

## **ENVELHECIMENTO E HIV: IMPACTOS PSICOSSOCIAIS DO DIAGNÓSTICO DE PACIENTES IDOSOS ATENDIDOS NO SAE – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA – DO MUNICÍPIO DE DIVINÓPOLIS, MINAS GERAIS.**

**Autores: Silva, L.C.\*; Felício, E.E.A.A.\*; Casséte, J.B.\*; Soares, L.A.\*; Moraes, R.A.\*; Prado, T.S.\*; Guimarães, D.A.\*\*.**

**\* Acadêmicos do nono período do Curso de Medicina.\*\* Psicóloga, Doutora em Psicologia Social, professora adjunta do Curso de Medicina da UFSJ/CCO Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Centro-Oeste, Dona Lindu (UFSJ/CCO), Divinópolis, Brasil – e-mail de contato: [guiclara@bol.com.br](mailto:guiclara@bol.com.br)**

### **Resumo**

O aumento no número de infecções por HIV em pessoas acima de 60 anos consiste em um desafio para a saúde pública. Diante disso, esse trabalho busca discutir a sexualidade no processo de envelhecimento em sua interlocução com a realidade do aumento de casos de HIV/aids na população idosa. A sociedade se organiza considerando também os preconceitos e estigmas historicamente consolidados em relação à sexualidade de pessoas idosas ao restringi-la ou negá-la. Foi realizado estudo qualitativo pautado na análise de entrevistas com pacientes idosos soropositivos para HIV em tratamento no serviço de saúde de Divinópolis-MG. Dos impactos psicossociais do diagnóstico de HIV dentre os 14 entrevistados tanto estão presentes os relatos das experiências de isolamento, solidão e preconceito, quanto aquelas de ressignificação positiva para os sujeitos e seus familiares. Destaca-se a necessidade de ampliar as discussões sobre a temática da sexualidade e HIV em pessoas idosas para a população em geral e para os profissionais de saúde, tanto como fator fundamental para promover a prevenção, quanto para promover o diagnóstico precoce.

**Palavras-chave:** envelhecimento, sexualidade, HIV/aids

### **Abstract**

The increase in the number of HIV infections in people over 60 years is a challenge to public health. Therefore, this paper aims to discuss the sexuality and aging process in its dialogue with the reality of rising cases of HIV / AIDS in the elderly population. The society organizes itself also considering the prejudice and stigma historically consolidated regarding sexuality of older people to restrict it or deny it. This qualitative research makes analysis of interviews of elderly patients positive for HIV treatment in the health service of Divinópolis-MG. Psychosocial impacts among 14 HIV positive interviewees report experiences of both are present the reports of the experiences of isolation, loneliness and discrimination, as well as negatively restructuring the relationships between the patients and their families. We emphasize the need to broaden the discussion on the topic of sexuality in older people and HIV to the general population and health professionals, both as a key factor to promote prevention, and to promote early diagnosis.

**Keywords:** aging, sexuality, HIV / aids

## **1-INTRODUÇÃO**

O aumento das infecções por HIV em pessoas acima de 60 anos no mundo, impõe à sociedade, às políticas públicas e aos profissionais de saúde o desafio de pensar o processo de envelhecimento associado ao diagnóstico de HIV. Esse texto objetiva discutir a sexualidade e o processo de envelhecimento em sua interlocução com a realidade do aumento de casos de HIV/aids na população idosa <sup>1</sup>.

A infecção pelo HIV em idosos aponta que estes têm vida sexual ativa. No entanto, como a sociedade se organiza considerando também os preconceitos e estigmas historicamente consolidados em relação à sexualidade de pessoas idosas, as crenças acerca da assexualidade na velhice exercem influência também na formação e atuação dos profissionais de saúde e na definição de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde.

Em Divinópolis-MG, existem notificados no datasus 27 casos de aids em indivíduos com 60 anos ou mais no ano de 2011 <sup>2</sup>.

De acordo com dados do IBGE, havia em Minas Gerais cerca de 2 milhões de idosos no ano de 2010, representando 11,7% da população total. Em Divinópolis, o número absoluto de idosos era de 24 mil (11% da população total) <sup>3</sup>.

A infecção pelo vírus HIV traz a tona questões relativas ao suporte social do indivíduo. A religião e sua importância são discutidas por alguns autores, sendo que a atitude religiosa frente ao enfrentamento da doença pode ter impacto positivo (gerando autocuidado, socialização e sentimentos como “amor” e “fé”) ou negativo (suscitando culpa, medo e atribuindo à doença o sentido de castigo divino) <sup>4</sup>.

Além do caráter religioso, a escolaridade, o suporte familiar, o estado civil, a idade, o trabalho, a renda, o tempo de tratamento, as condições clínicas de saúde e outras características sócio-demográficas parecem compor pontos de suporte e conflito para os portadores do vírus <sup>4,5</sup>.

## **2- OBJETIVOS**

A pesquisa desenvolvida teve como objetivo principal analisar os impactos psicossociais do diagnóstico de HIV na pessoa idosa em atendimento no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Divinópolis, a partir da percepção dos sujeitos entrevistados.

De forma específica, a partir do relato de pessoas idosas em acompanhamento no referido serviço, buscou-se: a) analisar mudanças percebidas em relação à sua vivência da sexualidade após o diagnóstico de HIV; b) analisar mudanças percebidas nas relações afetivas com familiares, amigos e companheiros após o diagnóstico de HIV; c) analisar mudanças percebidas em relação à sua participação em grupos e instituições após o diagnóstico de HIV; d) conhecer e analisar os impactos decorrentes dos preconceitos sofridos pela pessoa idosa em relação à sexualidade e ao diagnóstico de HIV/aids.

Como se pode depreender dos objetivos específicos apresentados acima, esse trabalho considerou como aspectos psicossociais relevantes para a investigação a vivência da sexualidade e práticas sexuais, as relações afetivas com familiares, amigos e companheiros(as), as relações sociais expressas na participação dos sujeitos em grupos, instituições e nas atividades cotidianas.

## **3- MATERIAIS E MÉTODOS**

Admitindo-se a complexidade, especificidades e a abrangência multidisciplinar do campo da Saúde <sup>6</sup>, e especificamente a realidade dos sujeitos participantes, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, que busca ampliar a compreensão acerca de um fenômeno novo, cujos estudos se encontram em estágios embrionários ou ainda inexistentes <sup>7</sup>.

Considerando-se a adequação do método qualitativo e dos estudos exploratórios para a abordagem dos sujeitos, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas que foram gravadas, transcritas e analisadas a partir do referencial da análise de conteúdo, detalhada adiante<sup>8,9</sup>.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas<sup>10</sup> com pacientes a partir de 60 anos em atendimento no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Divinópolis durante o ano de 2012. Foi escolhida como principal fonte de coleta de dados e representa um importante instrumento de aprofundamento qualitativo da investigação, frequentemente fazendo parte de estudos exploratórios.

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados a partir da análise de conteúdo, que pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento e extremamente diversificado<sup>11,12</sup> e o tipo de amostragem considerado foi a variedade de tipos<sup>13</sup>. O fechamento amostral considerou os referenciais de saturação teórica, ou seja, a inclusão de novos sujeitos foi interrompida a partir do momento em que se constatou que os dados obtidos nas entrevistas apresentarem-se redundantes ou repetitivos, na percepção dos pesquisadores<sup>14,15</sup>.

O roteiro de entrevista utilizado já contemplava previamente as categorias de análise: a) significado atribuído ao sexo e sexualidade; b) educação sobre sexo e sexualidade; c) como adquiriu o vírus HIV; d) reações diante do diagnóstico; e) reações da família, amigos e companheiros diante do diagnóstico; f) mudanças na vivência do sexo e sexualidade; g) mudanças na vida após o diagnóstico (vida financeira e profissional, participação em grupos sociais, atividades de esporte e lazer); h) mudanças na vivência da religiosidade; i) preconceitos enfrentados. Além dessas categorias previamente definidas, emergiram subcategorias de análise que, no entanto, não estão presentes na fala de todos os sujeitos entrevistados: a) reação diante do diagnóstico do companheiro (a); b) autocuidado após o diagnóstico.

Após parecer de aprovação da pesquisa no CEPES / CCO, nº 006/2011, as entrevistas foram realizadas nas dependências do Serviço de Assistência Especializado (SAE) de Divinópolis, resguardando-se os princípios de ética e sigilo para os entrevistados, que foram identificados na pesquisa por pseudônimos.

O SAE-Divinópolis acompanha aproximadamente 726 pacientes com diagnóstico para HIV, sendo 291 mulheres e 435 homens. Do total de pacientes, 218 são divinopolitanos e 508 de outras cidades vizinhas. O grupo de pacientes acima de 60 anos em acompanhamento no serviço está estimado em torno de 40 pessoas.

Foram realizadas 22 abordagens a pacientes do serviço para convidá-los a participar da pesquisa, porém somente 14 pacientes manifestaram o desejo de participar e se encaixaram no perfil estabelecido de acordo com o desenho de estudo e com as considerações éticas. Os motivos alegados para as recusas foram: a) falta de tempo; b) um sujeito avalia as perguntas e afirma que são banais e todo mundo já sabe essas respostas, por isso não precisa responder. Esse mesmo sujeito alega estar cansado de responder a esse tipo de pergunta, pois todo mundo sabe como se pega HIV; c) não ter vontade de participar; d) um sujeito se recusou a participar da pesquisa por afirmar desconhecer o seu diagnóstico; e) outro sujeito se recusou a participar por afirmar que não tinha HIV/aids; f) medo de assinar o TCLE e se complicar; g) medo de que outras pessoas ficassem sabendo do diagnóstico; h) medo de expor tudo sobre sua vida para o entrevistador. Do total de sujeitos que se recusaram a participar da pesquisa, 4 eram homens e 3 mulheres. Uma das convidadas não atendeu aos critérios de inclusão definidos para esta pesquisa. Ressalta-se que o medo do desvelamento do diagnóstico ao entrevistador e a outras pessoas de maneira geral aparece como o argumento mais recorrente entre os idosos que não quiseram participar, apesar da explicação dada pelo entrevistado sobre as questões de sigilo em pesquisa.

## 4- RESULTADOS

Os resultados apresentados se referem a análise das categorias anteriormente apresentadas. Dos 14 sujeitos entrevistados, 7 foram do sexo masculino e 7 do sexo feminino. A média de idade é de 66,14 anos, com renda média de R\$ 1.436, 53 (um dos pacientes não quis declarar sua renda). O nível de escolaridade dos pacientes é de 6,72 anos em média. A idade média do diagnóstico é de 61, 35 anos e o tempo médio de início de tratamento é de 4,3 anos. Considerando-se as características biodemográficas e psicoculturais dos sujeitos entrevistados, observa-se o acompanhamento de tendências nacionais e mundiais de pauperização e feminização da epidemia de HIV/aids, além da concentração de novos casos em população de baixa renda e do crescente número de idosos que tem se infectado<sup>5</sup>.

### 4.1 O significado atribuído ao sexo e a sexualidade.

Nos relatos dos entrevistados é predominante o sentido atribuído para o sexo como sinônimo de sexualidade e prioritariamente vinculado ao desejo sexual, contatos físicos e às práticas sexuais, conforme pode ser explicitado pela fala do entrevistado José Pedro:

*Sexualidade... eu vou ser bem curto e grosso, é a macheza do homem e a feminilidade da mulher, né? E... sem isso não adianta, não tem vida, né? [Respondendo se existiam outras formas de manifestar a sexualidade sem ser pela relação sexual] Eu acho muito difícil viu? Pode até ter, mas eu não conheço não. Por que, teve uma época aí, no início do tratamento agora que eu afundei mesmo, fiquei ruim demais de saúde, então não tinha desejo, não tinha vontade nem nada. E não tem esse negócio igual o pessoal fala de amor, não tem amor tem é desejo. Se você não tem desejo, acabou! [bateu a mão na mesa]. Você já viu um gay amar uma mulher? Não tem, né? Ele não tem aquele desejo, ele tem desejo é por um outro homem. Cê não tá vendo os casais casando, homem com homem, tudo é por causa disso. Se não fosse isso aí, depois disso veio a... a... vamo por, o amortecimento do desejo que eu vi que não tinha amor, amor é só de mãe para filho e olhe lá. (José Pedro)*

Também entre as mulheres entrevistadas a equivalência entre sexo e sexualidade é predominante, como se pode constatar na fala de Regina:

*Uai, eu como diz o outro uma pessoa que assim que nunca importei muito com isso, mas é uma coisa da vida né? Que a gente tem que ter a participação, né? É uma coisa boa né? Eu achei que assim ao longo da minha vida eu só tive um parceiro, mas foi uma coisa boa na minha vida. (Regina)*

Nota-se que apesar da equivalência entre sexo e sexualidade, há uma grande dificuldade da entrevistada em nominar a palavra “sexo” o que também aparece fortemente nas falas de outros entrevistados que ficaram constrangidos quando perguntados sobre os significados de sexo e sexualidade, conforme exemplificado pelos discursos de Maria do Bairro e de Mauro:

*Ah, meio... ah... eu não sinto nada, nadinha... [...] Ah... pra mim não vem nada, eu não entendo nada. (Maria do Bairro)*

*Isso é uma coisa que a gente tem que pensar muito pra ver se convém ou não convém, né? Não é certo? [tom de timidez]. Eu acho que assim, que tem que ver, se convém ou não... a gente fica indecisa. A gente fica bem indecisa. Não, não sei não. É ... é... as vezes a gente pode achar que vai dar pra gente pobrema, a gente evitar igual, eu tenho hiv, o máximo que a gente puder evitar a companheira, né? Eu acho que é isso... tá bom? (Mauro)*

Tal constrangimento ou dificuldade de responder a essa pergunta pode estar diretamente relacionada com a educação sobre sexo e sexualidade (próximo item de análise) que, para a maioria quase absoluta dos entrevistados mostrou-se muito restrita ou ausente dentro da família e da escola.

Dentre os homens entrevistados apenas um mencionou elementos de afetividade (confiança, companheirismo, respeito) vinculados à sexualidade, dando a ideia de maior abrangência desta do que a vinculação restrita ao ato sexual e outros contatos físicos.

*Ah, eu acho que... bom. Eu acho que sexo é primeiro de tudo você tem que ter muita confiança na pessoa, você tem que sentir alguma coisa por aquela pessoa. Por que se você não sentir, não funciona não. Você tem que ter um tcham, né? A pessoa tem que ter alguma coisa que te agrada, que chama sua atenção. Então, eu nunca tive*

*esse problema não, nem quando era mais novo, solteiro. Por que toda vida eu fui muito exigente com tudo. Companheirismo e respeito. Eu acho que é fundamental. (José)*

No discurso das mulheres, não se observam diferenças consideráveis em relação à ampliação do conceito de sexualidade para além do contato físico. Os elementos de afetividade (amor, um contato mais permanente, mais espiritual) são percebidos apenas no discurso de duas das mulheres entrevistadas. Uma percepção ampliada de sexualidade que extrapola os contatos físicos aparece de forma mais elaborada no discurso de uma única entrevistada que possuía curso superior:

*Eu acho que sexualidade faz parte da vida da pessoa. Sexualidade eu separo muito bem assim, sexualidade é uma coisa sexo é outra. Então eu acho que sexualidade desde que a gente nasce a gente mostra, sexualidade está na maneira de se vestir na maneira de se postar na maneira de se apresentar para as pessoas na maneira de participar de um grupo. Então pra mim é diferente de sexo, sexo é outra coisa.*

*A sexualidade ela acompanha, principalmente eu acho que mais na mulher do que no homem. Ela acompanha todas as fases da vida. A sexualidade de uma adolescente é diferente da sexualidade de uma pessoa idosa, mas não quer dizer que uma pessoa idosa não tenha sexualidade. A sexualidade está desde a hora que você levanta que você está no espelho. A sexualidade eu acho que ela é para mim, não para o outro, para mim, para eu me sentir bem. Tanto na maneira de se vestir, na maneira correta, de se apresentar em qualquer lugar. (Maria 1).*

## **4.2 A educação sobre sexo e sexualidade.**

Nesta categoria, à exceção de um entrevistado (José) que relata diálogos entre seus pais, ele e as irmãs a respeito de sexo e sexualidade, o espaço de aprendizado sobre o tema esteve precarizado ou ausente na família e na escola. À maioria das mulheres é delegado o silêncio (assunto proibido), as metáforas imprecisas (“quebrar o pote” para se referir à primeira menstruação; o uso de termos como “isso”, “coisa”, “aquilo”, “aquele negócio” para falar do sexo) e as restrições referentes ao conhecimento sobre o corpo, o sexo e a sexualidade (medo, cisma, “cair no erro” para falar de sexo e o uso do termo “aquelas porcarias de homem” para se referir a preservativos). Uma das entrevistadas refere-se bem ao sentimento quanto ao método de prevenção associando a camisinha à “porcaria” das pessoas que pulam o carnaval. A fala a seguir é ilustrativa das questões mais frequentes na fala das mulheres:

*Quando eu... aí meus pais não explicavam nada, assim, nada. Não falaram nada, né? A gente às vezes tinha aquele medo, aquela cisma por a gente mesmo, sabe? Se alguém vinha... mas... a gente criança, não tinha explicação nenhuma, a gente procurava sair fora, mas, meu pai, minha mãe, não ensinava não. No tempo em que fui criada não tinha esse negócio de menino saber de nada não, nada não. Fui criada assim inocente mesmo.*

*Então ainda, eles diziam assim, que se acontecesse alguma coisa, que fosse procurar no dia que a gente... ahn... quebrou o pote né? Quem vai saber o quê que é isso, hein? Não dá pra saber nada. Agora não, agora os meninos de hoje, já nasce sabendo de um tudo, né? De tudo? Ainda acho isso errado, tem muitas coisas que eles ensinam as crianças, isso é muito... né? Incentiva a eles a caírem no erro. Eu acho, né? Incentivam eles a caírem no erro. Eles não tando sabendo, eles não vai se enfrentar, cair né? Porque muitos caem, as criança de hoje tão sabendo, eles caem no erro, já sabendo de tudo. As professora ensina, as mãe ensina, os pais ensina, eu acho isso errado. Erradíssimo. Na minha sugestão, né? (Maria do Bairro)*

Em relação aos homens a educação sobre sexo e sexualidade aparece vinculada diretamente às experiências práticas. Nesse sentido, a educação toma a conotação de uma vivência permissiva das práticas sexuais, geralmente relatada pelas experiências em casas de prostituição, festas e eventos sociais, desvinculadas de qualquer informação sobre sexualidade, afetividade ou prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Os entrevistados mencionam como outras fontes de informação sobre sexo e sexualidade, tanto à época da adolescência, quanto em momentos que se seguiram em suas vidas, as conversas com amigos, os livros, as campanhas de televisão, material impresso do Ministério da Saúde e o serviço de saúde – SAE. Apenas um entrevistado menciona ter recebido informações sobre o tema na escola e uma entrevistada menciona ter recebido informações no curso de noivos. A fala a seguir é representativa tanto da questão de buscar outras fontes de informação exteriores à família e escola, quanto da importância das

experiências práticas como forma de aprendizado para homens no que se refere à sua compreensão acerca do que representa a educação sobre sexo e sexualidade.

*Comecei lendo, porque eu leio demais, hoje até diminuí muito. Mas desde os 10 anos, por aí, é leitura. Lendo, lendo, lendo, depois eu entrei no “vamos fazer experiência”. Ai deu certo e eu fui aprendendo. (José Pedro)*

Ressalta-se que o preservativo aparece como instrumento de prevenção tardio na vida dessas pessoas, geralmente como informação recebida após o diagnóstico ou recentemente nas campanhas de prevenção de HIV/aids veiculadas à época de carnaval na TV. De forma geral, no relato dos entrevistados, tanto o uso de preservativos, quanto as formas de prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis não eram discutidos ou recomendados por pais, parentes, amigos no ambiente escolar ou eram mencionados de forma imprecisa na época em que eram mais jovens (“tomar cuidado com doença de rua”, sem, no entanto, dizer o que isso significava; não fazer sexo com prostitutas mais novas porque elas teriam doenças, etc.).

*[quando questionado sobre o conhecimento do HIV] Nunca, pra mim não existia. Isso é... era uma coisa comum... a transação era coisa comum, entendeu? [Sobre uso do preservativo] Nunca usava (...) eram mulheres de rua, da vida, é, as vezes encontrava com umas, depois nem encontrava mais. Outras mulheres, a gente, entendeu?(...) algumas falava comigo pra não transar com qualquer, porque essas mulherzinhas novas são perigosas, quanto mais bonitas, mais perigoso elas eram. Isso era as mulheres mais velhas [as profissionais do sexo mais velhas se referindo as outras profissionais mais novas]. Ai, eu perguntava elas porque, porque o motivo, o porquê das mulheres mais novas serem perigoso, elas não relatavam, não falavam mais nada. (Jair)*

#### **4.3 Como adquiriu o vírus HIV.**

Os depoimentos vinculados a essa categoria demonstram que a maioria dos entrevistados (12 entrevistados), afirmavam saber como haviam adquirido o vírus HIV e relatam suas histórias considerando referências científicas adequadas em relação ao contágio. Todos esses sujeitos, sendo 6 mulheres e 6 homens, relatam que contraíram o vírus por via sexual. À exceção de Angélica que não soube precisar com segurança de qual parceiro teria contraído o vírus, as demais entrevistadas relataram uniões estáveis com parceiros únicos e que estes foram os responsáveis por sua contaminação com o vírus HIV. Essa questão torna explícita a realidade de múltiplos parceiros, especialmente para os homens, mesmo nas relações consideradas, em princípio, monogâmicas. Todos os homens, exceto José e Antônio, contraíram o HIV em relações extraconjugais sem o uso de preservativo. Essa questão aponta, mais uma vez, que o espaço de permissividade masculina e de restrição feminina representam referências a partir das quais a educação sobre e sexo e sexualidade se constroem para os sujeitos pesquisados. Destes relatos, destacam-se questões atuais e relevantes para a compreensão do fenômeno de feminização da epidemia de HIV/aids e os desafios da incorporação do uso de preservativos para mulheres que tenham parceiros fixos em relações supostamente monogâmicas. Tais questões podem ser observadas na fala de Regina:

*... nunca confiei no meu marido, mas eu pedi ele que ele prevenisse né? Porque a gente tem sempre que prevenir né? Por exemplo aconteceu comigo, né? Pode acontecer com qualquer outra pessoa, com jovem, com velho, com né? Com qualquer idade. Eu acho que isso aí é muito importante, do uso da camisinha, eu mesmo me arrependo, porque meu marido era operado, tinha feito vasectomia, mas eu nunca preveni né? Mas eu sempre pedia a ele pra que ele tomasse cuidado, sabia, ele era motorista e é até hoje... que eu tinha medo, mas eu assim, não é que eu confiava nele, mas eu , por mim mesma, nunca preveni. Eu nunca preveni, por que ele não precisava usar camisinha. Eu sempre falava pra ele, se você for em outra, usa camisinha. Como diz o outro, né? Despreparou. (Regina).*

Um entrevistado relata explicações imprecisas e até mesmo fantasiosas de como o HIV foi transmitido, o que pode apontar tanto para uma confusão em relação ao conjunto de informações recebidas em episódios anteriores de doenças sexualmente transmissíveis, quanto para a própria dificuldade em relatar aos pesquisadores os fatos que levaram ao contágio. A fala de Baiano explica a presença do vírus através de uma transformação de outra DST “cavalo de crista” (SIC) no vírus HIV.

*Mas por que aconteceu, eu não sei que... eu arrumei uma doença, que o médico disse "curou, mas isso aí com o tempo pode virar uma doença contagiosa", não sei se foi bem tratada ou se não foi, isso aí ficou na dúvida, que eu tenho toda a certeza de que não foi relação com mulher, isso aí eu tenho certeza. Foi aquele, eh... eles chamam de cavalo de crista. Ele falou "esse trem é danado, isso daí, a gente pega às vezes sem querer". Que tem muitas doenças transmitidas, só de você sentar no lugar da pessoa, você pega ela. Então comigo aconteceu mais ou menos assim. [Falando sobre como adquiriu o HIV] Ah... pois é, justamente como eu tô falando pra você. Foi dessa doença que aconteceu, que com o tempo pode acontecer dela virar a doença. Ele falou "mesmo com o tratamento que a gente faz, costuma as vezes ainda aparecer ainda". Ai depois, de 10...12... 13... anos que veio aparecer. Ele falou "isso aparece com o tempo, que na hora, aparece com o tempo. (Baiano)*

Por fim, uma entrevistada que já faz acompanhamento no serviço de saúde há 2 anos, afirma não saber a causa de morte do marido falecido há 16 anos. Quando ela recebeu o diagnóstico já era viúva e afirma enfaticamente desconhecer a forma de contágio do vírus HIV, o que pode se relacionar às dificuldades de lidar com a informação de que possui uma doença que pode ter sido transmitida pela via sexual.

*Isso aí é que eu não sei, já te falei: não sei mesmo! Eu queria ter ao menos noção de como que foi, que às vezes o povo fala... não é... não sei mesmo! [ênfase no mesmo][Respondendo às perguntas da entrevistadora se foi informada sobre as formas de contrair HIV] Não. Ah, a gente não interessa por essas coisas, né? Se tem alguém que interessa, sai perguntando, sai ... é... especulando de um e de outro, mas eu não... não mecho com isso não [diminui o tom da voz, quase cochicha]. (Maria do Bairro).*

#### **4.4 Reações diante do diagnóstico.**

Nessa categoria aparecem nos relatos dos sujeitos três possibilidades de resposta: as reações negativas diante do diagnóstico; as reações positivas diante do diagnóstico e uma reação de aparente neutralidade ou indiferença diante do diagnóstico. A maioria dos sujeitos (10 sujeitos) relata sentimentos e pensamentos negativos frente ao diagnóstico soropositivo para HIV; um sujeito relata reação mais positiva diante do diagnóstico e três entrevistados se apresentam aparentemente resignados ou indiferentes quanto ao diagnóstico. Destaca-se, a seguir, o trecho de um relato que exemplifica o principal tipo de reação encontrada entre os entrevistados:

*Isso eu não tinha nem uma ideia [do que era HIV e os modos de transmissão]. Não tinha nem ideia... Mas foi um pânico, quase que eu... Eu fui lá no chão. Nossa. Eu pensei assim, que eu tinha que morrer. Porque, eu falei assim "eu vou ter que morrer!" na hora que eu abri, o psicólogo deu lá e... depois tornou a repetir o exame. Me explicou. Me explicou tudo direitinho lá [profissionais do SAE explicaram para ela sobre o HIV]. Eu tinha que morrer. Eu tinha que morrer. Porque eu falei assim: "Pra que, gente? Agora eu to com essa doença, eu num vou ter graça de sair mais, de passear, de fazer, né, as coisa." Tão... Sabe por quê? Por que eu falava assim "Gente, agora olha pro céu ver, eu num..." Ela me explicava: "Num é assim não, num é assim que pega não". Eu não posso pegar meus neto, eu não posso abraçar meus neto, eu não posso beijar meus neto. [relatando um diálogo entre ela e a profissional de saúde que a orientava] É. Isso tudo vinha na minha cabeça. Que eu não podia fazer nada mais, de ficar com meus neto, de beijar eles, de... sabe como?[explicando sobre o que pensava sobre os modos de transmissão do HIV] Que pegava em tudo, pegava no suor, pegava na toalha... Ai depois eles foram esclarecendo pra mim, que num é assim, que num pega não é assim não. Pega é na transfusão de sangue, de relação... Foi me falando. Ai na hora assim eu comecei a tremer, minha pressão foi lá em baixo. Foi preciso chamar a minha irmã lá também, eu só ficava chorando, eu só ficava chorando, mais nada! Foi mais ou menos uma semana eu fiquei assim. Mas eu, como diz o outro, com os outros assim eu num demonstrava não, entendeu? (Márcia)*

A reação que pode ser considerada a mais positiva foi demonstrada por Mauro e pautase na possibilidade do tratamento da infecção, sendo sua reação "partir para o tratamento" vista por ele como um fator que o distancia da morte e a soropositividade como fenômeno partilhado por vários indivíduos, pelos iguais. Entretanto, a simplificação da notícia e a banalização da doença podem ser vistos como estratégia de defesa do indivíduo, que desconsidera o impacto que a aids traz para as relações sociais, afetivas e para a vivência do preconceito, inclusive, dita por este indivíduo como inexistente, porém para as parceiras sexuais ele jamais revela seu status sorológico.

*Não, não senti nada não... eu falei com ele... ele me disse "isso você morre com ela, mas tratando você vai muito tempo...". Aí eu despreocupeei, falei "vou partir pro tratamento", né?*

*É, a reação minha foi essa: partir pro tratamento. Não desesperei da vida, como diz o outro, não sou o único, tem mais gente. (Mauro)*

Por fim, apresentam-se as reações de resignação e indiferença quanto ao diagnóstico, vistas como mecanismo de defesa do sujeito, já que sabidamente há uma construção social de estigma e preconceito ao redor do soropositivo para HIV. Na fala de Maria do Bairro, tem-se a indicação de indiferença e resignação, como se pode ver abaixo:

*Normal né, não pensei nada. Como tem tanta doença aí que a gente recebe, adquire uma gripe, ou alguma coisa né? Graças a Deus... como eu tô... no começo eu comei sentindo dor nas pernas, muita dor nas pernas, muita cansa... comecei a fazer o tratamento, não sinto nada, e dormia muito. Não sinto nada, deu a hora, seis hora já to de pé, cuido do meu serviço tudo, arrumo minhas coisas tudo, não sinto nada. Se amanheceu, não sei... vou saber hoje com a doutora. É... é uma doença qualquer. Preocupe não. O que tem que ser, será. Fazer o que, já ta com ela, não tem jeito. (Maria do Bairro).*

Durante a análise dessa categoria emergiu a subcategoria “reação diante do diagnóstico do companheiro(a)” em que se evidencia, de modo geral, a problemática das relações extra-conjugais que o diagnóstico acaba por confirmar. Nesses casos aparecem, de forma explícita, os sentimentos de culpabilização do outro pela traição e revolta em relação à sua situação atual, o que pode ser exemplificado pelas falas de 4 sujeitos. A fala de Maria 2 é representativa desses sentimentos:

*Ele [marido] falou que ia suicidar; que não merecia isso. ... “Eu vou dar fim à minha vida”. Eu falei assim, senta aqui perto de mim, vamos conversar. Eu não te falei, fiquei sabendo quinta feira que eu tenho HIV, eu não ia te falar, eu não queria viver com você mais. Ele falou assim, eu vou dar um fim à minha vida, vou pegar um revólver e dar um fim na minha vida. Eu falei assim, dá mesmo; mas você não compra um revólver não, por que dependendo do jeito que você puxar o gatilho, você não vai se matar... Vai ficar aí prejudicado. Então você pega aí o nosso carro e vai lá na ponte, vai lá pros (?), aí você pula lá embaixo, por que quando você bater lá embaixo, vai estar cheio de pedra e você vai se espedaçar tudo, por que eu não merecia o que você fez comigo, falei com ele. Ele “eu sei, você não merecia o que eu fiz mesmo”. “eu não vou viver com você mais não. (Maria 2)*

Variações nas experiências dos entrevistados em relação ao conflito das relações extra-conjugais explicitado pelo diagnóstico aparecem nas situações em que os entrevistados souberam do diagnóstico do parceiro em fase terminal do mesmo ou após sua morte.

Apenas três entrevistados discorrem sobre o sentido atribuído à idade em sua relação com o contexto atual de ser portador do vírus HIV. Dois deles falam sobre a relativização do impacto da doença em função do tempo de vida e a proximidade da morte. Antônio João coloca isso de forma mais negativa, enquanto Maria 1, no sentido de “aproveitar o pouco tempo” que lhe resta.

*Ah, eu até nem ligo sabe! Porque a gente com 60 anos em diante, a gente nem tá querendo trabalhar muito mais, tá querendo é morrer sabe, pra desocupar o lugar... (Antônio João). Seguir em frente. Seguir em frente. Viver tudo que tem que viver, aproveitar a vida (risos). Por que a vida não tem muito mais não (risos). Na minha idade, independente de vírus ou não, não tem muito (risos). (Maria 1)*

Uma entrevistada aponta para a surpresa de se contrair o vírus “numa idade dessas”. Regina discorre especialmente sobre a necessidade de prevenção em todas as idades.

*O que eu tenho a falar é que é assim... que a gente pede a Deus, que hoje já melhorou muito, graças a Deus na parte de tratamento. Mas que a gente o que pode ou poder evitar, tem que ter, tem que evitar mesmo. Parece hoje que o povo acha que só acontece com os outros... Que com a aquela pessoa não vai acontecer... seja, velho ou novo. Seja desde a hora que começou a ter relação sexual, eu acho que não confia no parceiro, usa camisinha. Tem que usar mesmo, porque hoje tá demais. O dia que eu fiquei sabendo, que 60 anos, depois disso, eu ter que passar por isso... pra mim foi um choque muito grande... é assim, se Deus quiser, que as coisas vai melhorar né? Antigamente quem tinha era só esperar a morte, né? Só esperava a morte... Eu sei que eu vou morrer um dia, mas eu espero que não seja disso. Que eu vou tratar direitinho, vou cuidar direitinho, eu espero e peço a Deus que não seja disso, né? Porque... se Deus quiser! (Regina)*

#### **4.5 Reações da família, amigos e companheiros diante do diagnóstico.**

Nos relatos dos entrevistados predominam as reações de apoio da família e um esforço feito por eles para não revelar o diagnóstico aos amigos, vizinhos e colegas de trabalho. Do total de entrevistados, 11 sujeitos afirmaram ter recebido apoio da família; 2 entrevistados afirmaram abertamente terem sido vítimas de preconceito no ambiente familiar e 1 declarou não ter revelado o diagnóstico a nenhum membro da família.

Entretanto, dentre o grupo de pacientes que relata ter recebido apoio da família, muitas histórias mostram prioritariamente o silêncio dos familiares em relação ao diagnóstico (a família sabe, mas não fala no assunto; apenas um familiar pergunta se está tomando os remédios; etc.). Além disso, em muitas entrevistas nas quais o sujeito relata inicialmente o apoio ou aceitação da família, seguem-se relatos de situações de preconceito vividas por eles em relação a parentes próximos. As discussões específicas sobre os preconceitos diante do diagnóstico serão discutidas de forma mais detalhada posteriormente. As principais reações da família diante do diagnóstico podem ser exemplificadas pela fala de José:

*É... Minha família ficou toda sabendo, todos eles né, assim todos aceitou, me deu apoio, nunca comentaram nada comigo, minha família. Nenhuma das irmãs, alguns sobrinhos sabem, não sei se todos sabem, nunca comentaram comigo, nunca contaram para ninguém e... eu tenho uma Irmã que ela só me pergunta " tá tomando medicamento direitinho "[risadas] só essa que pergunta , as outras não são de entrar na vida dos outros não.*

*Nenhum amigo sabe. Minha família todinha sabe... mas amigos não , amigo é só pra bater papo, conversar, não tenho nenhum contato com eles que pode transmitir pra eles alguma coisa. Se eles vem almoçar aqui em casa, no talher não pega, no prato não pega, a toalha não pega, beijo no rosto não pega. Quando eu vou na casa deles eu uso talher, toalha, não vou usar escova de dente deles. Mas isso eu sei o que pode e o que não pode... Sabonete não pega, banheiro não pega. Isso é transmitido pela saliva, pelo esperma ou sangue né? Eu não tenho nenhum contato com ele desse jeito desse jeito... (José)*

Dentre os entrevistados, uma entrevistada afirma que amigos e outras pessoas sabem do diagnóstico, demonstrando não fazer esforço para esconder o diagnóstico. Outras duas entrevistadas relatam que nos contatos que estabelecem com as pessoas no convívio social, avaliam a pessoa e a situação para decidirem se revelam ou não o diagnóstico. Destaca-se que os demais entrevistados (11) afirmam que não revelam o diagnóstico para os amigos, alegando medo de sofrerem preconceitos, medo do afastamento das pessoas, medo de perder os amigos, medo de perder o respeito. No relato desses entrevistados fica explícito o esforço empreendido pelos mesmos para manter o diagnóstico em segredo.

#### **4.6 Mudanças na vivência do sexo e da sexualidade.**

A análise desta categoria revela uma marcada diferença em relação às mudanças na vivência de sexo e sexualidade entre homens e mulheres. Se para os homens a tônica recai sobre as mudanças diante do diagnóstico, estando presentes a diminuição das práticas sexuais, a desaceleração inicial e uma posterior retomada das mesmas a partir de reformulação, para as mulheres a tônica é a interrupção das práticas sexuais.

Como mencionado anteriormente, para a maior parte dos homens, os relatos referem-se ao conjunto de reformulações das práticas sexuais após o diagnóstico (ser mais seletivo em relação à escolha de parceiras; não procurar parceiras fora do casamento; incorporar o uso de preservativo nas relações sexuais e manter relações com parceiras fixas). Três homens relatam dificuldades em manter relações sexuais pela dificuldade de usar preservativo, sendo que apenas dois deles relatam ter abandonado definitivamente as práticas sexuais. Um entrevistado relata detalhadamente as dificuldades em relação à manutenção de relações sexuais após o diagnóstico por medo de contaminar outras pessoas e uma progressiva retomada com uso de camisinha a posteriori. Como se pode perceber, do conjunto de sujeitos entrevistados, quatro relatam uma desaceleração das práticas sexuais, alguns com um caráter provisório e outros em caráter mais permanente.

Para as mulheres, em geral, o diagnóstico de HIV é um anúncio do fim das práticas sexuais, inclusive se expressando pela negação do desejo sexual, como pode ser exemplificado na fala a seguir:

*Para mim... Depois da doença não significa mais nada. Porque aí ele não me procurou mais, eu também não fiz questão sabe como? (Maria 2)*

Dentre as 7 entrevistadas, apenas 1 relata manter uma vida sexual ativa, mas declara não sentir o mesmo prazer de antes, devido ao fato de estar contaminada. O uso de camisinha parece evocar para ela e para o parceiro o fato de estar contaminada e ter que se preocupar com isso, como pode ser verificado na fala a seguir.

*[Sobre a vida sexual] Vejo, a diferença era essa aí. Era melhor, você não preocupava. Hoje pra você ter uma relação você tem que preocupar. Você tem que preocupar, se você... prevenir. É essa aí, que eu vejo a diferença. Antigamente, meus pais, meus avós, tudo, os antepassados da gente, teve filho demais. Foi melhor. Como diz o outro, tinha uma relação sexual tranquila. Hoje, ninguém tem.*

*Fico mais preocupada. Hoje, descobriu... a gente mesmo... a gente mesmo estando contaminado, a gente tem que usar a camisinha.[Sobre prazer sexual] Não. Não, sinto... não consegue. Tanto na parte dele, tanto na minha, você sente diferente quando descobre que tá contaminada, né? Você sente diferença. (Regina)*

Das outras 6 mulheres que declararam interrupção das práticas sexuais, uma separou-se do marido após o diagnóstico, 4 são viúvas (perderam os parceiros fixos e não estão atualmente envolvidas com outras pessoas), uma continuou casada, mas sem manter relações sexuais com o marido.

Em relação ao uso de preservativos, uma das mulheres (viúva) relata a recusa dos parceiros posteriores à viuvez em utilizá-los, o que a levou à interrupção da vida sexual. Essa entrevistada afirma que não revelava seu diagnóstico para os potenciais parceiros sexuais.

Como para a maioria dos entrevistados não há distinção entre o significado de sexo e sexualidade, não foi possível perceber, nos relatos dos sujeitos, mudanças vinculadas à sexualidade, tomada de forma mais abrangente. Percebe-se, no entanto, a manutenção ou incremento em relação ao autocuidado após o diagnóstico para a maioria dos sujeitos entrevistados. Uma mulher e um homem relatam histórias de perda do autocuidado após o diagnóstico, o que será detalhado a seguir.

#### **4.7 Mudanças na vida (vida financeira e profissional, participação em grupos sociais e atividades de esporte e lazer) após o diagnóstico.**

Na análise dessa categoria emergiram 2 grandes grupos: um grupo de pacientes que declararam que houve mudanças na vida após o diagnóstico, representado por 2 homens e 2 mulheres, e um segundo grupo de pacientes que declararam que não houve mudanças, constituído por 5 homens e 5 mulheres.

Entre aqueles que admitem mudanças, existem, ainda, dois subgrupos: aqueles que avaliam mudanças positivas e aqueles que avaliam mudanças negativas, de uma forma geral. Dois homens relataram fatos que remetem a mudanças negativas, como “enfraquecimento profissional”, “paralisia do desejo” - indicando perda de interesse em atividades prazerosas - e até mesmo perda do auto-cuidado, como relatado a seguir na fala de José Pedro:

*Eu não saio mais de casa. Não consigo... eu tenho muita coisa que eu fazia que eu não consigo fazer mais. Igual por exemplo, barba... eu consigo fazer, mas muito mal. E eu não tenho coragem nem resistência pra fazer mais nada. Se for pra eu mudar essas coisinhas que tem aqui de lugar, eu não dou conta. Eu não tenho mais força, sabe?(...)É aquilo que eu expliquei pra vocês, a vida financeira desabou, acabou. A minha, meu caminhão, porta de casa tá parado tem quase um ano, né? E... de vez em quando eu recebo alguma coisa do INSS, mas muito pouco.E... eu não tenho vida social mais, eu não saio, não faço mais nada. Acabou. (José Pedro)*

Duas mulheres afirmaram que suas vidas melhoraram após o diagnóstico: para Maria o diagnóstico de HIV deflagrou a separação do marido, o que ela avalia tê-la deixado mais livre, inclusive para participar da Universidade Aberta para o Idoso, além de outras atividades

sociais. Maria 2 também afirma que intensificou suas atividades sociais e de lazer após o diagnóstico, como se pode verificar na fala a seguir:

*Vou para mais lugares ainda, sabe como? Vou muito, passei a ir aos barzinhos, graças a deus. Faço. [atividades de lazer] Eu sou da melhor idade. Eu sou do (?)... Amanhã nós temos a festa de aniversário. Tudo o que é de participar eu sou a primeira a ser... Sabe? Mês de julho faz a quadrilha, sabe, eu participo de tudo, eu danço quadrilha. É.[melhorou a vida depois do diagnóstico] As amizades, sabe? Eu fiz aula de pintura. Muito bom sabe. Já frequentava, já frequentava.[Aulas de pintura] Melhorou mais ainda, sabe. [a vida após o diagnóstico] são, mesma coisa [comportamento das pessoas nos lugares em que ela frequenta]. Ninguém importa. Sentam na minha mesa, a gente bebe junto, come junto. Graças a Deus. Não tem preconceito não. Ajuda, ajuda demais.[aceitação das pessoas ajuda a enfrentar a doença] E se eu não tivesse o apoio das minhas amigas? Igual eu não tive da minha família... (Maria 2)*

O segundo e maior grupo, composto pelos pacientes que não admitiam a ocorrência de mudanças na vida após o diagnóstico, é também dividido nos seguintes subgrupos: aqueles que afirmam que não houve mudanças e isso é coerente com suas falas (4 homens e 2 mulheres) e aqueles que afirmam que não houve mudanças, mas seus relatos revelam o contrário (1 homem e 3 mulheres).

Seis pessoas afirmaram que nada mudou em suas vidas após o diagnóstico, em termos de vida profissional, financeira, participação em grupos sociais e atividades de esporte e lazer, e isso foi efetivamente confirmado na análise de suas falas ao longo de toda a entrevista. Por outro lado, 4 pessoas avaliaram que não houve mudanças na vida após o diagnóstico quando diretamente questionadas sobre isso e, no entanto, contam histórias subseqüentes de reformulações - mudanças positiva e/ou negativas: Angélica diz que cessou o consumo abusivo de álcool e mantém uma vida mais saudável após o diagnóstico; Márcia passou a trabalhar como cuidadora de idosos, mas diminuiu sua vida social e auto-cuidado (fazer unhas, ir ao dentista) pelo medo de contaminação de outras pessoas; José e Regina intensificaram suas atividades, seja de lazer ou de trabalho, para não lembrarem do fato de serem soropositivos para o HIV. O relato de José ilustra essa situação:

*... E não mudou nada na minha vida, pra te falar a verdade, mudou nada, nada, nada, mesmo jeito que era antes de eu saber, eu continuo do mesmo jeito. Modifiquei nada com ninguém. Não... assim na vida profissional mudou alguma coisa por que eu aposentei e fiquei parado muito tempo. Depois comecei a trabalhar de novo ai mudou muita coisa. Fiz muitos amigos, porque quem trabalha em comércio faz muitos amigos. Se eu tive bastantes amigos, hoje eu tenho o dobro. Então modificou para melhor, para pior não.[Comentando a volta ao trabalho após a aposentadoria] Ah, aquele negócio de você ficar em casa... eu acostumado a trabalhar, chegava no serviço 8hs da manhã e que trabalha até as 18hs. Quando você aposenta, e não tem mais o que fazer, você acorda cedo e pensa no que fazer, aonde ir. Você dentro de casa, fica ansioso, vou aqui, vou ali, vou ali, vou ali. Então tem que arrumar alguma coisa pra fazer. Não é por causa do dinheiro do serviço não. (...) Depois que eu comecei a trabalhar novamente, a minha vida mudou 100%. Eu tenho ânimo para tudo. (José)*

Finalmente, destaca-se que nessa categoria emergiu uma subcategoria, “mudanças no autocuidado após o diagnóstico”, no relato de 10 pacientes. A maior parte dos entrevistados (5 homens e 3 mulheres) mostraram uma preocupação maior com sua saúde após o diagnóstico, enfatizando a questão da adesão ao tratamento medicamentoso e as modificações de hábitos de vida, como diminuição/abandono do uso de bebidas alcoólicas e drogas, melhoria da alimentação, uso de preservativos nas relações sexuais, como ilustrado na fala de Angélica:

*Mas, eu fui ter uma vida normal, como se eu não tivesse nada. Tomei os medicamentos, a medicação, seguindo direitinho, nunca faltei ao médico. Eu vou sempre ao médico e faço os exames. Levo uma vida normal, pratico esporte faço fisioterapia, por causa desse problema de polineurite, e hidroginástica, faço até hoje(...). Então eu levo uma vida normal, com festas e bailes, não tem nada que eu não como, como tudo, frutas, doces. Doce eu quase não como doce, não. Mas frutas, uma alimentação normal. Não faço regime nenhum, me alimento bem, pratico esporte, vou em festa, levo uma vida normal. (Angélica)*

Os demais entrevistados (1 homem e 1 mulher) relatam uma piora em relação ao autocuidado, que tanto pode estar associada a uma reação extremamente negativa diante do diagnóstico, quanto pode estar associado ao esforço empreendido pelo sujeito para manter o

encobrimento do diagnóstico. Esta segunda situação como pode ser exemplificado pela fala a seguir:

*E outra coisa também, de arrumar, de ir no dentista também, eu tenho, eu tive esse preconceito quando o dente caiu. (...) De medo!(...) Deu mesma [referindo-se ao próprio preconceito]. Por exemplo, igual, eu vou no dentista, igual eu fiz cirurgia. Tinha medo, entendeu? Aquele sangue saindo... (...) Por que meus dente acabou, por que? Porque eu vou no dentista e se ele mexer nos meus dente lá sem nada, sem nada? Eu vou falar com ele? Igual arrumar unha. Eu fico sem arrumar unha porque eu levo meu alicate, aí a pessoa fala assim "ah, mas seu alicate tá ruim, cê num importa?" eu falei "não, eu não importo não, eu num gosto! Eu já tenho meu alicate, tudo, entendeu?" Mas mesmo assim, elas vão fazer unha sem luva, sem nada. (Márcia)*

#### **4.8 Mudanças na vivência da religiosidade.**

O conjunto de nossos entrevistados declarou-se cristãos, não sendo observadas outras manifestações de fé. São encontradas as seguintes possibilidades nessa categoria: aumento da vivência da religiosidade, diminuição das práticas religiosas e manutenção da vida religiosa. Seis entrevistados relataram não haver mudanças em relação à sua fé e práticas religiosas após o diagnóstico (5 homens e 1 mulher); seis participantes relatam uma intensificação de suas vidas religiosas (1 homem e 5 mulheres) após o diagnóstico e outras duas pessoas (1 homem e 1 mulher) relataram menor participação nas atividades religiosas após o diagnóstico.

Para aqueles que relataram aumento ou manutenção da vivência da religiosidade, a fé é vista como ponto de apoio e superação, e a tônica é de acolhimento pela crença em Deus. Isso é exemplificado pela fala a seguir:

*Teve, assim, eu apeguei mais a Deus, né? Eu já era assim, aí então que eu vi que Deus ia me dar e tá me dando uma força muito grande. Graças a Deus! Que se não fosse isso, eu acho assim que a gente baqueia. Não tem essa que não baqueia. Deus me ajudou, e eu to seguindo em frente. Melhorou, muito. Minha fé aumentou muito. (Regina)*

Um dos entrevistados atribui a menor participação nas atividades religiosas à limitação física causada pela doença. A outra participante correlaciona a sua menor participação ao medo de exposição da sua condição diante da comunidade, como pode ser percebido na fala a seguir:

*E muito, graças a Deus. [referindo ser católica] Não, mesma coisa. O padre até queria que eu fosse ler missa. Aí eu falei "não vou aceitar padre, por que eu tenho medo, assim, ah, olha ela tem HIV, aí vai ler... não, no momento eu ainda não quero ler não". Ele falou [o padre] "mas, deixa de ser boba, todo mundo aqui gosta de você demais. Você pode perguntar, onde mora a Dona, como que a Dona é... todo mundo... eu não to me gabando não... todo mundo gosta demais de mim". Mas "não, agora no momento não, vou esperar mais um pouco". (Maria 2)*

#### **4.9 Preconceitos enfrentados.**

Nessa categoria, observam-se pacientes que afirmam ter sofrido preconceito e outros que relataram não enfrentar o mesmo. Dentre os que relataram enfrentar o preconceito, 2 sujeitos afirmam que eles próprios têm preconceito da sua própria condição e outros 5 sujeitos relatam sofrer preconceitos de outras pessoas, sendo que 3 deles relatam manifestações de preconceito por parte dos próprios familiares, enquanto 2 revelam afastamento de amigos após saberem o diagnóstico de HIV. Já entre os entrevistados que declaram não sofrer o preconceito, um entrevistado, apesar de afirmar não sofrê-lo, relata eventos posteriores de experiências de preconceito sofridas na família. Outros 6 entrevistados afirmam não terem experimentado o preconceito e seus relatos confirmam esta afirmação. Em relação a este último grupo, há que se destacar que cinco dos seis entrevistados encobrem seu diagnóstico, ou seja, não sofrem preconceito, mas também não revelam sua condição de portador do HIV, como pode ser exemplificado pela fala a seguir:

*Não, não. Eu acho que num enfrentei [o preconceito] porque, por causa que ninguém sabe, né? Eu acredito que se... porque se alguém souber, assim, se num for da minha família...pode até da família, também pode, mas num...eu to procurando não pôr mais ninguém à parte disso. Ninguém mais, é só a ex- esposa que tá sabendo e os médico, só. (Nilson)*

Os entrevistados, em geral, admitem que existam preconceitos em relação ao HIV e a aids. Inclusive, uma das entrevistadas afirma que antes de seu diagnóstico tinha preconceitos em relação aos portadores do vírus, evitando “tomar um copo de água” na casa de um conhecido sabidamente soropositivo para o HIV.

É interessante notar que alguns entrevistados afirmam que a fonte de preconceito é a falta de educação formal – “ignorância”, “falta de esclarecimento”, “falta de instrução”– e justificam um conjunto de manobras que utilizam para manter seu diagnóstico em segredo em função dessa condição das outras pessoas. Esta ideia pode ser especialmente exemplificada pela fala de José, a seguir:

*... [sobre o tempo que ficou hospedado na casa irmã]... ai quando foi um dia na casa da minha irmã meu cunhado falou que quando os amigos dele tivesse lá, que era pra mim não ficar na sala com eles não, porque eles podiam descobrir e afastar da casa dele. Então tá eu disse, não tem problema não, quando seus amigos tiverem não fico perto deles. Agora eu falei que tinha coisas pior, eu lembro que eu falei isso pra ele, que tem coisa pior... ai eu falei para ele [cunhado] "Olha, é... você tem esse preconceito seu, porque você é um roceiro, um matuto, um casca-grossa." Eu dentro da casa dele né? "Você é um casca-grossa, porque tem jeito de uma pessoa conversar com a outra. Você pode conversar, do mesmo jeito, a pessoa entender, mas com outras palavras, sem ofender. Você é um casca-grossa...[Comentando a associação entre preconceito e a falta de esclarecimento] Só convive com gente igual eles mesmo... o assunto deles é o que? É droga, é bebida, é briga. Então eles não tem um assunto sadio... é aquele ambiente pesado. Entendeu como é que é? É falando de droga, um usa droga, o outro usa droga, chega perto do outro e oferece a droga. Ele [ refere-se ao vizinho] já chega no bairro N ali , chega perto dos irmão dele, oferecendo droga. Eles fuma perto da gente. Então é um ambiente assim, pesado, sabe como é. O pessoal sem esclarecimento nenhum. Não tem assim, não é uma pessoa vivida. Toda vida morou em Divinópolis, nunca saiu daqui. A pessoa tem que sair pra conhecer alguma coisa né? Então eu acho a falta de esclarecimento das pessoas, o preconceito... a pessoa achar que isso é o fim do mundo, mas é bobagem deles. Eu não culpo eles não. É ignorância né?(...) eu acho que é muita falta de esclarecimento. Já que o governo tinha que olhar mais por esse lado também, né? Dar condições da pessoa estudar um pouquinho, né? Para ter mais esclarecimento das coisas, abrir um pouquinho mais a mente, né? Por que esse pessoal tem a mente muito fechada. (José)*

Nos relatos de muitos sujeitos aparece um movimento de banalização e atenuação da doença causada pelo HIV, que pode ser percebido tanto pelo excesso do uso da palavra “normal” ao se referir ao cotidiano, às mudanças na vida e até mesmo ao próprio diagnóstico, quanto nas explicações de que a aids é uma doença qualquer (como uma gripe, um resfriado, uma pneumonia). Pode-se inferir que tais relatos dos sujeitos parecem apontar para um mecanismo de defesa em relação aos preconceitos vinculados à doença, especialmente pelo fato desta remeter a comportamentos considerados inadequados pela sociedade (homossexualidade, promiscuidade sexual, uso de drogas, traição, etc.) e que acabam por inscrever os sujeitos em categorias estigmatizantes. Ainda nessa perspectiva, um entrevistado defende a ideia de que o câncer seria uma condição muito pior do que a aids. Esse processo de considerar a doença como um evento “normal” pode ser exemplificado pelas falas dos sujeitos a seguir:

*Para que eu vou esconder? Eu falo assim: “Não, eu estou realmente com esse vírus, mas não existe o vírus da dor de garganta, o vírus da tuberculose, reumatismo?”.É mais um vírus, né?(...) Tanto isso que eu acho que a tuberculose é bem pior que o HIV, para falar a verdade. Existe também a cirrose, o câncer. Todo mundo fala assim: “O fulano está de câncer”. Normalmente falam que existe tratamento para tudo, principalmente a fé, porque para Deus, nada é impossível. E também a gente não pode discriminar ninguém, a minha resposta seria essa. Você não sabe o dia de amanhã. Até pelo vento você contamina pelo vento forte, a geladeira você abre, acabou de tomar um banho, você vai na geladeira, você abre e não pega uma gripe? Assim também pode acontecer com o HIV, com a tuberculose. A cirrose, você vai numa festa e exagera na gordura, não é só o álcool que provoca isso. É uma doença de fígado. Pulmão, uma gripe mal cuidada não dá uma tuberculose, aquele resfriado, aquela gripe famosa que muita gente morreu com ela, a gripe suína. A minha resposta seria essa.*

*Gripe suína, febre amarela, a dengue. Às vezes você nem vê coisas contaminadas pela dengue. São todas doenças novas que vão aparecendo. E a gente está sujeito. Quem está nesse mundo, minha filha, está sujeito a tudo. (Angélica)*

*(...) aí quando ele falou para mim eu já não assustei mais. É porque a gente sempre vê falar, porque o HIV mata, o HIV mata. Todo mundo vai morrer. Não é só por causa HIV não. A pessoa pega uma tosse, uma gripe, um resfriado, morre. (José)*

*Normal né, não pensei nada. Como tem tanta doença aí que a gente recebe, adquire uma gripe, ou alguma coisa né? Graças a Deus... (Maria do Bairro)*

*Quando falou pra mim que tinha feito o exame de HIV pra poder ver, eu ainda falei, que ele [o marido] tava tão mal, tão mal, que eu falei pra minha filha " eu conheço gente que teve o HIV, vi como morto, a gente sabia sabe, e recuperou, trata, tá bem, trata mas tá bem". Na hora eu falei " ah, hoje a aids tem recurso". Porque eu pensei que fosse, ele teve um problema na boca sabe, todos achavam que era um câncer, o câncer é... eu acho que assim ele é pior que o HIV, porque o HIV hoje tem o tratamento, igualzinho a gente tá tratando, tá bem. (Regina)*

## **5- DISCUSSÃO**

Nesta pesquisa foi possível identificar vários aspectos teorizados por Goffman nas falas dos idosos entrevistados <sup>36</sup>. A princípio, pode-se notar que a temática do estigma é evidenciada por falas diretas dos entrevistados e também por aspectos contraditórios expressos na fala dos mesmos, como será discutido a seguir.

Resgatam-se aqui conceitos importantes que Goffman teorizou. Para o autor, o estigma (atributo único que toma a personalidade do sujeito como um todo) se difere entre marcas corpóreas e atributos de caráter moral. Exemplificando, as pessoas que possuem obesidade mórbida tem seu estigma exteriorizado pelo próprio corpo, portanto, são considerados “desacreditados”. Já um ex-presidiário, possui sua característica estigmatizante inserida na “moral” o que o torna “desacreditável” <sup>5,17</sup>.

Um dos temores da categoria dos desacreditáveis é esta se inserir na de desacreditado, portanto, adotam-se estratégias de encobrimento do caráter desviante (estigmatizante) <sup>36</sup>. Em nossa pesquisa, em concordância com a literatura, a maioria dos entrevistados utiliza o “segredo” (não desvelamento da soropositividade para o HIV) como forma de se proteger do estigma. Outras formas observadas é o isolamento social, a não participação em eventos sociais e familiares.

De início, evidencia-se o fato do diagnóstico inscrever os sujeitos em um grupo considerado desacreditado, ou seja, passam a fazer parte do grupo de idosos com HIV/aids <sup>17</sup>. A princípio, socialmente, é esperado que o idoso não viva sua prática sexual, e ter HIV/aids na terceira idade é ir na contramão do esperado e aceito socialmente <sup>18</sup>. Entretanto, a vida sexual e a vivência da sexualidade acompanha o indivíduo até a idade mais avançada, o que é fomentado hoje com a máxima da velhice produtiva e com as novas tecnologias (plásticas, medicamentos, próteses) <sup>1</sup>. A falta de abordagem social desses aspectos e sua dificuldade de incorporação inclusive entre os profissionais de saúde e nas ações de educação em saúde, além de propiciar sofrimento aos sujeitos que envelhecem, torna o grupo de idosos vulneráveis à infecção pelo HIV.

Em segundo lugar, vê-se que para não se inscrever no grupo de desacreditados socialmente, os idosos lançam mão da estratégia de encobrimento do “segredo” (ser soropositivo para o HIV), na grande maioria dos casos. Para Goffman, esta estratégia é possível quando a fonte do estigma não é exteriorizada, ou seja, está além de marcas corporais ou símbolos evidentes <sup>17</sup>. Entretanto, o medo da descoberta pode ser observado nesta pesquisa, inclusive nos motivos alegados pelos sujeitos que recusaram o convite para

participação. Mesmo quando os entrevistadores explicaram as garantias de ética e sigilo em relação à identidade dos sujeitos que optassem por participar, por exemplo, pela adoção de pseudônimos, alguns idosos abordados se recusaram a participar da entrevista alegando o medo de que familiares, conhecidos ou pessoas vinculadas ao trabalho pudessem saber a respeito de seu diagnóstico.

É interessante destacar que atualmente a TARV (Terapia Antiretroviral), propicia certa atenuação das marcas da doença aids, tradicionalmente conhecidas como o emagrecimento, as “manchas pelo corpo” (sarcoma de Kaposi) e a lipodistrofia (mudança na distribuição da gordura corporal, sobretudo na face). Tal fato poderia possibilitar aos sujeitos maiores facilidades de encobrimento das marcas corporais típicas dos acometidos pelo HIV no início da epidemia. Entretanto, alguns de nossos entrevistados passavam por internações frequentes e possuíam lipodistrofia facial, o que poderia levar os mesmos a maiores esforços para o encobrimento do “segredo”<sup>5</sup>.

## 6- CONCLUSÕES

Entre os 14 sujeitos entrevistados, conclui-se que os impactos psicossociais apontam tanto para experiências de isolamento, solidão e preconceito, quanto para experiências de ressignificação positiva para os sujeitos e seus familiares. No entanto, os relatos de reações negativas diante do diagnóstico de HIV aparecem em maior número (4 homens e 6 mulheres).

Em relação questões levantadas anteriormente, podem ser observadas as seguintes conclusões, após essa primeira análise da pesquisa:

Pela análise dos dados é possível afirmar que a maioria dos idosos percebeu negativamente o impacto do diagnóstico de HIV na vivência da sua sexualidade. Dentre os homens, 4 afirmaram uma redução da frequência de atividades sexuais após o diagnóstico, ainda que temporariamente; enquanto 6 mulheres interromperam definitivamente as relações sexuais, sendo que a única que mantém uma vida sexual ativa afirma não sentir o mesmo prazer de antes. Existe uma marcada diferença de gênero para essa categoria. Para a maioria das mulheres, o diagnóstico representou um marco do fim das práticas sexuais. Para os homens, no entanto, os relatos apontam tanto para reformulações nas práticas sexuais, quanto para uma redução da frequência das atividades sexuais ou interrupção destas. Destaca-se, no entanto, que estão presentes nos relatos de homens e mulheres os impactos negativos do diagnóstico nas práticas sexuais vinculados ao medo de contaminar outra pessoa.

O idoso percebe também prejuízos nas suas relações afetivas com familiares, amigos e companheiros após o diagnóstico de HIV. De uma forma geral, os idosos relataram que receberam apoio familiar ao revelarem seu diagnóstico. No entanto, quando indagados mais detalhadamente sobre o apoio recebido, a maior parte deles relata que a família não conversa especificamente sobre esse assunto. Dessa forma, o silêncio da família é visto como uma forma de aceitação/apoio, mas também pode apontar para uma dificuldade em lidar com a situação. Em relação aos amigos, há um predomínio de encobrimento do diagnóstico pelos entrevistados, devido ao medo de sofrer preconceitos. Considerando-se o conjunto dos relatos dos entrevistados em relação ao silêncio de familiares diante do diagnóstico, aos episódios de preconceitos sofridos por parte de familiares e amigos, da ocultação do diagnóstico e dos relatos de separação e revolta com companheiros que lhes transmitiram o vírus, é necessário avaliar a percepção dos idosos em relação às relações afetivas com algumas variações: 1) ao analisarmos os relatos de 11 dos 14 sujeitos entrevistados, não foi possível confirmar a que estes percebem prejuízos nas relações afetivas com familiares, seja porque avaliam o silêncio dos familiares como apoio ou porque não revelam o diagnóstico a familiares; 2) pelo número de entrevistados que declaram não revelar o diagnóstico a amigos (11 sujeitos) não foi possível considerar que percebem prejuízos nas suas relações afetivas com os mesmos. No

entanto, na percepção dos idosos fica claro que poderiam sofrer discriminação e preconceitos por parte dos amigos se revelassem o diagnóstico; 3) nesta análise consideram-se, de forma geral, as mudanças na vivência do sexo e sexualidade já explicitadas acima, com interrupção/diminuição da atividades sexual para a maioria dos idosos. Destacam-se ainda os relatos de 3 idosas sobre as alterações na vida conjugal, seja por separação do marido, por manutenção do casamento sem atividades sexuais após o diagnóstico ou por manutenção de atividades sexuais com o marido sem o mesmo prazer de antes; as manifestações de revolta em reação ao diagnóstico do companheiro experimentadas por 4 sujeitos e as dificuldades de envolvimento com outros parceiros(as) após a viuvez, seja por dificuldades com o uso do preservativo, ou por um sentido negativo atribuído à sexualidade após o diagnóstico. Do conjunto de elementos apresentados é possível confirmar que os idosos percebem prejuízos nas relações afetivas com companheiros ou companheiras;

Não foi confirmado, nessa pesquisa, que o diagnóstico de HIV restringe a participação do idoso em grupos e instituições sociais. Apesar dos relatos de isolamento, apenas 3 dos 14 entrevistados relatam ao longo da entrevista que deixaram de participar de atividades que realizavam após o diagnóstico e especificamente por causa do diagnóstico;

Dentre os 14 entrevistados, 8 sujeitos contam fatos, ao longo da entrevista, que remetem ao preconceito, seja por parte deles mesmo ou por parte de outras pessoas. No entanto, destaca-se que, apesar de muitos terem afirmado que não sofreram preconceitos/discriminação, todos os entrevistados admitem que o preconceito em relação ao HIV/aids é uma realidade. Por esse motivo, a grande maioria dos entrevistados presa pelo sigilo quanto ao diagnóstico, revelando apenas a parentes próximos e companheiros amorosos ou amigos íntimos, devido ao receio de sofrerem isolamento social. Dessa forma, os resultados da pesquisa confirmam que os preconceitos revelam-se como problemas enfrentados pelos idosos atendidos no SAE-Divinópolis que convivem com o diagnóstico de HIV/aids.

Ressalta-se que muitos dos entrevistados tentam “banalizar”, “amenizar” ou “normalizar” o fato de terem contraído o HIV, afirmando ser uma doença qualquer ou negando quaisquer tipos de sentimentos ou preconceitos frente ao diagnóstico. Essa “normalização” da doença parece representar um mecanismo de defesa dos mesmos para lidarem melhor com sua condição atual. Não foram relatadas pelos entrevistados experiências de preconceito ou discriminação especificamente vinculadas à sexualidade e às práticas sexuais relacionadas ao envelhecimento.

Em relação às demais categorias, destaca-se nas falas dos sujeitos o predomínio da equivalência entre o conceito de sexo e sexualidade; a escassez de informações sobre sexo, sexualidade e prevenção de DST's e aids recebidas da família à época da infância e adolescência; além das dificuldades dos sujeitos em nomear a doença, recorrendo a palavras como "isso", "aquilo", "aquela doença".

A discussão de gênero e sexualidade, inferidas a partir dos relatos dos sujeitos, revelou que a organização da sexualidade e das práticas sexuais para homens e mulheres pode ser percebida a partir de dois polos distintos: do lado feminino aparecem, com maior frequência nas falas das entrevistadas, as ideias de desconhecimento, proibição e medo vinculadas à educação sobre sexo e sexualidade; do lado masculino aparecem, com maior frequência na fala dos entrevistados as ideias vinculadas à permissividade e incentivo às experiências práticas vinculadas à educação sexual. É marcante o espaço de aprendizado do homem “na rua”, nas casas de prostituição, nas estradas, nos bares e eventos sociais e com os amigos. Já para as mulheres, as metáforas mais comuns em relação ao sexo e sexualidade foram “coisas do mundo”, “perigo”, “medo” ou termos genéricos e indiretos para se referirem às temáticas do sexo e sexualidade. Em relação ao uso de preservativo, tanto para homens quanto para mulheres, mostrou-se como uma realidade distante, antes do diagnóstico, para maioria dos

entrevistados. Registra-se um desconhecimento muito grande em relação ao uso de camisinhas como forma de prevenção de DST's e aids, tanto para homens, quanto para mulheres.

Com relação ao autocuidado, a grande maioria vai às consultas regularmente, referem alimentação saudável e hábitos de vida compatíveis com o desejado. Alguns suspenderam o uso de álcool após o diagnóstico. É importante lembrar que essa proporção de pacientes que vai à consulta e relata compromissos com o autocuidado pode ter sofrido influência do fato de a coleta ter sido feita com pessoas que estavam vinculadas a unidade de referência de tratamento para HIV/aids.

Destaca-se a necessidade de ampliar as discussões sobre os temas entre os profissionais de saúde, tanto como fator fundamental para promover a prevenção, quanto para promover o diagnóstico precoce, o que poderá contribuir para melhor tratamento dessa população em serviços de saúde. É preciso construir políticas de saúde e práticas em saúde que sejam sensíveis às questões da sexualidade e práticas sexuais na população idosa, buscando o incentivo às práticas sexuais seguras. Além disso, devem-se criar espaços de diálogo entre os profissionais de saúde e as pessoas em processo de envelhecimento, para que possam expressar e discutir suas dúvidas, seus medos, receios, angústias, dificuldades, alegrias e todos os sentimentos vinculados à busca de prazer, à sexualidade e às práticas sexuais.

## **7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Melo, Hugo Moura de Albuquerque et. al. O conhecimento sobre aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2012 [Acesso em 2012 out 28]; 17(1): 43-53. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100007&script=sci_arttext)
- 2- Banco de dados do Sistema Único de Saúde. Brasil: Ministério da Saúde. [Acesso em 04/11/2010.] Disponível em: <http://www.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/mg.def>
- 3- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Características da população no Brasil por faixa etária [acesso em 1 abr 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
- 4- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*. 2006 [Acesso em 2012 out 28]; 11(1), 155-164. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a18.pdf)
- 5- Casaes, NRR. Suporte social e vivência de estigma: um estudo entre pessoas com HIV/AIDS. [dissertação de mestrado] [internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2007 [Acesso em 2012 fev 28]; Disponível em: [http://www.pospsi.ufba.br/Nilton\\_Casaes.pdf](http://www.pospsi.ufba.br/Nilton_Casaes.pdf)
- 6- Shimma Emi, Nogueira-Martins Maria Cezira Fantini, Nogueira-Martins Luiz Antonio. The experience of infectologists faced with death and dying among their patients over the course of the AIDS epidemic in the city of São Paulo: qualitative study. *São Paulo Med. J*. 2010. [Acesso em 2011 mar 03]; 128(2): 74-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v128n2/a06v1282.pdf>

- 7- Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- 8- Goulart, IB. Psicologia organizacional e do trabalho; teoria, pesquisa e temas correlatos. São Paulo: Casa do psicólogo; 2002.
- 9- Calsavara TVS, Fontanella BJB. Uso de tabaco na infância: relatos de adultos em tratamento. J. brás.psiquiatr. 2007 [acesso em 2010 nov 04]; 56(4): 252-259. Disponível em: <http://www.scielo.br>
- 10- Thiollent, M. Crítica Metodológica, investigação social e enquete operária. 5. ed. São Paulo: Polis; 1987.
- 11- Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa Social, Teoria, método e criatividade. 12. ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
- 12- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
- 13- Turato, E R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2.ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
- 14- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública 2008 [Acesso em 2012 out 28]; 24(1): 17-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311x2008000100003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311x2008000100003&script=sci_arttext)
- 15- Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad. Saúde Pública 2011 [Acesso em 2012 out 28]; 27(2):389-394. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000200020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000200020&script=sci_arttext)
- 19- Risan, A. Sexualidade e terceira idade: uma visão histórico-cultural. Textos Envelhecimento. 2005 [Acesso em 2012 out 28]; 8(1): 89-115. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282005000100006&lng=pt&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100006&lng=pt&nrm=iso)
- 16- Leite MT, Moura C, Berlezi EM. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro. 2007[acesso em 2011 05 mar]; 10(3). Disponível em <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php>
- 17- Goffman E. Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC Editora; 1988.
- 18- Rodrigues LCB. Vivência da sexualidade de idosos (as) [dissertação de mestrado] [internet]. Rio Grande/RS, Brasil: Fundação Universidade Federal do Rio Grande; 2008 [Acesso em 04/11/2010.]. Disponível em: [http://www.socialgest.pt/\\_dl/vivenciasdasexualidadenosidosos.pdf](http://www.socialgest.pt/_dl/vivenciasdasexualidadenosidosos.pdf)
- 19- Batista AFO; Marques APO, Leal MCC, Marino JG, Melo HMA. Idosos: associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro. 2011 ; 14(1):39-48.