma média de 75 anos e mais em países

desenvolvidos, enquanto que em países em desenvolvimento é de 65 à 67 anos. Atualmente a terceira idade é considerada uma época que pode ser caracterizada como uma fase de aproveitamento para a realização pessoal de investimento em si próprio. Uma das grandes vantagens é o tempo livre que as pessoas dispõem, tornando possível a participação em atividades antes inadequadas.

“...Sou muito feliz com a vida que levo, não tenho medo de envelhecer, hoje tenho muito mais experiência...” (mulher, 67 anos).

O lazer, hoje vem constituindo no mais diversificado e extenso conjunto de atividades para essa faixa etária. Os centros de convivências as universidades abertas á terceira idade, as escolas da terceira idade, a criação de espaços de convivência social, são alguns exemplos de opções feitas pelos idosos que procuram este ou aquele local para satisfação de suas necessidades e para investir em si próprios. O lazer apresenta três funções principais:

- 4- Descanso, repara os desgastes físicos e mentais pelas tensões das obrigações cotidianas;
- 5- Recreação, divertimento e entretenimento, com a função de reparar o tédio;
- 6- Desenvolvimento pessoal, que permite uma participação social, maior e mais livre, novas possibilidades de integração voluntária a vida de agrupamentos recreativos, culturais e sociais, contribui para o surgimento de condutas inovadoras e criadoras.

O investimento na melhoria da qualidade de vida dos idosos, onde são cada vez mais inseridos socialmente e estimulados a exercer sua sexualidade, proporciona a propagação do HIV. Os sintomas da andropausa e da menopausa são cada vez mais controlados pelas terapias

de reposição hormonal, cresce a oferta de novos medicamentos, como o Viagra e o Uprima, e de injeções e próteses que resolvem os problemas de disfunção erétil, mais comuns entre os idosos. Tudo isso associado ao estranhamento dos mais velhos em fazer uso do preservativo, pode realmente aumentar a incidência da síndrome nessa faixa etária.

"... Sou viúva a treze anos e desde então frequento os bailes da terceira idade, adoro dançar e também viajar. Tenho um namorado, estou com ele a três meses, o conheci só que ele é casado. Já tive outros namorados, um que nosso relacionamento durou um ano e outro seis meses, conheci todos aqui no baile..." (mulher, 67 anos)

2. Preconceito em relação ao envelhecimento.

O aumento dos casos está relacionado com a falta de informação e esclarecimento direcionado à terceira idade.

"... Desconheço como contrai o vírus, não sabia quais eram as formas de contágio e quais eram os sintomas..." (homem, 61 anos).

"... Quando descobri que estava com HIV nem liguei, achei que era uma doença qualquer, não conhecia nada sobre ela. Então nem me preocupei, só comecei à tomar os remédios que o médico receitou..." (mulher, 59 anos).

"... A AIDS é uma doença que mata e pega através do sexo, não é...? E tem que usar camisinha..." (mulher, 67 anos).

Não há uma preocupação em fazer programas de orientação voltados especificamente para esta faixa etária. A pesquisa apresentada no capítulo I realizada pelo Programa DST/AIDS da Secretaria da Saúde do município de Presidente Prudente, constatou que a maioria dos homens que estão em situação de risco são casados, de baixa escolaridade e que se relacionam com mais de uma parceira. E mesmo assim, não faz o uso do preservativo.

"... Sou casado, tenho três filhos e dois netos, saio para dançar toda semana, não com minha esposa, pois ela não gosta. Às vezes saio com algumas mulheres, mas não uso camisinha, pois parece que não funciona se eu usar..." (homem, 61 anos).

Há um estereótipo de que a terceira idade não tem vida sexual, portanto não existe promiscuidade. Os médicos demonstram que maior parte das pessoas na terceira idade é perfeitamente capaz de ter relações sexuais e de sentir prazer nas mesmas atividades que se entregam as pessoas mais jovens. É necessário se derrubar o mito de que a atividade sexual termina a partir de certa idade. Os números de contaminação registrados comprovam que tal afirmação é equivocada e que os idosos tem vida sexual sim e devem ser lembrados.

"... Sou sexualmente ativa, gosto de diversificar no sexo, nada de só papai-mamãe..." (mulher, 67 anos).

Devido a esse descaso, o assunto sexo quase não é tocado nas consultas médicas por se pressupor que o indivíduo nessa idade já não o pratique e a dificuldade em que os idosos tem em expor particularidades de seus comportamentos dificulta a realização do diagnóstico e a solicitação de exames específicos.

"... Não gosto de ficar me expondo, falando de sexo, antes não sabia muita coisa, o que sei conheci com meu marido..." (mulher, 65 anos).

Quando um idoso aparece com uma pneumonia ou uma infecção no consultório, dificilmente o médico solicita um exame anti-HIV investigando o problema como se fosse uma doença oportunista facilitada pela baixa imunidade do paciente contaminado pelo HIV.

"... Meu marido ficou doente e precisou ficar internado, primeiro o médico disse que era pneumonia e depois descobriu que era AIDS..." (mulher, 59 anos).

Os sintomas encontrados nos idosos assemelham-se aos de outras doenças, por exemplo há casos que apresentam o complexo AIDS-demência no diagnóstico geral, caracterizado por confusão mental, perda de memória, concentração e consciência além de alterações de sono e da personalidade e que muitas vezes se confundem com outras doenças como mal de Alzheimer, Arteriosclerose e Parkinson. Para muitos profissionais da saúde, ainda, a sexualidade no idoso continua sendo um tabu e uma atividade continuamente esmaecente. O que leva a um subregistro do número de doentes.

3. Resistência ao Preservativo.

O preconceito ao uso do preservativo não é exclusividade da terceira idade, mas dos homens de modo geral. Nos idosos a função sexual é comprometida, em primeiro lugar, pelas mudanças fisiológicas e anatômicas que o envelhecimento produz no organismo são. Existem importantes variações individuais na sexualidade durante o envelhecimento, o que indica que as mudanças da atividade no idoso são frutos de múltiplos fatores. Entre os principais está o aumento das disfunções sexuais que pode ser devido a causas médicas ou psicológicas. Portanto uma das razões da recusa do uso do preservativo está na interferência que causa na resposta sexual devido a disfunção erétil no homem.

"... Se usar camisinha o pênis não fica ereto, já é difícil sem camisinha imagina com..." (SIC).

As mulheres acima de cinquenta anos, na fase pós-menopausa e sem risco de engravidar acreditam que não precisam de proteção e não exigem o uso do preservativo.

"... Sei que a AIDS é uma doença que não tem cura, que pega através de relação sexual, mas como tenho parceiro único não vejo necessidade de me prevenir..." (mulher, 65 anos).

Já os homens por causa do preconceito dispensam o preservativo e esta resistência impera quando se trata de relacionamentos extraconjugais, sejam heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. Todas as pessoas,

sejam elas de qualquer faixa etária, situação econômica, raça, gênero, estão predispostos à infecção do vírus HIV caso não haja prevenção.

4. Transfusão de Sangue.

As práticas específicas que determinaram o fluxo de sangue moldaram a evolução da epidemia. A falta de uma legislação e de um controle eficaz no tocante ao fornecimento de sangue é um velho problema brasileiro. Em parte, a falta de um sistema regulador eficaz foi resultado de certas limitações do sistema de saúde pública na sua totalidade. Ao mesmo tempo o problema também poderia estar relacionado a um sistema ideológico constituído culturalmente, no qual a doação de sangue é valorizada como uma fonte de renda. A doação de sangue tem sido uma das soluções dos setores mais pobres da sociedade brasileira. Toda uma classe de doadores de sangue profissionais “que vendem seu sangue a fim de ter condições mínimas de existência material se tornou parte integrante do mercado de sangue brasileiro”.

A ampla comercialização de sangue levou a alta incidência de doenças infecciosas associadas a transfusões, como sífilis, hepatite e doença de Chagas. Embora a gravidade desta situação tenha levado a decretos governamentais com vistas a garantir que os bancos de sangue fizessem testes para detectar anticorpos do HIV, na prática, o custo da testagem implicou o amplo descaso por tais regulamentações. O governo brasileiro parecia ter sido relativamente impotente para fazer valer seus próprios direitos e evitar que sejam fraudados. Justamente onde a obrigatoriedade das legislações relativas ao teste do sangue eram mais rigorosas, simultaneamente foi gerada uma rede de bancos de sangue clandestinos, lucrativos, dirigidos por contrabandistas que resistiam às leis governamentais. Na população homossexual não havia grupos capazes de exigir um controle mais eficaz do fornecimento de sangue e as associações

de hemofílicos tinha uma capacidade restrita de influenciar no processo político de forma significativa. Não obstante, o idoso também está propenso a contaminação via transfusão de sangue.

Em 1986, o Estado de São Paulo, promulgou a legislação obrigando a realização de testes sorológicos para a identificação do HIV no sangue e seus derivados em todos os hospitais, bancos de sangue, maternidades e centros hemoterápicos. Visando a prevenção em 25/ 01/ 1988 foi editada a lei nº 7649 que " estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado visando a prevenir a propagação de doenças." Seu artigo 3º dispõe:

" art. 3º- As provas de laboratório referidas no artigo 1º desta lei incluirão, obrigatoriamente, aquelas destinadas a detectar as seguintes infecções: Hepatite B, Sífilis, Doença de Chagas, Malária e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

"... Contrai o vírus HIV numa transfusão de sangue que recebi no ano de 1996. Descobri que era soropositivo a um ano... O sangue que recebi na transfusão foi doado pela minha filha que era soropositiva o que eu desconhecia..." (homem, 67 anos).

A lei para a realização de testes sorológicos para identificar o HIV já está em vigor, mas algumas pessoas continuam a se contaminar pelo vírus da AIDS.

Como explicitamos no capítulo I existe um período chamado de janela imunológica, que vai de três à seis meses que é o tempo levado para que o sistema imunológico produza anticorpos suficientes que detectem o HIV no sangue. Ao realizar-se uma transfusão de sangue entre membros da família, onde há a confiança entre eles e nunca a suspeita que tais pessoas

possam ser portadoras da doença, realizou-se o teste anti-HIV, mas não foi detectado no sangue devido a este período.

Assim pessoas que contraíram o vírus na terceira idade ainda sentem-se desamparadas pelo governo e inclusive pela ciência. Por causa disso e de questões relacionadas a família, filhos e sexualidade, portadores do HIV da terceira idade se uniram para formar grupos de discussão e reivindicação para uma qualidade de vida melhor. Por exemplo:

- O Movimento Cidadãs com AIDS: um embrião, que deseja transforma-se em ONG, em prol da idosa portadora do vírus.

- O Grupo Vhiver Mulher: que promove reuniões de convivência entre idosas com HIV, terapia de grupo e cursos para aumentar a adesão aos medicamentos do coquetel.

- A BEMFAM: vem integrando o componente masculino, prestando serviços de anticoncepção, diagnóstico e tratamento de DST's, prevenção da AIDS, atendimento urológico e de prevenção do câncer da próstata, implementando projetos nos quais são abordadas novas metodologias de intervenção comportamental junto aos idosos.

Além da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde que vai incluir a terceira idade nos programas de prevenção, e traçar estratégias de distribuição dos preservativos feminino e masculino para este segmento da população. Convidando como parceiros o Sesi, Sesc e Senac, Secretarias Estaduais e Municipais de Idosos e ONGs que tem trabalhos consolidados de apoio e integração das pessoas na terceira idade.

5. Relacionamentos Familiares.

A população idosa é proveniente de uma época com marcados valores culturais, nos quais a família ampliada exercia importante papel. Hoje, em certos setores, se prevê o desaparecimento da família como estrutura válida para a sociedade do futuro, pois é mais dinâmica e flexível, com uma hierarquia menor e papéis que mudam com mais facilidade. Em todas as famílias, em maior ou menor grau, há a transmissão de crenças, valores, e condutas de uma geração para outra. É comum os velhos queixarem-se dos filhos por condutas que estão vivendo e que contradizem com seu tempo. Cada época tem suas necessidades e obrigações, com aspectos positivos e negativos.

Portanto, devido a esses aspectos a família começa a ver o idoso como um peso a ser carregado, alguém que não tem nada a contribuir, e no momento em que ele começa a expressar sua condição peculiar, causa certo distanciamento nos familiares. O investimento na melhoria da qualidade de vida dos idosos, contribuiu para uma mudança no modo de agir deste segmento da população.

Esta atuação implica numa mudança significativa para os idosos, pois são estimulados a exercer sua sexualidade de forma mais aberta. Entretanto para a família, a expressão da sexualidade dos idosos, principalmente de seus pais, é perturbadora e causa desconforto. Embora jovens e adultos tenham se tornado mais liberais, muitos filhos tem dificuldades em aceitar e até mesmo assustam-se com a manifestação de interesse sexual de seus pais.

“... Acredito que atualmente tenha mais liberdade sexual, pois aprendi tudo que hoje sei, depois que enviuvei...” (mulher, 67 anos).

Os idosos tem consciência desses preconceitos e, quando estão na presença da família, evitam que seu comportamento seja gerador de

ansiedade, o que contribui para diversas dificuldades na atividade e interesse sexual dos mesmos.

“... Meus filhos dizem que estou muito velha para ficar saindo para bailes, que devia ficar cuidando dos meus netos, eles nem imaginam que ainda tenho relacionamento sexual ativo...” (mulher, 65 anos).

Porém, no momento que os familiares começam a reconhecer as diferenças e necessidades subjetivas dos idosos valorizando-os exatamente na sua condição, demonstrando respeito mútuos, verão que o idoso tem uma maior história pessoal a oferecer ao ambiente, representando ainda a “história”, da estrutura familiar em si, como um ser biográfico e não apenas biológico, que sua idade representa uma condição essencial para a contribuição que pode dar e passa a ser valorizado exatamente na sua condição e porque é idoso.

“... Minha família me apoia, aceita e incentiva para que eu saia e me divirta. Até meus filhos contam coisas das namoradas deles e eu dos meus...” (mulher, 67 anos).

Essa abertura ocorre no momento em que são reconhecidas as diferenças entre as pessoas, notando suas necessidades. Em um bom relacionamento existe respeito de ambas as partes para que o idoso conheça a juventude e ela conheça melhor o velho.

6. A Feminilização da Epidemia.

Atualmente em nosso país existem mais mulheres com AIDS que homens, e muitas delas mulheres maduras. A história da existência do grupo de risco já está ultrapassada. Muita gente foi pega de surpresa porque não se percebeu sujeita a contrair o HIV, por não ser homossexual, nem promíscuo, por possuir um casamento duradouro, não usar drogas, por sair de casa para o trabalho e do trabalho para casa. Essas pessoas já na idade madura se viu despreparadas para conviver com o vírus HIV.

As mulheres principalmente tem que saber que mesmo sendo casadas e fiéis ao relacionamento correm o risco de se infectarem, mas ainda não sabem como de uma hora para outra falar sobre camisinha com o marido. Hoje a mulher é incentivada a comportamentos antes inadmissíveis como: a mulher pode e deve pedir ao homem para colocar a camisinha; a mulher pode, ela mesma, usar a camisinha e o homem não está mais isento dos perigos da traição conjugal. A AIDS veio mostrar que casamento, relação estável e vida convencional não imuniza ninguém.

“....Sou sexualmente ativa, gosto de diversificar no sexo, às vezes peço que ele use camisinha, mas ele não gosta muito...” (mulher, 67 anos).

Entretanto, o governo brasileiro tem tomado medidas eficientes para controlar a situação; o sistema de distribuição gratuita de medicamentos do coquetel anti-HIV é reconhecido mundialmente; e o teste rápido para o diagnóstico precoce da infecção (muito valioso para gestantes) já está disponível nos sistema público de saúde. Mas as mulheres que contraíram o vírus na idade avançada ainda sentem-se desamparadas pelo governo inclusive pela ciência.

“... Na terceira idade não se fala muito em se prevenir contra AIDS, geralmente só tem informações para os jovens...” (mulher, 65 anos).

Podemos constatar que a dificuldade de intervenções visando o exercício do sexo seguro da sexualidade da mulher, é aqueles mitos de que as mulheres mais velhas tem baixa freqüência de relações- porque estão sem parceiros, tem menos oportunidades ou parceiros não são jovens, portanto menos impetuosos sexualmente- e a tradição das práticas de saúde dirigidas às mulheres de privilegiar a reprodução em detrimento da sexualidade.

Por causa disso e de questões relacionadas a família, filhos e sexualidade vê-se a necessidade de uma campanha de alerta para a AIDS, onde todos os brasileiros, sobretudo os que se julgam distantes da doença, passem a se perceber como pessoas vulneráveis ao HIV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência vivenciada ao longo desta pesquisa, possibilitou compreender as possíveis causas do aumento da contaminação do vírus HIV na terceira idade, questão que envolve valores morais e culturais ainda muito arraigados na vida dos brasileiros.

Há o estereótipo que o idoso é assexuado e que não pode ser promíscuo devido a idade já avançada. Preconceito este não só presente no meio dos familiares que desejam ver seus pais e avós sempre como um “papai noel”, mas também desvelado, muitas vezes, no próprio consultório médico. Pesquisas revelam que os profissionais não estão bem preparados para lidar com esta nova situação, devido a estes valores que os impedem de imaginar que o idoso pode ter relacionamento sexual ativo e ainda com múltiplos parceiros. Os médicos tem dificuldade em abordar seus pacientes dessa faixa etária quanto aos seus hábitos sexuais, relatando que os idosos podem sentir-se constrangidos. Neste aspecto o idoso é segregado, não lhe prestando atendimento correto.

A pesquisa apresenta um quadro novo que demonstra que os idosos estão falando mais abertamente sobre sua sexualidade, achando até natural, fato este, devido ao incentivo na qualidade de vida desse segmento da população. Investimentos em tratamentos hormonais, próteses, Viagra e outros medicamentos com a intenção de prolongar a vida sexual, mas o uso do preservativo é dispensado devido a implícita interferência na resposta sexual e a valores culturais e sociais trazidos pelos idosos no decorrer de suas vidas.

De um lado há um grande incentivo a melhoria da qualidade de vida dos idosos, e de outro uma certa despreocupação com sua saúde. O governo deveria ser mais franco e direto em suas campanhas, pois a falta de informação sobre a doença ainda é grande, onde são desconhecidas as formas de contágio e prevenção. AIDS não é coisa exclusiva de jovens,

pois os fatores de risco são exatamente os mesmos para os idosos. A complexidade da problemática exige comprometimento efetivo de profissionais capacitados para atender essa nova demanda colocada aos serviços públicos de saúde.

Apesar das diversas mudanças biológicas e psicológicas no envelhecimento como por exemplo, na fisiologia sexual masculina se encontram alterações como: uma regressiva diminuição da espermatogênese, mas de forma tão lenta que tanto a fertilidade quanto a infecundidade podem continuar; a redução na quantidade de espermatozoides como também na motilidade; a elevação dos testículos se torna menor; a irrigação do sangue no escroto e nos testículos também se reduz. A eventual hipotrofia testicular não justifica totalmente o desaparecimento ou redução da atividade sexual; de fato, através do envelhecimento os níveis hemáticos dos hormônios masculinos, permanecem praticamente imutáveis. Além das causas de origem psicológica, que estão à base das dificuldades sexuais como: o espírito de uma pessoa, reflete imediatamente sua situação emocional e existencial; a ansiedade, as preocupações ou mesmo a irritação são sentimentos que, mais do que qualquer outro fator, podem causar a perda da ereção ou a incapacidade de alcançá-la; um estresse excessivo ou um problema emocional particular. Os homens que não conhecem as mudanças fisiológicas da sexualidade no envelhecimento, de modo errado se convencem que ficaram impotentes.

Nas mulheres a carência de hormônios sexuais femininos levam a alterações como: o envelhecimento no aparelho genital feminino; os ovários diminuem progressivamente de tamanho; as Trompas de Falópio se fazem filiformes; o útero regride a seu tamanho pré-púbere; o endométrio e a mucosa do colo uterino se atrofiam; a vagina se faz mais curta e menos elástica; a mucosa vaginal se faz mais delgada e friável; diminui a capacidade de lubrificação da vagina; as alterações vaginais supracitadas podem fazer com que o coito possa ser doloroso; porém, apesar de mais

débil e com menor número de contrações, as mulheres idosas podem manter sua capacidade multi-orgásmica. Quanto as mulheres, elas parecem menos preocupadas em termos de desempenho, porém são igualmente temerosas das mudanças decorrentes do envelhecimento; as suas preocupações se referem á diminuição da lubrificação vaginal, à menor tonicidade das paredes da vagina e, em certos casos, ao fato de suas relações sexuais ficarem doloridas. Entretanto as principais preocupações femininas são de natureza estética e ligadas à convicção de que somente as mulheres jovens são efetivamente belas e fascinantes. Quando os cabelos começam a ficar grisalhos, a pele fica coberta de rugas e o corpo não possui mais a tonicidade anterior e nem a mesma elasticidade, as mulheres idosas podem se convencer de que não são mais atraentes.

O incentivo à qualidade de vida dos idosos contribuiu muito para aumentar sua auto estima, onde se divertem mais, viajam, fazem ginástica, batem papo com amigos, vivem em bailes e namoram muito. Dizem não sentir a velhice chegar, pois acreditam estar vivendo hoje o que no passado era tido como proibido. Sentem-se mais abertos para falar sobre sua sexualidade, pois em nossas entrevistas tivemos grande facilidade de comunicação. Embora muitos autores descrevam a dificuldade em discutir sexo com idosos não enfrentamos tais dificuldades, pois se colocavam dispostos a falar sobre como vivem com seus companheiros na sua intimidade. Portanto, isto também pode influenciar no aumento dos que desconhecem as formas de contaminação pelo HIV.

Vimos que seria necessário informações e campanhas direcionadas especificamente para os idosos; informações relacionadas a sua sexualidade que é tão pouco discutida e campanhas que mostrem que o idoso tem uma vida sexual ativa e que precisa se prevenir contra DST/AIDS, pois as campanhas são isoladas, são de época (carnaval, dia internacional de combate à AIDS), não atingindo o segmento idoso.

“ Eu achava que a AIDS já não existia, pois não vejo mais falar na televisão...” (homem, 61 anos).

“ AIDS também deve ser coisa de político, igual a dengue...” (homem, 67 anos).

Acreditamos que a pesquisa contribui para uma melhor qualidade de vida da população idosa, vendo-os na sua totalidade biopsicossocial. Vendo-os como pessoas que estão sujeitas ao risco de contaminação pelo vírus HIV e necessitados de programas de intervenção próprios para sua faixa etária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PARKER, Richard G. **A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume- Dumará: ABIA, IMS, UERJ, 1994.

NETTO, Matheus Papaléo. **Gerontologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 1996.

NETTO, Matheus Papaléo. **Urgência em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001.

BUTHER, R. N., LEWIS, M.I. **Sexo e Amor na Terceira Idade**. São Paulo: Editora Summus, 1985. (Tradução: Idonez de Carvalho).

CAPODIECI, Salvatore. **Idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os sessenta anos**. Bauru/ SP: EDUSC, 2000. (Tradução: Antônio Anginese).

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

SEASONS. AIDS na maturidade. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos Ltda, v. 12, 2002.

“Disponível em: <www.terra.com.br/istoe/politica/142011.htm-12k>

<www.hortela.hpg.ig.com.br/terceiridade.html-13k>

<www.dkt.com.br/html/est_003.html-13k>

<www.uol.com.br/folha/sitesemrevista/cp2805200003.htm-15k>”

HIV NOS TRIBUNAIS/ COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

ANEXOS

ANEXO-I**QUADRO DEMONSTRATIVO 1- DADOS PESSOAIS DOS ENTREVISTADOS****PORTADORES DO VÍRUS HIV**

Idade	Sexo	Forma de contágio	Estado civil	Profissão
65 anos	Masculino	Transfusão de sangue	Viúvo	Aposentado
59anos	Feminino	Relação sexual	Casada	Dona de casa
61 anos	Masculino	Relação sexual	Viúvo	Aposentado

QUADRO DEMONSTRATIVO 2- DADOS PESSOAIS DOS ENTREVISTADOS**NO BAILE DA TERCEIRA IDADE “ DONA DALILA ”**

Idade	Sexo	Estado civil	Profissão
65 anos	Feminino	Viúva	Aposentado
67 anos	Feminino	Viúva	Do lar
61 anos	Masculino	Casado	Do lar

ANEXO- II

HUMOR- APRESENTANDO CAMISINHA PARA TERCEIRA IDADE



