



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA**

ARIADNE PEREIRA PEDROZA

**ENVELHECENDO COM HIV/Aids E ENFRENTAMENTOS NAS RELAÇÕES
AFETIVO-SEXUAIS**

**JOÃO PESSOA – PB
2013**

P372e Pedroza, Ariadne Pereira.

Envelhecendo com HIV/Aids e enfrentamentos nas relações afetivo-sexuais / Ariadne Pereira Pedroza.- João Pessoa, 2013.

61f.

Orientadora: Valéria Peixoto Bezerra

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Enfermagem. 2. Atenção à saúde - adulto - idoso.

ARIADNE PEREIRA PEDROZA

**ENVELHECENDO COM HIV/Aids E ENFRENTAMENTOS NAS RELAÇÕES
AFETIVO-SEXUAIS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde do adulto e do idoso

Orientadora: Prof^a. Dra. Valéria Peixoto Bezerra

**JOÃO PESSOA – PB
2013**

ARIADNE PEREIRA PEDROZA

**ENVELHECENDO COM HIV/Aids E ENFRENTAMENTOS NAS RELAÇÕES
AFETIVO-SEXUAIS**

Aprovada em ___/___/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Valéria Peixoto Bezerra

Orientadora – Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf/UFPB

Prof^ª. Dra. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves

Membro externo – PPGEnf/UFRN

Prof^ª. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Membro externo - EEnf- Ribeirão Preto/USP

Prof^ª. Dra. Antônia Oliveira Silva

Membro interno – PPGEnf/UFPB

Prof^ª. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira

Membro interno – PPGEnf/UFPB

A Deus, pela força dada, que me impulsiona e me encoraja a transformar as pedras do caminho em degraus para alcançar meus sonhos,

DEDICO

AGRADECIMENTOS

À Professora Dr^a. Valéria Peixoto Bezerra, pela confiança e pela grande contribuição para meu amadurecimento pessoal e crescimento profissional. Serei sempre grata!

À Professora Dr^a. Antônia Oliveira Silva, pela oportunidade que me foi dada;

Às Professoras Dr^{as}. Maria do Socorro Costa Feitosa Alves, Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues e Maria Adelaide Silva Paredes Moreira, pela disponibilidade em contribuir com este trabalho de dissertação. Obrigada pela gentileza e atenção!

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - UFPB - pela oportunidade aperfeiçoamento profissional;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa;

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, que contribuíram para minha formação profissional e intelectual;

A todos os funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, em especial, Wellington, “Seu” Ivan e “Dona” Conceição;

A todos os profissionais do Serviço de Assistência Especializada - SAE - do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga, em especial, à Enf^a. Jackeline e ao amigo Israel, pelo acolhimento e pela ajuda para a concretização deste trabalho. Vocês também fazem parte dessa conquista!

A todos os pacientes portadores do HIV, pela confiança neste estudo;

Aos meus pais, Maria José e José Enildo, pela motivação, pela força, e, sobretudo, por acreditarem na concretização desse sonho. Obrigada por tudo!

Ao meu irmão, Natan, pela amizade e pelo apoio durante essa jornada;

Ao meu noivo, Sócrates, pelo incentivo, pela amizade e, principalmente, pela compreensão durante esses anos de ausência. Obrigada por todo o amor que encontrei em você. Amo-te!

À minha avó, Biluca (in memoriam), que, mesmo ausente fisicamente, esteve presente através das minhas lembranças, me encorajando e me protegendo;

Aos meus avós, João, Espedita e Nozinho, pelo carinho e pela atenção;

A toda a minha família: tios, tias, primos e primas, em especial, a Tia Dorinha, pelo apoio e pelo estímulo sempre!

À minha “segunda família”, Tarcísio, Genecilda, Tarsila, Natália e Lamarck, pela torcida;

Às crianças, Mariana, Hugo, Lucas, Brena, Lara, Alessandra e Bruna, que estiveram presentes ao longo dessa caminhada, me proporcionando momentos de alegria e de descontração;

Aos colegas do Mestrado, pelos momentos vividos e pela ajuda mútua diante das dificuldades. Obrigada por estarem ao meu lado nessa batalha! Sentirei saudades!

Às amigas, Danielle, Edienne, Kamyla e Rosângela, por terem me dado a oportunidade de construir, junto com vocês, uma relação de amizade sincera;

A todos os meus amigos, pelas alegrias compartilhadas e por terem sido fonte de escuta e de ajuda quando precisei;

Á minha prima, Camilla, grande exemplo de coragem e determinação, pela torcida e pelo incentivo;

A todos os que passaram em minha vida e contribuíram para tornar esse sonho real, por meio de um gesto ou de uma palavra. Muito obrigada!

*Renda-se como eu me rendi. Mergulhe no que
você não conhece como eu mergulhei. Não se
preocupe em entender, viver ultrapassa
qualquer entendimento.*

(Clarice Lispector)

RESUMO

PEDROZA, A. P. **Envelhecendo com HIV/Aids e enfrentamentos nas relações afetivo-sexuais**. 2013. 61f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, 2013.

O avanço das tecnologias, o acesso a medicamentos para a disfunção erétil, o uso de próteses e a resistência em usar preservativo conferem um novo perfil epidemiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), nos últimos anos, com o aumento da sua incidência em indivíduos com idade igual ou acima de 50 anos. Diferentemente do início da epidemia de aids, quando ao indivíduo infectado se impunham limites estreitos sobre o planejamento de sua vida, a atual realidade tem possibilitado diversas formas de se conviver com o HIV e a doença. A relação conjugal é uma delas. Partindo do pressuposto de que cada vez mais indivíduos estão envelhecendo e se contaminando com o HIV, depois dos 50 anos de idade, e da possibilidade de formar relações afetivo-sexuais, decidiu-se abordar os aspectos referentes aos enfrentamentos vivenciados pelo grupo etário. Para isso, foram elencados os seguintes objetivos: analisar os enfrentamentos de pessoas que envelhecem com HIV/Aids no contexto das relações afetivo-sexuais; verificar as formas de enfrentamentos de pessoas envelhecendo com HIV/Aids; e identificar as relações afetivo-sexuais de pessoas envelhecendo com HIV/Aids. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado no período de julho a setembro de 2012, com 10 participantes portadores do HIV de um serviço de saúde de referência estadual em doenças infectocontagiosas, em João Pessoa/PB. Os dados foram coletados por meio de um roteiro de entrevista com o uso de gravador e da técnica de análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2011). A partir dos dados, emergiram cinco categorias de análise e suas respectivas subcategorias, a saber: 1. Envelhecendo com HIV/Aids, 2. Formas de enfrentamento do HIV/Aids, 3. Relações afetivo-sexuais, 4. Tipos de contágio e 5. Práticas sexuais. O estudo desvelou os aspectos positivos e negativos de envelhecer sendo soropositivo para o HIV e os enfrentamentos vivenciados nesse contexto, como a negação, o isolamento, a aceitação, a adaptação, o preconceito e a discriminação. As relações afetivo-sexuais envolvem enfrentamentos familiares e nas parcerias, sendo a família reconhecida como uma unidade de apoio se contrapondo também de desamparo diante do enfrentamento social imposto pela doença. Na relação com as (os) parceiras (os), os enfrentamentos envolvem as práticas sexuais preventivas e não preventivas, que associadas ao conhecimento e desconhecimento sobre os tipos de contágio se configuram como aspectos a serem considerados quanto à vulnerabilidade ao HIV. Os casais que estão envelhecendo com HIV/Aids em parceria heterossexual apresentam peculiaridades importantes que requerem atendimento especializado, orientação e aconselhamento voltados para uma abordagem integral e preventiva quanto à sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV no contexto dessa relação.

Palavras-chave: HIV/Aids. Envelhecimento. Enfermagem.

ABSTRACT

PEDROZA, A. P. **Aging with HIV/Aids and facing in the affective-sexual relationships.** 2013. 61f. Dissertation (Mastering in Nurse). Post-graduation Program in Nurse by Paraiba Federal University, 2013.

The progress of the technologies, the access to medicines for the erectile dysfunction, the use of prostheses and the resistance in using preservative checks a new epidemic profile of the acquired immune Deficiency Syndrome (aids), in the last years, with the increase of its incidence in individuals with same age or above 50 years. Differently of the beginning of the aids epidemic, when to the infected individual if they imposed narrow limits about its life planning, the current reality has been making possible several forms of living together with HIV and the disease. The matrimonial relationship is one of them. Leaving of the presupposition that more and more individuals are aging and contaminating themselves with HIV, after the 50 years of age, and of the possibility to form affective-sexual relationships, it was decided to approach the referring aspects to the facing lived by the age group. For that, it was listed the following objectives: to analyze the people's facing that age with HIV/Aids in the context of the affective-sexual relationships; to check the people's facing forms aging with HIV/Aids; and to identify the people's affective-sexual relationships aging with HIV/Aids. It is a descriptive study, of qualitative approach, accomplished in the period of July to September of 2012, with 10 participants bearers of HIV of a health service of state reference in infectious diseases in João Pessoa/PB. The data were collected through an interview route with tape recorder use and the thematic content analysis technique proposed by Bardin (2011). Starting from the data, five analysis categories and their respective subcategories emerged, to know: 1. aging with HIV/Aids, 2. Forms Facing form of HIV/Aids, 3. Affective-sexual Relationships, 4. Infection types and 5. Sexual practices. The study watched the positive and negative aspects of aging being soropositive for HIV and facing lived in that context, as the denial, the isolation, the acceptance, the adaptation, the prejudice and the discrimination. The affective-sexual relationships involve family facing and in the partnerships, being the family recognized as a support unit also opposing of abandonment before the social facing imposed by the disease. In the relationship with the partners the facing involve the preventive and do not preventive sexual practices, that associated to the knowledge and ignorance on the infection types are configured as aspects to be considered to the vulnerability to HIV. The couples that are aging with HIV/Aids in heterosexual partnership present important peculiarities that request specialized attendance, orientation and advising back to an integral and preventive approach about sexuality and the vulnerability to HIV in the context of that relationship.

Keywords: HIV/Aids. Aging. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das categorias e subcategorias sobre enfrentamento de indivíduos que envelhecem com HIV/Aids e relações afetivo-sexuais. Pesquisa direta - João Pessoa, 2013.....	27
Quadro 2 – Categoria 1: Envelhecer com HIV/Aids com respectivas subcategorias e unidades temáticas. João Pessoa, 2013.....	28
Quadro 3 – Categoria 2: Formas de enfrentamento do HIV/Aids com respectivas subcategorias e unidades temáticas. João Pessoa, 2013.	30
Quadro 4 – Categoria 3: Relações afetivo-sexuais com respectivas subcategorias e unidades temáticas. João Pessoa, 2013.....	35
Quadro 5 – Categoria 4: Tipos de contágio com respectivas subcategorias e unidades temáticas. João Pessoa, 2013.....	41
Quadro 6 - Categoria 5: Práticas sexuais com respectivas subcategorias e unidades temáticas. João Pessoa, 2013.....	43

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 Contextualizando o processo de envelhecimento.....	15
2.2 Trajetória da epidemia da aids.....	18
3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	22
3.1 Tipo de estudo.....	22
3.2 Cenário do estudo.....	22
3.3 Participantes do estudo.....	23
3.4 Aspectos éticos.....	23
3.5 Procedimentos para coleta e análise dos dados.....	23
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	26
4.1 Caracterizações dos participantes.....	26
4.2 O envelhecimento com aids e seus enfrentamentos.....	27
4.3 Relações afetivo-sexuais de pessoas que envelhecem com aids.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICES	55
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista	
ANEXOS	58

1 Introdução



O envelhecimento populacional tem se destacado como uma das mais importantes mudanças demográficas e sociais observadas em quase todo o mundo. No Brasil e em outros países em desenvolvimento, essas modificações ocorrem de forma significativa e acelerada, e isso é um desafio para a contemporaneidade, visto que a redução das taxas de fecundidade e de mortalidade e a evolução das ciências médicas foram fatores contribuintes para aumentar a expectativa de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o envelhecimento como um processo natural e individual e define o idoso como aquele que se encontra na faixa etária depois dos 60 anos, em países em desenvolvimento como o Brasil, e, acima de 65 anos, nos países desenvolvidos (WHO, 2012).

A mudança no comportamento sexual desse grupo etário, o avanço das tecnologias, o acesso a medicamentos para a disfunção erétil, o uso de próteses e a resistência em usar preservativo conferem um novo perfil epidemiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids¹) nos últimos anos (GOMES; SILVA, 2008).

No Brasil, o aumento do número de casos de aids em pessoas com idade igual ou superior a 60 anos tem demandado um olhar de diversos segmentos sociais e científicos, diante da notificação de 16.838 casos durante o período de 1980 a 2011. No caso da população com faixa etária de 50 a 59 anos, no mesmo período, as notificações apontam para 38.898 casos, sendo 25.810 do sexo masculino e 13.088 do sexo feminino, o que corresponde à terceira maior incidência de aids, por faixa etária, no país (BRASIL, 2011).

Aproximadamente, a partir 50 anos de idade, surgem alterações biológicas e psicológicas que caracterizam a menopausa, na mulher, e a andropausa, no homem, que sinaliza o início do processo de envelhecimento (ROHDEN, 2011). Nesse aspecto, esse grupo etário chama a atenção dos diversos segmentos sociais para essas importantes alterações enfrentadas, principalmente quando o processo de envelhecimento se encontra associado à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Diante dessa realidade, em que o HIV tem se manifestado nessa faixa etária, a literatura denomina esse grupo de idoso (UNAIDS, 2006), e o aumento nos índices de contaminação pelo vírus em pessoas inseridas nessa faixa etária tem sido atribuído às

1. Para fins de padronização, as siglas neste estudo seguem o padrão recomendado pelo Ministério da Saúde: a palavra aids, caixa baixa, quando substantivo comum referente à epidemia; e, quando grafada junto à outras siglas, escrita em caixa alta e baixa, a exemplo: HIV/Aids (BRASIL, 2006).

mudanças socioculturais, sobretudo na sexualidade, e às inovações na área medicamentosa, que contribuíram para que esses indivíduos se sintam mais seguros nas conquistas amorosas (SILVA; PAIVA, 2006). Para os autores, outro aspecto que merece destaque para esse perfil epidemiológico da doença no grupo é fato de essa geração não ter sido orientada sobre a importância de se usar o preservativo como estratégia de prevenção do vírus, além do aumento significativo na perspectiva e na qualidade de vida dos portadores do HIV em resposta ao advento da Terapia Antirretroviral (TARV).

Diferente do início da epidemia de aids, quando ao indivíduo na condição de infectado se impunham limites estreitos sobre o planejamento de vida, a atual realidade tem possibilitado diversas formas de se conviver com o HIV e a doença. A relação conjugal é uma delas, visto que o portador pode ter mais qualidade e expectativa de vida. Para isso, procura viver plenamente sua sexualidade (OLTRAMARI; OTTO, 2006). Assim, o contexto da aids tem permitido a definição de dois modelos de relação conjugal, em que ambos os indivíduos são soropositivos (soroconcordantes) e as relações conjugais entre pessoas com sorologias distintas (sorodiscordantes) (REIS; GIR, 2009).

O diagnóstico da soropositividade para o HIV de um membro do casal reflete uma crise vital e significativa na relação, considerando que o casal sorodiscordante fica em uma condição aguda de vulnerabilidade que envolve uma série de condições e situações de susceptibilidade à infecção, formas de adoecer e morrer pela ação do vírus (FRANCH; PERRUSI, 2011). Assim, o surgimento da epidemia da aids, na década de 80, tornou-se um fenômeno determinante para que pesquisadores e profissionais da área de saúde pudessem repensar o conceito de risco e avançar nas discussões acerca da vulnerabilidade (OLTRAMARI; OTTO, 2006). Em relação à aids, afirma-se que não é a sexualidade que torna as pessoas mais vulneráveis a contrair o HIV, mas as práticas sexuais realizadas de forma desprotegida. Esse é um pressuposto estendido para todas as idades, não apenas para os idosos (ANDRADE et. al., 2010).

Nesse aspecto, um cenário que nos chama a atenção para o grupo de idosos é a invisibilidade que se atribui à sexualidade e os riscos de contágio do HIV, já que se presume não ser uma população sexualmente ativa e que o avançar da idade e o declinar da atividade sexual estão interligados (GOMES; SILVA, 2008). Portanto, por serem considerados como de baixo risco, acabam impedindo que os profissionais da área de saúde deem um diagnóstico precoce de infecção do HIV/AIDS.

No caso das pessoas com idade igual ou acima de 50 anos, é um desafio ainda maior diagnosticar pacientes soropositivos, por se tratar de um diagnóstico diferencial para uma

população já exposta a múltiplas patologias (SILVA; PAIVA, 2006). Tal fato gera a possibilidade de se subnotificarem casos ou um diagnóstico tardio com terapêuticas incorretas, que aceleram a instalação de infecções oportunistas e de complicações.

Outro aspecto a ser destacado refere-se ao fato de as ações de prevenção estarem direcionadas apenas para o indivíduo e não, para o casal. Surge, então, a necessidade de os profissionais e os serviços de saúde darem mais atenção às questões relacionadas às formas de contaminação do HIV, ao enfrentamento das dificuldades na manutenção do sexo seguro e desmistificá-las de razões religiosas ou morais (REIS; GIR, 2010).

Dessa forma, há a tendência de um elevado crescimento no número de pessoas contaminadas pelo HIV com idade igual ou acima de 50 anos, tornando o envelhecer soropositivo para o vírus, um desafio duplicado para quem enfrenta essa situação (SALDANHA et al., 2008). Nessa perspectiva, a família pode atuar como uma importante ferramenta para o enfrentamento desses conflitos, e as adaptações no âmbito familiar serão mais ou menos fáceis dependendo das relações afetivas desenvolvidas por seus membros, construídas no decorrer da convivência (Id., 2007).

Ferreira et. al. (2009) afirmam que muitos idosos, devido ao processo que vivenciam e aos estigmas arraigados à aids, fazem-se de vítimas e se excluem das atividades sociais por se sentirem inúteis na sociedade. Tais preconceitos e discriminações têm sido obstáculos para o fortalecimento do vínculo entre as relações sociais e para a construção de identidades mais positivas. Portanto, compreender e abordar questões relacionadas à vida afetivo-sexual das pessoas que estão em processo de envelhecimento, com idade igual ou superior a 50 anos e que convivem com HIV ou com a aids, requer mais atenção dos profissionais e dos serviços de saúde em proporcionar atendimento integral, contemplando estratégias preventivas e de enfrentamento da doença. Além disso, durante o processo de envelhecimento, a pessoa se apresenta como um desafio a ser incorporado pela saúde pública, principalmente no Brasil, uma vez que a atenção à saúde do idoso é uma especialidade em expansão que ainda carece de profissionais qualificados.

Frente à cronificação da aids e à incidência de casos da doença nas pessoas em processo de envelhecimento, essa realidade requer que sejam fortalecidas as discussões e a compreensão de questões referentes às relações afetivo-sexuais e aos enfrentamentos desse grupo populacional, uma vez que o controle da epidemia ainda impõe desafios. Por essa razão, as políticas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a aids devem contemplar esse grupo etário (REZENDE et al., 2009; SOUSA et al., 2009), no

sentido de considerar, nas demandas de suas estratégias, as especificidades de cada grupo populacional em que a doença se manifesta.

Partindo do pressuposto de que cada vez mais indivíduos estão envelhecendo e se contaminando com o HIV, depois dos 50 anos de idade, e da possibilidade de se formarem relações afetivo-sexuais, decidiu-se por abordar os enfrentamentos vivenciados pelo grupo etário nesse contexto. Para isso, foram elencados os seguintes objetivos:

Geral:

- Analisar os enfrentamentos de pessoas que envelhecem com HIV/Aids no contexto das relações afetivo-sexuais.

Específicos:

- Verificar as formas de enfrentamentos de pessoas envelhecendo com HIV/Aids;
- identificar as relações afetivo-sexuais de pessoas envelhecendo com HIV/Aids.

Nesse contexto, o interesse em realizar o presente estudo surgiu pela necessidade de tornar visível uma das facetas, entre tantas outras, que a epidemia tem provocado em termos de desafios e interesses de demandas científicas e políticas preventivas ao considerar que pessoas estão envelhecendo sendo soropositivos para o HIV ou com aids e se deparam com enfrentamentos diversos, com destaque para a construção de relacionamentos afetivo-sexuais que perpassam a condição sorológica.

Frente às peculiaridades inerentes ao contexto da epidemia nesse grupo etário, é importante repensar as práticas de assistência para o fortalecimento do grupo populacional de idosos diante dos enfrentamentos que a epidemia do HIV impõe. Nessa perspectiva, este estudo pode promover mudanças ou aperfeiçoamento dessa prática, de modo a promover saúde de forma integral e resolutiva.

2 *Revisão da Literatura*

2.1 CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional tem sido considerado um fenômeno proeminente mundial. A ampliação do tempo de vida está atrelada a uma melhoria substancial dos parâmetros de saúde das populações, e isso, para o campo da saúde pública, é um iminente desafio para se lidar com essa mudança.

A população brasileira, evidenciada em diversos estudos, vem envelhecendo de forma rápida, caracterizada pela transição demográfica, que indica baixas taxas nos indicadores de fecundidade e mortalidade, além de outros fatores que justificam essa mudança. Independentemente desse fato, entende-se o envelhecimento como uma fase natural e individual do desenvolvimento humano (MOREIRA et al., 2009). Trata-se de um processo dinâmico e progressivo de acúmulo de experiências e enriquecimento, constituído de alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que alteram, progressivamente, o organismo, sejam elas benéficas ou maléficas (OHARA; RIBEIRO, 2008).

Sousa (2009) aponta que o envelhecimento tem um conceito multidimensional que apresenta variações constituídas culturalmente por diferentes grupos sociais de acordo com suas práticas, crenças e valores. O processo se define por modificações que ocorrem com o avançar da idade, caracterizado por um período de falência gradativa dos órgãos, agregados a fatores psicológicos, como tristeza, carências afetivas, dentre outros.

Em decorrência das alterações vitais que o envelhecimento acarreta, muitos são os sentidos atribuídos ao processo. Teixeira (2007) aponta dificuldades em delimitar conceitos de envelhecimento saudável e envelhecimento com fragilidade, todavia, estabelecer semelhanças entre as etapas do envelhecimento natural com um estado patológico é uma concepção errônea de entendimento. O que, de fato, ocorre no processo são modificações constituídas pela soma de várias dimensões entre si, que envolvem aspectos biológicos, sociais, psicológicos e existenciais (REZENDE et al., 2009).

O envelhecimento pode ser entendido como um processo comum a todos os seres e confere a cada um que envelhece características particulares. É um processo dinâmico e progressivo, cujas modificações podem interferir na capacidade de o indivíduo se adaptar ao meio social em que vive e o tornam mais vulnerável aos agravos e às doenças, comprometendo sua qualidade de saúde (SOUZA et al., 2007).

No aspecto social, o envelhecimento é considerado um processo de mudança nos papéis e comportamentos esperados para pessoas de sua idade, num dado momento da história e de cada sociedade. Portanto, as experiências de envelhecer podem variar no tempo histórico de uma sociedade, dependendo de suas circunstâncias econômicas (FREITAS et al., 2006). O Brasil que, até pouco tempo, era considerado um país jovem, começa a apresentar uma realidade diferente, com o aumento do número de pessoas que estão envelhecendo, o que nos leva a inferir que a velhice existe e é uma questão social que exige uma atenção diferenciada (ZIMERMAN, 2007).

O envelhecimento social da população acarreta danos nos relacionamentos interpessoais, por causa da crise de identidade que passa a permear essa etapa da vida, das mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade e, até, das perdas significativas dos contatos sociais (Id., 2007). Esse grupo etário da população tem dificuldade de se adaptar às mudanças físicas e sociais ocorridas com esse processo e a discriminação por parte de uma sociedade que é pouco tolerante em relação às características do envelhecimento, cuja dimensão biológica é a modificação no funcionamento dessa dimensão, desde as células até os órgãos, que diminui com o passar dos anos e há um declínio na probabilidade de sobrevivência (NERI, 2008).

As modificações morfológicas e funcionais, face ao processo de envelhecimento, podem ser consideradas involuções, que afetam a maioria dos órgãos e causam o declínio gradual da performance dos indivíduos. Essas modificações acontecem quando o ser humano atinge o máximo de suas funções orgânicas, entre 30 e 40 anos de idade, estabilizando e declinando progressivamente com a perda funcional global de 1% ao ano (MORAES, 2008).

Outra modificação inerente ao processo de envelhecimento é a de caráter psicológico que, assim como as demais, está relacionada à hereditariedade, à história e à atitude de cada um. As pessoas mais saudáveis e mais otimistas têm mais condições de se adaptar às transformações trazidas do envelhecimento e enfrentar as alterações psicológicas decorrentes desse processo, tais como: dificuldades de adaptação, falta de motivação e de percepção do futuro, alterações psíquicas, baixa autoestima e até depressão (ZIMERMAN, 2007). Para Vieira (2004), o envelhecimento psicológico pode ser caracterizado pela diminuição da percepção, declínio na memória mecânica e aumento do equilíbrio e da espiritualidade.

O envelhecimento populacional vem sendo um dos maiores desafios da saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. Todavia, envelhecer é uma

conquista, visto que a população brasileira inserida na faixa etária maior ou igual a 50 anos não está só vivendo mais, mas também, melhor. Além disso, os indivíduos que conseguem sobreviver até idades mais avançadas são selecionados por melhores condições de saúde e de qualidade de vida, inclusive prolongando sua atividade sexual (CARBONNI; REPPETTO, 2007).

A sexualidade de indivíduos com idade mais avançada é um tema pouco entendido e discutido pela sociedade e pelos profissionais da área de saúde. A crença de que o avanço da idade está interligado ao declínio da atividade sexual é responsável pela falta de ênfase que deve ser dada ao tema, o que resulta na exclusão desse grupo populacional de projetos e programas de educação e prevenção do HIV/Aids (FIGUEIREDO; PROVINCIALI, 2006).

No caso dos indivíduos com idade mais avançada, a sexualidade vem sendo construída, historicamente, por estereótipos negativos e negada em sua dimensão e subjetividade. A partir do momento em que o avanço da tecnologia e o aumento da expectativa de vida tornam-se uma realidade para prolongar as atividades sexuais, a sexualidade emerge ligada a problemas que atingem a saúde de um número cada vez maior de idosos (ZORNITTA, 2008).

Nesse sentido, a idade não dessexualiza o indivíduo, o que existe são modificações quantitativas da resposta sexual decorrentes do envelhecimento fisiológico, que desaparecem apenas com a morte. Até recentemente, ainda se acreditava que, por volta dos 50 anos, o declínio da função sexual era inevitável face à menopausa feminina e à instalação progressiva das disfunções da ereção masculina. Além disso, a atividade sexual perdia fatalmente seu objetivo de procriação e, portanto, sua justificativa social (SOUSA, 2008). Atualmente se sabe que a atividade sexual é sobremaneira importante para a realização e o bem-estar dos indivíduos durante toda a vida.

Outro fato importante foi o advento dos estimulantes eréteis, que representou mudanças significativas de comportamento na esfera da sexualidade nos idosos e resultou em mais liberdade sexual e exposição ao risco de contágio de diferentes doenças. Com a prática sexual insegura e desprotegida, o HIV e a aids, nesses indivíduos, trouxe à tona uma gama de aspectos que envolvem implicações de natureza social, psicológica e socioeconômica, com consequências fortemente associadas à sexualidade.

2.2 AS RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS NA TRAJETÓRIA DA EPIDEMIA DA AIDS

Durante a primeira década da epidemia (1980-1990), a aids esteve associada a grupos específicos, seja pela opção sexual ou pelo envolvimento com drogas. Na segunda década (1990-2000), passou a apresentar outro padrão epidemiológico, avançou entre os heterossexuais e intensificou a feminização e a transmissão vertical (SILVA; PAIVA, 2006). Atualmente, essa doença se destaca por incidência em todas as faixas etárias e vem crescendo acentuadamente na população jovem e entre as pessoas com mais de 50 anos (BERTONCINI et al., 2007). Portanto, “(...) uma importante proporção de pessoas vivendo com HIV tem 50 anos ou mais, como é demonstrado nas distribuições por idade do HIV e da aids em estudos, relatórios e inquéritos de base populacional” (UNAIDS, 2006).

Apesar de descritas três décadas da doença, a aids ainda se mantém como tema emergente no âmbito da saúde coletiva. Ao evoluir em número de casos nos indivíduos com idade igual ou acima de 50 anos, é considerada um tema atual e relevante por gerar implicações morais, socioculturais e religiosas e pelo impacto na saúde dessa parcela da população (DELMIRO, 2011).

O aumento nos índices de contaminação pelo HIV, em pessoas com idade igual ou superior a 50 anos, apresenta causas variadas, como a resistência à utilização do preservativo, seja por questões educativas, culturais, econômicas ou pelas inovações na área medicamentosa para melhorar o desempenho sexual e a reposição hormonal, visando favorecer o aumento da frequência e a qualidade das relações sexuais (REZENDE et al., 2009).

Outro fator agravante é o fato de mulheres com mais de 50 anos não utilizarem preservativo durante suas relações pelo fato de já terem uma família constituída, de estarem laqueadas ou de não poderem engravidar pelo avanço da idade, gerando a falsa impressão da inutilidade do preservativo em sua vida sexual (SILVA; PAIVA, 2006). Entretanto, não usar preservativo impõe risco, visto que, as paredes vaginais tornam-se mais finas e ressecadas no climatério e depois da menopausa, favorecendo o surgimento de lesões que abrem caminho para as DSTs.

Antes da década de 90, havia pouca solução terapêutica para arrefecer os efeitos da ação do HIV no indivíduo. Com isso, os pacientes vivenciavam sua evolução clínica e esperavam a morte, sem expectativas alentadoras de tratamento (SANTOS et al., 2007). Porém, com o avanço das pesquisas farmacológicas, surgiram as primeiras tentativas terapêuticas mais eficazes e mais esperança para os infectados.

Na XI Conferência Internacional sobre aids, realizada no ano de 1996, em Vancouver (Canadá), foi apresentada a eficácia do Tratamento Antirretroviral (TARV), que representou um marco importante, por possibilitar uma reconstituição parcial do sistema imunológico, com o aumento da contagem de células CD4 e a diminuição significativa da carga viral em níveis indetectáveis (GEOCZE et al., 2010). Desde então, a terapia antirretroviral, popularmente conhecida como coquetel, é distribuída gratuitamente, no Brasil, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Isso vem aumentando a sobrevivência dos indivíduos infectados e revolucionando as formas de se conviver com a doença, tanto no campo da saúde quanto no social (DOURADO et al., 2006).

O avanço científico e o advento da terapia antirretroviral proporcionaram significativo aumento na expectativa e qualidade de vida dos indivíduos soropositivos e alterou a realidade de uma doença incurável para um contexto marcado pela cronicidade, o que acarreta novos desafios para sua compreensão e enfrentamento.

No contexto de disseminação do HIV, cada vez mais é necessária a adaptação da vida cotidiana, por meio da incorporação de hábitos de prevenção e de estratégias de convivência com o vírus (GONÇALVES et al., 2009). Nesse sentido, é possível reconstruir projetos de vida após a descoberta da soropositividade ao HIV, que implica, em alguns casos, a construção de novas relações amorosas, constituídas, inclusive, com pessoas não portadoras do vírus, denominados casais sorodiscordantes (REIS; GIR, 2010). Assim, a evolução da epidemia tem permitido a busca por se compreender a dinâmica das relações afetivo-sexuais que se estabelecem entre os indivíduos que convivem com o HIV e aponta uma complexidade diante das conquistas na garantia do direito da livre expressão de sua vida sexual e afetiva.

As diferentes formas de relacionamento afetivo-sexual que se apresentam no contexto da aids têm provocado discussões nos mais diversos segmentos sociais e demanda de ações públicas para serem reconhecidas as diferenças individuais como um direito coletivo. As relações afetivas são consideradas importantes para a sobrevivência dos indivíduos e definidas como relações interpessoais que atendem às necessidades de interações emocionais consideradas significativas, como apoio emocional, troca de atenção calorosa e satisfação (TAKAHASHI, 2005).

A princípio, a atratividade física (relacionada com a gratificação pessoal, imaginária ou real) é importante nas relações. No entanto, eventualmente, as pessoas se interessam pelo namoro pensando intensamente na mútua satisfação das próprias necessidades, para além das sexuais, mas das emocionais e sociais (COLETA et al., 2008). É importante ressaltar que

o sexo não deve ser entendido apenas sob o ponto de vista do conhecimento da anatomia e da fisiologia sexuais, mas também da psicologia e da cultura de cada indivíduo. Trata-se de um aspecto importante para a saúde, que objetiva uma integração harmoniosa dos aspectos intelectuais e sociais do ser sexuado, visando enriquecer sua personalidade, a comunicação e o amor (FERREIRA et al., 2009).

A construção desses relacionamentos, na vida do portador do HIV, seja na parceria hetero, homo ou bissexual, em união conjugal ou não, seja entre membros familiares ou outros vínculos sociais, configura-se como desafios para aqueles que convivem com o vírus. Esses desafios podem ser dimensionados no foco da construção social em que o portador está inserido, como pessoas que estão vivenciando o envelhecimento e com aids, por exemplo.

A capacidade de formar vínculos e a escolha do parceiro são questões fortemente influenciadas pelas relações primitivas que cada um desenvolveu com seus pais na infância. Assim, os motivos que levam cada pessoa a estar apta ou não a estabelecer um relacionamento conjugal maduro e estável podem depender das primeiras trocas de afeto e de experiências de relacionamento. Então, partilhar sentimentos, ideias, momentos de alegria e de tristeza e ainda poder ter alguém com quem alcançar o êxtase por meio de uma vida sexual ativa, criativa e prazerosa faz com que haja um crescimento mútuo e individual, em que ambos se acolhem, desejam-se e se nutrem (DASPETT, 2005).

Entre os diversos tipos de relacionamento que envolvem aspectos sexuais que se apresentam no contexto da aids, o conjugal demanda a atenção por apresentar índices de infecção pelo HIV cada vez mais elevados entre pessoas com esse relacionamento (OLTROMARI; OTTO, 2006). A descoberta da soropositividade pelo HIV geralmente favorece uma suspensão temporária das investidas afetivas e sexuais (SILVA; CAMARGO JUNIOR, 2011). Porém, logo, o indivíduo busca adaptar a vida cotidiana ao vírus e, com a possibilidade de cronificação da doença, é cada vez mais comum encontrar a formação de casais com sorologias iguais ou distintas para o HIV/Aids.

Quando a parceria é composta por pessoas soropositivas, diz-se que elas estão num relacionamento soroconcordante (SILVA; CAMARGO JUNIOR, 2011). Já a díade afetiva-sexual relativamente estável (namoro ou casamento), heterossexual ou homossexual, em que apenas um dos pares é reconhecidamente HIV positivo e o outro não é definida como relação sorodiscordante (FRANCH; PERRUSI, 2011).

Nesse tipo de relacionamento, existe uma probabilidade mais ou menos previsível de dano, uma situação constante de perigo - a contaminação do indivíduo soronegativo pelo

HIV. Com isso, o casal precisa gerir uma circunstância que envolve um risco e, segundo evidências, mesmo de posse de informações a respeito das formas de contágio para HIV/Aids, nem sempre adotam práticas de sexo seguro (Id., 2011).

Silva e Camargo Júnior (2011) apontam que casais nessa condição se isolam da família e dos amigos com receio de ser discriminados e convivem com medo e culpa de colocar o parceiro em risco. Por isso, o problema da sorodiscordância insere-se no novo cenário em que acontecem as relações afetivo-sexuais no contexto da aids e produz uma demanda por uma qualificação das intervenções voltadas para a prevenção e o atendimento aos portadores do HIV/Aids.

Outra problemática surge, quando ambos os pares que constituem a relação são soropositivos para a infecção do HIV e criam a falsa ideia de que o uso do preservativo pode ser inutilizado nesses casos, o que aumenta a exposição ao risco de elevar a carga viral.

Nesse contexto, o aconselhamento nos serviços de saúde aos casais com idade igual ou acima de 50 anos deve ser contínuo e direcionado não apenas aos portadores do HIV/Aids, mas também ao casal. É importante, ainda, realizar ações que considerem a vida sexual desse grupo etário, abordando aspectos referentes à sexualidade e sobre potenciais riscos associados às práticas sexuais inseguras.

3 *Considerações metodológicas*



3.1 TIPO DE ESTUDO

A escolha pela realização de um estudo descritivo com abordagem qualitativa se configura como apropriada para apreender a realidade complexa e dinâmica com que a epidemia do HIV e da aids tem se apresentado nas construções humanas.

A pesquisa descritiva possibilita uma interpretação, na perspectiva dos participantes na situação enfocada, que ocorre por meio da interação constante entre a observação e a formulação conceitual, entre a pesquisa empírica e o desenvolvimento teórico, entre a percepção e a explicação (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

A metodologia qualitativa é capaz de incorporar questões de significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, a fim de compreender e interpretar as suas realidades (MINAYO, 2006).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Assistência Especializada - SAE, localizado no ambulatório do Complexo Hospitalar de Doenças Infecciosas Dr. Clementino Fraga, situado na cidade de João Pessoa-PB, por se tratar de um cenário que oferece amplas possibilidades de apreensão do objeto a ser estudado. Esse serviço foi fundado há 52 anos e, desde o ano de 1989, está vinculado à Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. É considerado como um hospital de referência e de relevância para os municípios paraibanos e outros estados circunvizinhos, na assistência a pacientes com HIV/Aids e outras doenças infectocontagiosas.

Para atender à demanda de usuários, conta com uma estrutura física ampla e equipe multidisciplinar na realização de atendimentos e procedimentos diversos nos níveis de complexidade integrados ao SUS. Nesse contexto, destaca-se o SAE, como um serviço de saúde ambulatorial, que realiza ações de assistência, prevenção e tratamento para as pessoas que vivem com HIV ou aids e funciona de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde.

O serviço tem como objetivo prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe composta por enfermeiros e técnicos de Enfermagem, cuja

assistência é realizada entre as consultas médicas (pré e pós consulta), em caráter individualizado.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo se definiram pela demanda espontânea de portadores do HIV ou de aids, atendidos no SAE do Complexo Hospitalar de Doenças Infecciosas Dr. Clementino Fraga, em João Pessoa-PB, durante o período de julho a setembro de 2012. A acessibilidade ao serviço se concretizou com 13 participantes que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, porém, apenas dez se propuseram a participar do estudo.

Os participantes foram definidos pelos seguintes critérios de inclusão: a) conhecer sua condição sorológica; b) conviver em relação afetivo-sexual estável (namoro ou casamento) e heterossexual; c) estar inserido na faixa etária igual ou superior a 50 anos; d) fazer acompanhamento clínico-ambulatorio no hospital em estudo; e e) apresentar condições físicas e cognitivas por ocasião da coleta de dados.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A proposta do estudo foi encaminhada para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, e aprovada sob o número CAEE: 02423912.0.0000.5188.

Para a realização da pesquisa, foram considerados os preceitos da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas que envolvem seres humanos, e que trata da participação voluntária, da confidencialidade dos dados, do anonimato, da desistência, em qualquer momento da pesquisa, e da permissão para que os resultados do estudo (BRASIL, 1996) sejam publicados, e a Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E A ANÁLISE DOS DADOS

Para atingir os objetivos propostos, os dados foram obtidos através de um roteiro de entrevista e de informações secundárias dos prontuários dos participantes. O roteiro de entrevista foi constituído de duas partes: a primeira, por dados de caracterização sociodemográficos dos participantes, e a segunda, por questões que nortearam as narrativas

em atendimento aos objetivos do estudo (Apêndice B). A utilização de prontuários como fonte de busca de dados secundários se justifica pela importância em confirmar as informações dadas pelos participantes quanto aos resultados atualizados de exames laboratoriais e data da sorologia positiva para o HIV.

A coleta dos dados foi estabelecida, inicialmente, com a apresentação dos objetivos e a metodologia da pesquisa aos profissionais da área de saúde do serviço. Também foi solicitada a colaboração para identificar os participantes na ocasião do atendimento ambulatorial previamente agendado e encaminhá-los à pesquisadora para dar início aos procedimentos de coleta de dados. Ressalta-se que foi difícil conseguir o consentimento dos participantes, em decorrência dos tabus que ainda permeiam o tema sexo, principalmente entre pessoas em processo de envelhecimento.

Depois de atender aos critérios de inclusão e encaminhamento, os participantes foram convidados pela pesquisadora a se locomover para um ambiente privativo e isento de ruídos sonoros, disponibilizado no ambulatório do CHCF. Nesse momento, ela lhes deu esclarecimentos quanto aos aspectos éticos e metodológicos do estudo e solicitou que colaborassem assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Concretizada essa formalidade, foi iniciada a entrevista conforme o roteiro previamente elaborado (Apêndice B). A fidedignidade das informações colhidas foi garantida através do uso de gravador, após anuência do participante, e, posteriormente, transcritas para procedimentos de análise e discussão.

Para valorizar o universo qualitativo dos dados coletados, delimitou-se a Análise de Conteúdo Temática, por ser considerada uma técnica que possibilita compreender e inferir novos conhecimentos através das narrativas dos sujeitos, além de ser eficaz para se aplicar a discursos diretos, de modo a descobrir núcleos de sentido (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo parte do pressuposto de que o léxico, um vocábulo que é uma unidade discreta do texto, constitui uma síntese condensada da realidade e a frequência de seu uso pode revelar a concepção do seu emissor, os seus valores, opções, preferências (CHIZZOTTI, 2010, p. 05).

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo deve ser organizada em três fases cronológicas: a) a pré-análise, b) a exploração do material e c) o tratamento dos resultados e a interpretação.

A pré-análise se caracterizou, inicialmente, pela organização do material, com a transcrição, na íntegra, das dez entrevistas gravadas pela pesquisadora, seguindo as leituras

flutuantes, objetivando estabelecer contato com o material empírico e conhecer o texto. A etapa seguiu com a demarcação do universo dos documentos a serem analisados, procedendo à constituição do corpus, ou seja, a constituição do documento, de modo a conduzir precisamente o desenvolvimento das operações sucessivas para análise.

A segunda fase, denominada de exploração do material, consistiu em se codificar a representação do conteúdo ou da sua expressão, identificando as unidades de registro, que levaram à construção de subcategorias e, posteriormente, à formação das categorias, considerando as frases como unidades de contexto. Nesse processo, as falas dos entrevistados foram consideradas como unidades temáticas, de acordo com a presença de características comuns entre elas (modalidade temática). Por meio desse processo, é possível perceber as conexões e transitar entre os dados empíricos (narrativas) e a fundamentação teórica, que orientam a descoberta e a construção dos núcleos de sentido, que darão o embasamento da análise (MACHIESQUI et al., 2010). Na terceira etapa, fase de tratamento dos resultados e da interpretação dos dados, os relatos são organizados de maneira qualitativa, tendo a disposição do pesquisador, resultados significativos e fiéis, sujeitos a inferências e interpretações condizentes com os objetivos propostos ou que sugiram outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2011).

Os dados obtidos e sua posterior interpretação possibilitam a compreensão do fenômeno que constitui o objeto de estudo e fazem o investigador chegar à sua explicação, em alguns casos, até chegar às formas de previsão (CARMO; FERREIRA, 2008).

4 *Análise e discussão dos dados*

A partir da técnica de análise temática realizada, os resultados obtidos foram apresentados e discutidos considerando-se, inicialmente, a caracterização sociodemográfica dos entrevistados, seguida da análise dos relatos da realidade vivenciada com base no enfrentamento ao envelhecimento com HIV/Aids.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O estudo contemplou dez participantes que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos - duas mulheres e oito homens - com idades entre 50 e 67 anos, a maioria (oito) na faixa etária dos 50 anos. Quanto ao grau de escolaridade, oito, dos dez participantes, têm ensino fundamental incompleto, um é analfabeto, e apenas um cursou o ensino superior completo.

Em referência ao estado civil, quatro participantes se consideram solteiros, quatro, como casados, e dois, viúvos. Entre os nove participantes que têm filhos, há uma média de dois filhos, por participante, e foram unânimes em expressar que não desejavam procriar na relação afetiva-sexual que vivenciam. Essa opção foi justificada pela impossibilidade de se aplicarem métodos definitivos de esterilização e de idade avançada das companheiras e ao medo de assumir o risco de contágio na parceria que se apresenta em idade fértil.

Em relação à profissão, seis participantes estão aposentados; três se encontravam afastados do serviço, por motivos de saúde relacionados à infecção pelo HIV/Aids, e uma referiu apenas exercer atividades domésticas. No que concerne à crença religiosa, seis participantes declararam ser católicos, dois, evangélicos, e dois mencionaram que não eram adeptos de nenhuma crença.

O tempo de convivência dos participantes com HIV variou de dois a 13 anos, sendo que cinco foram contaminados antes dos 50 anos de idade, e cinco, depois. Dos cinco participantes contaminados antes da idade de 50 anos, quatro referiram ter sido infectados na faixa etária de 40 anos. A constituição da relação conjugal heterossexual dos participantes foi estabelecida por cinco sujeitos, antes, e cinco, depois da descoberta da soropositividade para HIV e permanecem nessa relação com um tempo de convivência que varia de seis meses a 48 anos.

Quanto a revelar a condição sorológica para HIV ou aids ao (à) companheiro (a), seis participantes optaram pela revelação, e quatro mantiveram o sigilo de sua condição. Vale registrar que os participantes afirmaram já terem vivenciado relacionamentos com outros parceiros antes do (a) atual, e quatro, do sexo masculino, relataram relacionamentos extraconjugais.

A situação imunológica dos participantes, por ocasião da coleta de dados, registra que o CD4+ varia de 179 a 1.345 céls/mm³ e carga viral plasmática entre o limite mínimo de detecção (abaixo de 50 cóp/ml a 4.556 cóp/ml).

4.2 ENVELHECENDO COM AIDS E SEUS ENFRENTAMENTOS

A transcrição e a leitura exaustiva do material empírico permitiram a identificação de unidades de análises que resultaram em cinco categorias e respectivas subcategorias, possibilitando inferências e interpretações quanto ao processo de envelhecimento de indivíduos com HIV/Aids e o impacto nas relações afetivo-sexuais (Quadro 1):

Quadro 1 – Distribuição das categorias e subcategorias sobre o enfrentamento de indivíduos que envelhecem com HIV/Aids e relações afetivo-sexuais - Pesquisa direta. João Pessoa, 2013

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1. Envelhecer com HIV/Aids	Impacto positivo (SIP)
	Impacto negativo (SIN)
2. Formas de enfrentamento do HIV/Aids	Negação (SN)
	Isolamento (SI)
	Aceitação/Adaptação (SAA)
	Preconceito/Discriminação (SPD)
3. Relações afetivo-sexuais	Outras descrições (SOD)
	Relação familiar (SRF)
	Relação na parceria (SRP)
4. Tipos de contágio	Relação sexual (SRS)
	Sangue (SS)
	Outras formas (SOF)
	Não sabe informar (SNI)
5. Práticas sexuais	Preventivas (SPP)
	Não preventivas (SNP)

O envelhecimento é um processo natural e inevitável, embora não ocorra nas mesmas proporções para todas as pessoas. Trata-se de um fato irreversível, em que o idoso pode assumir diferentes posturas no modo de ser e de se comportar e de expressar sentimentos variados. Para Rezende et al. (2009), não existe uma velhice, mas velhices, caracterizadas por modificações fisiológicas e psicológicas, que diferem de acordo com o gênero e a classe social/intelectual, fato que torna uma visão singularizada para cada idoso. Portanto, apesar de ser considerado um fenômeno biológico, a forma como cada pessoa envelhece é determinada por questões subjetivas, condicionadas às questões da hereditariedade, do social e de sua trajetória de vida (SALDANHA; ARAÚJO, 2006).

Nesse aspecto, a probabilidade de se adoecer aumenta com a idade, em consequência das mudanças naturais do envelhecimento que tornam os indivíduos mais vulneráveis às doenças que, na juventude, seriam combatidas com mais facilidade. A probabilidade de adoecer se exacerba quando se verifica nos participantes a associação da velhice com o HIV (SÁ et al., 2007).

Assim, a necessidade de manter e reestruturar suas vidas e de envelhecer sendo portador do vírus representa um desafio duplicado para quem enfrenta essa realidade. Na **categoria 1 - Envelhecendo com HIV/Aids** - é possível evidenciar duas subcategorias que se diferem na subjetividade de cada participante quanto ao processo de envelhecer com a doença (Quadro 2).

Quadro 2 – Categoria 1: Envelhecer com HIV/Aids com respectivas subcategorias e unidades temáticas - João Pessoa, 2013

1. CATEGORIA: Envelhecer com HIV/Aids	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Impacto positivo (SIP)	<i>“...eu me sinto tão bem (...) melhor do que os novos de hoje em dia (...) meu envelhecimento está bom (...) para mim está indo direitinho(...) eu me sinto uma pessoa nova (...) é uma velhice tranquila(...) eu não sou velho, eu sou novo (...) mas mesmo assim encaro numa boa (...) a minha vida vai ser sempre assim, graças a Deus, até o dia que me chamarem (...) sobre de ficar velha eu não penso não (...) esse negócio de velhice não tem comigo não, eu sou sempre assim (...) não passa nada de estranho na minha cabeça (...) não me atinge em nada (...) entra ano, sai ano, é uma coisa só (...) encaro como uma realidade (...) vai passando os anos e eu tenho que ficar velho (...) agora eu tenho a velhice por certeza (...) sei que a gente envelhece mesmo (...) aí penso que estou mesmo velha...”</i>
	<i>“...vivo doente (...) fica muito difícil viver assim (...) tudo de ruim (...) minha vida é assim nesse sofrimento (...) queria era parar de viver (...) estou começando a sentir limitações de andar, devido um</i>

<p>Impacto negativo (SIN)</p>	<p><i>problema de circulação nas pernas, e o mais (...) é ruim porque eu me canso demais quando faço alguma coisa (...) cada vez mais problema vai aparecer (...) é impotência sexual (...) eu me sinto meio assim, só mais fraqueza (...) morrer e não ver meus netos (...) antes eu trabalhava (...) fazia tudo, agora não(...) não tenho mais desejo de nada (...) aguento trabalhar mais não, e isso é ruim (...) esperar a hora até o dia final (...) penso estar em cima de uma cama (...) eu penso é o seguinte: eu adoecer (...) ...não sei o dia de amanhã (...) o pior é que vai chegando a idade (...) com uma doença dessa, a gente não tem mais vontade pra nada (...) tem uns dias aí é um tanto de depressão (...) as complicações é que acaba com a pessoa (...) tem dia que eu fico chorando direto (...) essa doença o “cabra” não pode ficar bom (...) que nunca vai acabar de cima da pessoa a AIDS (...) é uma coisa de outro mundo (...) afeta demais a pessoa (...) não posso inventar nada (...) recarga muita coisa (...) agora já está com um ano que eu fiquei impotente (...) eu tenho vontade agora é porque não tem ereção, de jeito nenhum (...) o sexo é difícil também pela idade (...) estou com 66 anos é muito difícil fazer essas coisas (...) quem sabe não quer dar um emprego para você...”</i></p>
-----------------------------------	---

Enquanto o **impacto positivo** evidencia que os participantes não se percebem em processo de envelhecimento - “...*me sinto melhor do que os novos de hoje em dia (...)*” ou “...*eu não sou velho, eu sou novo ...*”, o **impacto negativo** manifesta o envelhecimento como um declínio biológico, por “...*viver doente (...) sentir limitações no andar (...) e (...) impotência sexual...*”, ainda mais dificultoso quando associado a infecção: “...*com uma doença dessa, a gente não tem mais vontade pra nada ...*”.

Os impactos positivos do envelhecimento são relatados com ênfase pelo sexo masculino e estão associados à manutenção de condições de autoestima e da potencialidade de virilidade, e não, apenas, à ausência de doenças: “...*meu envelhecimento está bom (...) eu me sinto uma pessoa nova (...) eu não sou velho, eu sou novo...*”.

Os impactos negativos causados por se envelhecer com HIV/Aids se configuram por conflitos mais diversos diante de ser portador do vírus de uma doença grave e incurável, que gera angústias e sentimentos negativos, como estes relatados pelas participantes: “...*minha vida é assim nesse sofrimento (...) tem vezes que eu ainda coloco umas coisas na cabeça ...*”.

Estudos apontam que mulheres e homens apresentam distinção de opiniões quanto ao estado geral de saúde. Os últimos evidenciam menos problemas de saúde, o que corroboram os relatos acima (MAIA, 2010).

Os impactos positivos e negativos do envelhecimento podem ser associados ao envelhecimento bem-sucedido e mal-sucedido, que se baseava apenas na diferença entre saúde e doença, porém a ausência de doença ou de incapacidade é um componente

importante do envelhecimento bem-sucedido, no entanto, não é o suficiente (FERREIRA, et al., 2010). As pessoas com idade acima de 50 anos, quando infectadas com o HIV, tendem a manifestar os efeitos da imunodepressão de forma mais acelerada que as pessoas jovens, porque têm acrescido à aids os efeitos de outras doenças que frequentemente surgem com a aproximação do envelhecimento (BRASILEIRO; FREITAS, 2006). Para Ron (2007), as autopercepções do envelhecimento com pensamentos mais otimistas se associam a uma melhor saúde funcional, ao longo do tempo. Em contraposição, sujeitos que apontam percepções negativas quanto a esse processo apresentam mais agravos nas condições de saúde. Por isso, conhecer as situações emocionais vivenciadas por esses indivíduos ao se descobrirem portadores é importante, já que muitos se deparam com a possibilidade de morte iminente. A doença é impactante, de grande peso emocional, e pode desencadear situações de crise (CARVALHO et al., 2006).

O impacto de ser soropositivo possibilita a manifestação de pensamentos suicidas - “... *queria era parar de viver...*”, como uma tentativa de refúgio para enfrentar a realidade, emergida de um desinteresse profundo. Para Andrade et al. (2010), não se trata de um ato aleatório ou sem finalidade, mas da fuga de um problema que está causando um sofrimento intenso. Lewden et al. (2008) apontam que 4% de mortes relacionadas ao HIV estão associadas ao suicídio, e apesar da baixa estatística, não se pode ignorá-la. A realidade de envelhecer com HIV e aids impõe a necessidade de se elaborarem estratégias de enfrentamentos, na reconstrução de um novo sentido para suas vidas e na compreensão de aspectos que o processo engloba.

Diante dessa complexidade, portadores que vivem nos dois contextos, envelhecendo e com aids, demandam **formas de enfrentamentos do HIV/Aids (categoria 2, quadro 3)**, que se definem pelas adversidades que a doença impõe e as diferenças individuais do soropositivo que as vivenciam.

Quadro 3 – Categoria 2: Formas de enfrentamento do HIV/Aids com respectivas subcategorias e unidades temáticas - João Pessoa, 2013

2. CATEGORIA: Formas de enfrentamento do HIV/Aids	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Negação (SN)	“... <i>eu não tenho nada para “lutar” na minha cabeça de doença que eu tenho (...)</i> tenho essa doença que o povo diz que eu tenho (...) <i> eu não sei não, que eu não sinto nada (...)</i> o povo diz que eu tenho (...) <i> não tenho preocupação com doença (...)</i> eu levo a vida igual a qualquer outra pessoa, eu me sinto assim (...) <i> eu digo que eu não tenho nada (...)</i> outros fingem que não sabem (...) <i> ainda não “caiu</i>

	<i>a ficha” nisso não (...) nada disso eu penso graças a Deus...”</i>
Aceitação/Adaptação (SAA)	<i>“...depois que você controla, se acostuma (...) se tem, vamos cuidar em si tratar (...) estou segurando e vivo com isso (...) agora não, mas no começo da doença foi tudo diferente (...) eu vivo todo dia como se não tivesse ela, já é uma vantagem (...) no início era complicado, agora está controlado (...) ...só porque eu tenho uma doença eu vou me acabar num dia, não vou (...) tem outras coisas pior do que isso aí (...) a gente vai levando desse jeito(...) quando acontece, acontece, quando não acontece, não acontece e assim a gente vai (...) eu faço de tudo para ver se ainda chego ao normal (...) queria saber se tem possibilidade de voltar, assim, ao normal (...) para mim está tudo bem (...) eu não esquento não...”</i>
Isolamento (SI)	<i>“...você está querendo se isolar (...) eu me sinto muito só (...) é horrível viver sozinho, imagina com um problema de saúde (...) às vezes eu coloco um DVD em casa e fico sozinha escutando (...) antigamente eu não saía para canto nenhum (...) ...era dentro de casa direto chorando (...) era melhor uma facada do que viver assim excluída de tudo (...) ...não ter amizade, nada (...) não tenho uma pessoa para conversar (...) é muito difícil eu sair, me divertir (...) tinha muitas amizades antes de descobrir esse problema de saúde (...) não saí com mais ninguém (...) eu queria ter amizade, sair, todo mundo não tem direito...”</i>
Preconceito/Discriminação (SPD)	<i>“...o pior é que eu me sinto excluída de tudo, da sociedade, das pessoas que gostavam de brincar comigo, de um beijo, de um abraço (...) sou excluída até da minha família (...) é preconceito demais (...) ...agora eu me sinto discriminado (...) o preconceito todo mundo tem (...) até do câncer hoje o povo tem preconceito, não deixa de não ter (...) todo mundo tem, menos os médicos (...) ficaram com preconceito, cochichando num sei o quê... (...) aí eu passo e ficam falando por trás (...) o povo nordestino é que tem aquele mal preconceito (...) mesmo que você queira trabalhar você não pode porque tem a discriminação que é grande (...) no Rio de Janeiro ninguém tem aquele preconceito (...) o preconceito é tão grande que eu tenho medo de me abrir (...) é uma doença que o pessoal tem medo (...) o preconceito é tão grande que eu fico pensando: “já pensou, meu Deus, uma pessoa tão bacana que nem essa e com um problema desse...”</i>
Outras descrições (SOD)	<i>“...eu comecei com HIV, agora tenho diabetes (...) estou impotente (...) aí chego em casa chorando (...)o que me ajuda muito é a religião (...) agora o que me aflige é a questão financeira (...) eu me sinto culpado por ter adoecido...”</i>

A **negação** da doença como uma das formas de enfrentamento favorece a percepção da aids como uma doença do outro e de que o indivíduo, principalmente em idade mais avançada, percebe-se em uma posição de imunidade à infecção viral, quando negam a sua condição mórbida: “...essa doença para mim não existe (...) eu digo que eu não tenho nada...”.

O novo caráter de cronicidade atribuído à aids, com o advento da terapia antirretroviral (TARV), associado à situação imunológica de participantes, quanto ao CD4 e à carga viral, podem estar contribuindo para a **aceitação/adaptação** da doença, manifestada nas falas dos participantes: “...aconteceu e do jeito que aconteceu comigo pode acontecer com alguém e assim a gente vai levando, desse jeito (...) eu levo a minha vida do mesmo jeito que eu vivia antigamente (...) depois que você controla, se acostuma (...)o que me ajuda muito é a religião...”.

Para esses participantes, essa adaptação pode ser reforçada pela religiosidade que apresentam, como fonte de suporte emocional, que, muitas vezes, auxiliam na cura e no tratamento de enfermidades. No caso da pessoa soropositiva, a crença religiosa exerce uma influência relevante para o bem-estar do indivíduo, todavia, alerta-se quanto à possibilidade de ser fonte de conflito e sofrimento pelos estigmas arraigados pela doença (FARIA; SEIDL, 2006).

Machiesqui et al. (2010) apontam que as pessoas que têm aids, normalmente, utilizam a espiritualidade como apoio para enfrentar o problema e manter suas vidas após o diagnóstico. Isso remete à relevância de práticas religiosas na busca de alívio para o sofrimento advindo da doença. Para Faria e Seild (2006), nem todas as pessoas usam estratégias relativas à religiosidade em seu processo de enfrentamento e são mais propensas a utilizar as crenças e práticas religiosas que são parte relevante de seus valores e orientação geral no mundo. Podemos considerar que as crenças ligadas aos métodos de proteção para o HIV/AIDS podem interferir diretamente na vulnerabilidade à infecção. Sá et al. (2007) enfatizam que, depois que assimilam a doença, pacientes passam a incorporar a soropositividade como mais uma etapa a ser enfrentada e relatam que seu modo de viver não sofre alterações significativas, inclusive, que não sentem nada e se consideram normais.

Outros estudos enfatizam que o diagnóstico da aids na vida das pessoas é mais um aspecto a ser vivenciado (ANDRADE et al., 2010; MACHIESQUI et al., 2010). Isso é possível em decorrência da capacidade humana de buscar possibilidades de se adaptar às adversidades nas situações mais difíceis. Em contraposição, conhecer a sua condição sorológica pode trazer vários sentimentos como de revolta, medo e vergonha, que podem acarretar em um processo de autoexclusão quando essa postura discriminatória é reforçada pela manutenção do sigilo.

Rezende et al. (2009) apontam, ainda, que o (a) portador (a) do HIV pode ignorar sua condição de infectado e expor o (a) parceiro (a) a uma condição iminente de vulnerabilidade. Ressalta-se também a dificuldade de se identificar a prevalência do HIV entre os casais que

vivem uma relação sorodiscordante, pois requer que cada um saiba a sua condição sorológica e a do seu parceiro (a) e, em algumas situações de relação conjugal, o conhecimento dessa condição é negado ao outro (REIS; GIR, 2009). Esses comportamentos podem criar mais probabilidades de exposição ao HIV, porém isso não deve ser entendido como uma vontade exclusiva do indivíduo, mas relacionado ao grau de consciência de cada um para aceitar a realidade e a efetividade de transformação de atitudes (AYRES et al., 2003). O diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids também pode se manifestar como uma opção para se enfrentar o **isolamento**: *“eu não tenho uma pessoa para conversar (...) eu penso em ficar assim, isolada. (...) não saí com mais ninguém...”*

De acordo com Maliska et al. (2009), para o senso comum, algumas formas de contato que, cientificamente, não oferecem nenhuma possibilidade de transmitir o HIV geram certa ameaça, que impõe um distanciamento do indivíduo portador do vírus, o rompimento de relações e, como consequência, o isolamento social. Em outros casos, o próprio soropositivo motivado, devido à possibilidade de discriminação e ao medo da rejeição social, opta por se afastar do convívio social.

Associado ao contexto social vivenciado como portador, também a condição de estar em envelhecimento favorece a rupturas e a isolamento (FERREIRA et al., 2009; MAIA, 2008). O próprio processo de envelhecimento já acarreta tensões psicológicas que exigem do indivíduo sua busca pela autonomia e inclusão. Tal fato, associado à aids, pode causar mais danos no cotidiano. As pessoas portadoras de aids vivenciam necessidades de saúde, decorrentes do preconceito do estigma em relação à velhice e, sobretudo, à velhice com AIDS, o que repercute no cotidiano das pessoas, em práticas de proteção e de não exposição da sua condição sorológica à sociedade (CECHIM; SELLI, 2007).

A representação da aids suscita **preconceitos/discriminação** que distanciam o portador de contextos sociais: *“...esse povo tem um preconceito danado hoje (...) ficaram com preconceito, cochichando num sei o quê... (...) o preconceito é tão grande que eu tenho medo de me abrir”*.

Ter preconceito contra qualquer coisa ou alguém significa fazer um julgamento prematuro, inadequado sobre a coisa ou pessoa em questão. Entende-se, portanto, que um sujeito/indivíduo portador de preconceito deve, inevitavelmente, causar algum prejuízo à vítima do dito preconceito, considerando que há um prévio julgamento (BANDEIRA; BATISTA, 2002).

O conceito de discriminação, intimamente ligado à desigualdade social, diz respeito a relações sociais caracterizadas por uma representação estigmatizadora do outro e de si

mesmo, que constrói identidades polarizadas com valores positivos e negativos, o que justificando, no nível simbólico, os preconceitos sociais de gênero, raça, classe social ou outros (Id., 2002). A discriminação é a aplicação do estigma e consiste em ações ou omissões que derivam de estigma e que são dirigidas aos indivíduos que são estigmatizados (UNAIDS, 2005). No caso do HIV/Aids, tal contexto promove mais sofrimento pessoal associado à doença e menos probabilidade de receber cuidados e apoio.

O fato de os primeiros casos de aids, no Brasil, terem sido descobertos na Região Sudeste, com uma maior notificação de casos em grandes capitais, aponta que o estigma criado no imaginário popular acerca da aids varia de acordo com as regiões, como pode ser observado nestas falas: *“No Rio de Janeiro, ninguém tem aquele preconceito (...) o povo nordestino é que tem aquele mal preconceito (...) no lugar pequeno o preconceito é ainda pior, pode ter certeza”*.

Segundo Lima et al. (2008), cada sociedade tem sua aids, que interage com todos os preconceitos e fragilidades enraizadas na cultura brasileira. Embora cada pessoa tenha sua concepção formada, as opiniões acabam sendo transformadas através do meio em que o indivíduo está inserido. E a associação da infecção com outras patologias condiciona os participantes a enfrentamentos ainda mais amplos e complexos com reflexos na situação financeira e social, além de acarretar sentimentos de tristeza e de culpa, referenciados nas falas como **outras descrições**: *“... eu comecei com HIV, agora tenho diabetes (...) estou impotente (...) agora o que me aflige é a questão financeira...”*

O rompimento das atividades laborais envolve questões físicas, tanto da doença quanto da própria idade, além da falta de acolhimento do mercado de trabalho para essas pessoas, o que gera desvantagens sociais. Nesse contexto, o impacto socioeconômico que a aids pode provocar insere o soropositivo numa condição complexa de vulnerabilidade social. As peculiaridades construídas historicamente sobre a aids, no imaginário social, ora nos meios de comunicação, ora no pensamento popular, despertam sentimentos diversos naqueles que se descobrem portadores.

Para o soropositivo, imaginar-se como alguém sem perspectivas de crescimento financeiro, em decorrência da dificuldade de desenvolver atividades laborais, seja pelo fator biológico, seja pelo preconceito, acrescido da possibilidade de contaminação para o (a) companheiro (a) sexual, pode desencadear intensos conflitos, como, por exemplo, sentimentos de autopunição: *“...eu me sinto culpado por ter adoecido...”*.

Para o soropositivo, imaginar-se como alguém que oferece perigo para o (a) companheiro (a) sexual pode desencadear intensa culpa e ansiedade, aspectos negativos

significativos para a vivência da sexualidade (REIS; GIR, 2010). O conflito é ainda maior devido à exigência para a adoção de práticas sexuais seguras, decorrente da situação constante de vulnerabilidade que envolve o casal.

4.3 RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS DE PESSOAS QUE ENVELHECEM COM AIDS

No contexto da aids, as relações interpessoais emergem como agentes que desempenham sentidos ambíguos, porquanto podem dificultar ou fortalecer o enfrentamento da situação enfocada, exemplificada pela **categoria três – Relações afetivo-sexuais** (quadro 4):

Quadro 4 – Categoria 3: Relações afetivo-sexuais com respectivas subcategorias e unidades temáticas. João Pessoa, 2013.

3. CATEGORIA: Relações afetivo-sexuais	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Relação familiar (SRF)	<i>“...se essa conversa chegar lá, aí minha vida vira um inferno, né (...) minha família não sabe, não pode saber, porque é fofoqueira (...) não é de ajuda (...) não me serve (...) depender da minha família já tinha acontecido o pior (...) perdi a maioria das amizades da minha família (...) meus netos é aquele amor que tem por mim, porque eu acho que meus filhos estão educando eles desse jeito (...) em casa não foi modificado nada na relação, em termo de vida...”</i>
Relação na parceria (SRP)	<i>“...ele ficou com medo de pegar (...) no início eu esperava mais (...) ele arranhou outras (...) ela é uma pessoa difícil de viver (...) ...reclama de tudo (...) faz 25 anos já que eu não tenho mais relacionamento com ela (...) ele vai sempre lá a casa (...) me abraça (...) me beija (...) a gente faz pouco (...) acho que uma vez por semana (...) só papai e mamãe mesmo (...) eu gostava dele, agora foi diminuindo mais (...) vamos levando até o dia que der certo (...) não sei se vai muito longe (...) existe aí umas 4 ou 5 relações e daí pra lá não existiu mais não, isso sexual (...) afetiva de convivência mesmo (...) eu já não tinha nada com ela, daí não teve mudança (...) é rua mesmo (...) tudo ela combina comigo (...) ninguém nunca discutiu (...) com a outra também é a mesma coisa (...) com minha esposa não tenho relação (...) com a outra eu tenho (...) minha esposa sabe que eu tenho essa outra (...) ela mesma mandou arrumar (...) agora eu acho uma coisa muito diferente a transa (...) é muito complicado que tem que se prevenir (...) a mudança mesmo é só na relação porque agora a gente tem que se prevenir, com todo cuidado, né? (...) faz 10 anos mesmo que a gente é junto 24h (...) primeiramente Jesus, segundo ele (...) se não fosse ele eu já tinha destruído a minha vida (...) ele usa a parte dele e fica normal (...) é 2 ou 3 dias, porque ele já está com 60 anos, é caminhoneiro, é muito cansado, a viagem é longa (...) aí eu fico preocupado de minha mulher ter (...) dela pegar uma doença dessa, mas toda vez que ela faz exame dá negativo (...) ela não sabe (...) faz mais de 2 anos que eu não tenho mais relação</i>

	<p><i>com ela (...) porque pode acontecer de um dia sair com alguém e não passar doença para ninguém (...) está em torno de 2 anos que a gente não fez mais nada (...) Desde quando eu contei ela, que ela olhou para mim e disse: “A partir de hoje você não conta mais comigo para nada e acabou” (...) ela nunca mais teve nada comigo (...) eu estou vivendo assim, desde o dia que eu contei eu não tive mais nada com ela (...) ela não quis mais e eu não procurei mais não, respeitei (...) fiquei com medo da doença que eu peguei (...) acho que vamos viver a vida toda, mesmo desse jeito (...) não vou mais atrás de ninguém (...) ela aceitou e a gente vive normal, como qualquer outro casal (...) ela nunca teve raiva de mim não (...) ele disse que não tinha problema...”</i></p>
--	---

Na subcategoria **relação familiar**, foi identificado que a família, ao mesmo tempo em que pode ser reconhecida como uma unidade de apoio para o indivíduo com aids, no suporte para o enfrentamento social, nem sempre se encontra apta a oferecer o apoio necessário. Em contextos vividos pelas pessoas que envelhecem com HIV/Aids, a ausência desse suporte se manifesta em comportamentos que se definem por encontros diante dos relatos: “... se fosse somente eu depender da minha família já tinha acontecido o pior (...) perdi a maioria das amizades da minha família (...) minha família não sabe, não pode saber, porque é fofoqueira (...) não é de ajuda...”.

Ao se falar em família, diversas definições, quase sempre, consideram aspectos como afetividade, companheirismo, solidariedade, sentimentos e ações que podem ser encontrados fora dos laços consanguíneos (SOUZA et al., 2007). As adversidades no arranjo familiar, na maioria das vezes, impedem o indivíduo de contar com essa base de apoio. Além disso, a convivência com o HIV produz várias alterações na esfera pessoal que podem resultar em mais vulnerabilidade em decorrência da perda de seu papel social.

No campo do HIV/Aids, o conceito de vulnerabilidade abrange os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e de coletividades à infecção, ao adoecimento e à morte pelo vírus, de acordo com particularidades articuladas entre aspectos sociais, programáticos e individuais, que os põem em relação com o problema e com os recursos para enfrentá-los (AYRES et al. 2003). A vulnerabilidade é definida como um instrumento de inteligibilidade de situações de saúde e seus determinantes referentes à exposição das pessoas à chance de adoecer, decorrente de aspectos individuais, coletivos ou contextuais, que acarretam mais susceptibilidade à infecção (Id., 2003).

A **relação na parceria** também se configura por enfrentamentos nesse contexto, seja a (o) parceira (o) conhecedora (o) ou não da sua condição sorológica, o que ocasiona manejos relacionados à intimidade e à manutenção da sexualidade ativa entre ambos. A

sexualidade tem uma conceituação bastante ampla e diversificada, associada a hábitos, costumes, significados e atitudes inerentes a todo ser humano. Além de uma necessidade fisiológica e de reprodução, relaciona-se à história pessoal e afetiva de cada indivíduo, para que obtenha prazer, amor e erotismo (REIS; GIR, 2010).

Nesse contexto, a relação com o (a) parceiro (a) se manifesta por decisões de companheirismo, solidariedade, mudança de prática sexual, rupturas, medo de contágio e manutenção de vínculos, como mostram estas falas: “... *se não fosse ele eu já tinha destruído a minha vida (...) é muito complicado que tem que se prevenir (...) ela não quis mais e eu não procurei mais não, respeitei (...) eu tenho medo dela adoecer (...) ela aceitou e a gente vive normal, como qualquer outro casal (...) é esposa, é mãe, é tudo para mim...*”.

O relacionamento afetivo pautado na cumplicidade é um incentivo a mais para a busca de uma vivência plena e menos conflituosa na intimidade da relação do casal. Isso significa que amar e ser amado são necessidades humanas básicas, para as quais somos sensibilizados desde a concepção e que se estendem por todo o ciclo de vida, culminando na velhice. Em contrapartida, nem todos os relacionamentos na parceria fluem positivamente, e quando marcados por divergências entre o casal, os indivíduos passam a viver em situações constantes de tensão: “*ela é uma pessoa difícil de se viver (...) reclama de tudo (...) a partir de hoje você não conta mais comigo para nada e acabou...*”

Os modos de se adaptar à possibilidade de contágio da aids na relação conjugal, frente a um diagnóstico positivo de um dos parceiros, podem ser os mais diversos. Trata-se de um conflito que se instaura tanto pela diferença das sorologias, quanto pelos significados e simbolismos associados a isso (MAKSUD, 2011). Assim, a experiência de viver com aids pode afetar profundamente a vida sexual e conjugal de alguns indivíduos (Sá, et al. 2007). A doença envolve comportamentos sociais e afetivo-sexuais entre as pessoas, porém o HIV não deve se tornar um obstáculo para fortalecer os laços entre elas.

As possibilidades de as pessoas que envelhecem com HIV formarem parcerias desafiam a compreensão do fenômeno da aids pelo perfil de cronificação com que a doença se apresenta, por permitir novas perspectivas de socialização e configurações complexas a respeito das relações afetivo-sexuais. Independentemente do tipo de relacionamento vivenciado pelo (a) participante com a parceira (o), o ato sexual exige a adoção de práticas sexuais seguras, decorrentes da situação constante de vulnerabilidade dos membros envolvidos. Embora a possibilidade de a infecção ser transmitida seja mais relevante em práticas sexuais penetrativas, a sexualidade transcende o aspecto genital, daí o estímulo para outras formas de sua obtenção de prazer entre os casais (REIS; GIR, 2010).

Outro aspecto que merece destaque diz respeito a se revelar ou não a soropositividade à (ao) parceira (o), por se mostrar cercada de conflitos e situar-se em um campo de dúvidas fortemente marcadas por sentimentos de aceitação ou rejeição do outro, até possíveis discriminações e estigmas. A possibilidade de aceitar a condição sorológica positiva do parceiro pode se apresentar mais favorável quando a revelação for estabelecida antes da concretização da relação, apontando para a incorporação de práticas preventivas entre o casal: “... a mudança mesmo é só na relação porque agora a gente tem que se prevenir, com todo cuidado, né?”.

O medo do contágio pelo HIV do (a) parceiro (a) soronegativo acompanha modificações na relação sexual. Um exemplo disso é o fato de se atribuir um valor importante ao uso de preservativo na vida cotidiana, que, antes, não era valorizada, até a abstinência sexual por parte da parceira. O relacionamento passa a ser permeado por cuidados com o outro, o que torna cada ato sexual uma situação constante de preocupação e de tensão. Aceitar a condição do outro pode se caracterizar como um estágio que procede de outras condições movidas por sentimentos de revolta e de tristeza. Apesar do impacto sofrido pelo conhecimento da soropositividade do outro, vem a necessidade de se manter a vida a dois. Em contrapartida, a resistência a não revelar a soropositividade à parceira relatada por quatro participantes do estudo evidencia uma situação constante de vulnerabilidade devido à possibilidade de não se adotarem práticas sexuais seguras. Como consequência, minimiza-se a magnitude da doença, caracterizada, principalmente, pela transmissão sexual.

Em meio aos estigmas associados à aids, há certa dificuldade em se abordar o tema, principalmente durante a formação dos casais, cuja revelação para o outro do diagnóstico soropositivo acaba sendo negligenciada. Dentre essas adversidades, emergem situações em que o indivíduo opta por não revelar sua real condição sorológica em decorrência do medo e da possibilidade de não ser aceito pelo (a) parceiro (a). Maksud (2011) enfatiza que os parceiros soropositivos têm receio de revelar o diagnóstico em decorrência da possibilidade de acusação que pode remetê-los a diversos estereótipos ainda relacionados à epidemia.

Silva e Ayres (2009) apontam estratégias para a comunicação de diagnóstico do HIV a parceiros (as) sexuais através do acompanhamento dos profissionais de saúde. Trata-se de um aspecto importante na ampliação de possibilidades de diálogo entre profissionais e pacientes acerca da comunicação do diagnóstico do HIV, visando superar o conflito entre o interesse da saúde pública e o interesse pessoal do (a) paciente e a suposta necessidade de sacrificar este em benefício daquele.

Apesar da tendência crônica da aids, que proporciona ao indivíduo infectado a reconstrução de novos projetos de vida, eles ainda enfrentam desafios como o preconceito e os estigmas associados a práticas sexuais promíscuas, fatores contribuintes para que a condição sorológica seja mantida em sigilo. Imaginar a falta de compreensão do outro resulta em favorecer o silêncio da condição sorológica. Por isso, surge a necessidade de estímulo para revelação diagnóstica, através da informação e da argumentação científica, para que o indivíduo se proponha a aderir satisfatoriamente ao tratamento, viva plenamente sua vida amorosa e receba a proteção do outro, com a ajuda dos serviços especializados (REIS; GIR, 2009).

Outra forma de relacionamento identificada no contexto de pessoas em processo de envelhecimento com HIV e aids é aquela pautada no companheirismo e na cumplicidade, que incentiva os indivíduos a buscarem uma vivência plena e menos conflituosa na intimidade da relação, como referem estes relatos: “...ele vem me deixar aqui, se preocupa comigo (...) melhor do que ela não existe não (...) nós combinamos tudo...”.

Nesse contexto, compreende que ser aceito pelo outro é uma necessidade humana para a qual somos sensibilizados desde a concepção e que se estende pelo ciclo de vida, culminando na velhice. Quanto ato sexual, verificou-se uma preocupação em relatar a dificuldade quanto a sua frequência, como nestas falas: “...a gente faz pouco (...) não é todo dia não (...) eu levo tempos e tempos...”

Embora não seja possível explicar todas as mudanças, o envelhecimento fisiológico é um fator importante para se entender a diminuição da atividade sexual que se produz nessa etapa da vida (FERREIRA et al., 2009). As mudanças sexuais inerentes ao processo de envelhecimento, associadas à soropositividade para o HIV, tornam ainda mais complexo compreender os contextos diversos que permeiam a relação afetiva e sexual entre os casais.

O sexo é considerado como uma oportunidade de expressar carinho, afeto e admiração por alguém, que eleva a autoestima e melhora o humor e a qualidade de vida de idosos (ALMEIDA; LOURENÇO, 2007). Portanto, mesmo que permaneça a cultura de que os idosos são assexuados, a velhice mantém a necessidade psicológica de uma atividade sexual contínua e não há idade correta para que as pessoas deixem de pensar em sexo, tenham desejo ou atividade sexual (FERREIRA et al., 2009).

O fato de não manter relações sexuais diárias não exclui a importância de orientar os sujeitos envolvidos em uma parceria heterossexual quanto ao sexo seguro, mesmo diante de práticas sexuais esporádicas, visto que a vulnerabilidade, seja na afetividade, seja na corporeidade, atinge a ambos. Por essa razão, nesse contexto, é preciso compreender a

vulnerabilidade no plano individual, por considerar os comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas adoçam (MEYER et al., 2006).

As diversas formas de busca pelo prazer, como carinho, beijos, diálogos e não somente o ato sexual em si, acendem o erotismo e o prazer que podem ter sido apagados devido às perdas e às dificuldades. Viana e Madruga (2008), em pesquisa realizada com pessoas acima de 60 anos que abordou aspectos da sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento, concluíram que o sexo é apontado como uma demonstração de afeto, calor e sensualidade. Essas práticas não precisam se deteriorar com a idade, podem até aumentar, desde que se utilizem novas experiências criativas que exigem sensibilidade. Dentre os relatos referentes à prática sexual, um participante aponta que, embora o desejo sexual esteja presente, o seu exercício não acontece “... *porque não tem ereção, de jeito nenhum*”.

Até recentemente, ainda se acreditava que, por volta dos 50 anos, o declínio da função sexual era inevitável face à menopausa feminina e à instalação progressiva das disfunções da ereção masculina (SOUSA, 2008). Hoje se sabe que mudanças fisiológicas ou episódios patológicos podem ocasionar um aumento da prevalência de disfunções sexuais em qualquer fase inicial da atividade sexual, fazendo com que haja um aumento progressivo do período entre as ereções. Para os homens, quando a disfunção erétil - antes denominada de impotência sexual - surge em determinada época da vida, acarreta preocupação e uma série de transtornos que comprometem o relacionamento afetivo e social. Trata-se de um tema comumente negligenciado pela sociedade, pelos profissionais de saúde e, até, pelos próprios idosos e se configura como um desafio abordar a temática marcada por mitos e tabus. A falta de diálogo aberto e franco entre os membros da relação é um importante fator que problematiza a manutenção da vida a dois. Dessa forma, o não estabelecimento de um diálogo e de laços de confiança entre o casal impede a negociação do preservativo, o que contribui ainda mais para a vulnerabilidade entre parceiros.

A **categoria 4 – Tipos de contágio** do HIV - se apresenta por conhecimentos sobre as suas diferentes formas, porém se destaca uma demanda definida por um desconhecimento que se considera como um aspecto preocupante no contexto da relação afetivo-sexual (Quadro 5).

Quadro 5 – Categoria 4: Tipos de contágio com respectivas subcategorias e unidades temáticas - João Pessoa, 2013

4. CATEGORIA: Tipos de contágio	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
Relação sexual (SRS)	<i>“...penso que é na transa (...) tendo relação (...) na relação do mundo (...) talvez seja mais pelo sexo (...) penso que foi do meu primeiro marido (...) uma relação com alguém que você não sabe também que aquela pessoa está contaminada e pode passar também para outra pessoa (...) não lembro até porque na época eu tinha 2 namoradas e eu não sei (...) eu não era para ter procurado mulher fora não (...) peguei com uma vizinha (...) tinha contato com essa mulher, mas depois eu saí fora (...)...saía com várias mulheres diferentes (...) ...saí com umas pessoas aí (...) só foi de alguém que eu vacilei...”</i>
Sangue (SS)	<i>“...eu vejo o pessoal dizer que é no sangue (...) alguma coisa que bate o sangue um com o outro (...) ninguém nunca sabe o sangue do outro como é que está (...) uma coisa minha de sangue bate em qualquer pessoa...”</i>
Outras formas (SOF)	<i>“... só pega se houver algum ferimento (...) eu peguei essa doença através de uma injeção no hospital (...) foi o hospital que me aplicaram essa seringa suja de alguma coisa (...) eu sei que não pega no abraço, no beijo (...) pensa que no pegar de mão (...) no tocar pega...”</i>
Não sabe informar. (SNI)	<i>“...ainda hoje eu estou para saber como peguei essa doença (...) não sei de nada (...) ainda hoje eu estou para saber dessa doença que eu arrumei (...) eu fico assim pensando como é que eu peguei esse negócio (...) como é que eu tenho essa doença, que eu não transo de camisinha em casa, de jeito nenhum (...) agora eu não sei explicar como se pega a doença não (...) muita gente já sabe como é que pega, mas antigamente não sabia (...) tem gente que não entende ainda (...) acha que essa doença passa assim, até conversando (...) eu não sei se foi devido eu tomar vacina (...) antigamente dizia que pelo beijo pegava (...) pelo sexo pegava, aí eu não sei (...) a gente saber, não sei, é difícil...”</i>

As campanhas de prevenção das DST estão associadas ao uso do preservativo, o que favorece assimilar a transmissão do HIV por **relação sexual** entre essa população: *“...talvez seja mais pelo sexo (...) tendo relação (...) uma relação com alguém que você não sabe também que aquela pessoa está contaminada e pode passar também para outra pessoa...”*. Embora os participantes reconheçam a via sexual como importante via de contágio para o HIV, a confiança construída na relação, decorrente da convivência e da intimidade do casal, acaba, muitas vezes, mascarando a possibilidade do contágio do vírus.

Para Garcia e Souza (2010), a expressão confiança tem significados diferentes para homens e mulheres. Para os homens, é a crença da fidelidade da parceira, ou seja, na

exclusividade sexual. Entre as mulheres, ter confiança não é acreditar na fidelidade e na exclusividade sexual, mas na prevenção do parceiro nas relações sexuais, o que, muitas vezes, não ocorre, como mostra esta fala: “... *foi de alguém que eu vacilei, não usei preservativo...*”.

O **sangue** também foi apontado como um tipo de contágio por participantes do estudo: “... *ninguém nunca sabe o sangue do outro como é que está (...) uma coisa minha de sangue bate em qualquer pessoa...*”.

Estudo realizado com pessoas acompanhadas em serviços de atendimento ao HIV/Aids, em diferentes regiões do país, verificou que pessoas acima de 45 anos e os menos escolarizados têm conhecimento ainda incipiente sobre as formas de transmissão e de prevenção da aids e de DSTs (GARCIA E SOUZA, 2010). Todavia, em outro estudo realizado na cidade de Anápolis (GO), observou-se que um grupo de idosos, com idade média de 69 anos, apresentou um nível satisfatório de conhecimento sobre o tema (PEREIRA E BORGES, 2010). Nesse aspecto, a realidade da escolaridade dos participantes pode ser considerada uma vulnerabilidade individual, visto que, mesmo com informação, ela pode não ser compreendida e assimilada quanto às práticas de prevenção e sua representação de risco.

Questões ligadas à vulnerabilidade podem ser potencializadas ou diminuídas quando se tem acesso a informações verídicas (LÔBO et al., 2012). Porém, a construção do conhecimento sobre aids não está restrita a questões informativas, mas também à percepção individual sobre o problema, isto é, a compreensão e a capacidade de assimilar dessas informações (FERREIRA, 2008). Portanto, é importante perceber que o nível de informação não pode ser analisado isoladamente, o que reforça a ideia de que é preciso considerar os aspectos subjetivos de cada indivíduo e do contexto social em que ele está inserido. Assim, os estigmas associados ao HIV/Aids interferem nos relatos imprecisos dos participantes em **outras formas** de contágio quando afirmam: “... *só pega se houver algum ferimento (...) não sei aonde foi, qual foi o hospital que me aplicaram essa seringa suja de alguma coisa...*”

O conhecimento adequado sobre a transmissão do HIV e a implementação de estratégias indicadas para sua prevenção são de grande relevância na Gerontologia em virtude das lacunas existentes quanto ao nível de conhecimento entre os idosos. Apesar de participantes manifestarem conhecimento sobre o HIV/Aids, ainda prevalecem dúvidas importantes que podem modificar a conjuntura da epidemia, incluindo-se o fato de crenças relacionadas à sexualidade de idosos, da baixa escolaridade e da baixa renda (PEREIRA; BORGES, 2010).

Na subcategoria **não saber informar**, quanto à forma do contágio do HIV que resultou em soropositividade, alguns participantes expressaram: “*eu não sei se foi devido eu tomar vacina, esses negócios (...) eu não sei como foi que eu peguei...*”. Isso nos remete à baixa escolaridade da maioria dos participantes, que favorece a uma vulnerabilidade individual e reforça as lacunas das campanhas preventivas direcionadas a esse grupo etário.

Estudo realizado sobre implicações para o dia a dia com pessoas acima de 50 anos com aids apontou participantes que desconheciam a forma de exposição ao HIV. Para o autor, essa falta de conhecimento sobre a doença expõe o indivíduo a uma situação constante de vulnerabilidade devido à dificuldade de compreender e à capacidade de assimilar a prática do sexo seguro (MACHIESQUI, et al., 2010).

Oliveira e Dias (2007) apontam que as campanhas de prevenção do contágio do HIV não têm atentado para as modificações no perfil da doença e continuam sendo direcionadas ao público jovem. Consequentemente, são ineficientes para outras esferas da população, principalmente a idosa. Outra questão importante refere-se à ausência das campanhas brasileiras de prevenção do HIV, no decorrer do ano, e sim, apenas em épocas pontuais, como o carnaval, o Dia Mundial da Luta contra a aids (1º de dezembro) e o Dia dos Namorados (RAXACH, 2008), por exemplo. Portanto, as campanhas de prevenção podem ser falhas e limitadas e não atingem diretamente uma camada maciça da população. Portanto, a experiência de conviver em uma parceria permeada de dúvidas e de riscos pode afetar profundamente o relacionamento a dois e se torna um obstáculo a mais a ser enfrentado pelos membros envolvidos.

Nesse aspecto, a **categoria 5 - Práticas sexuais** no relacionamento das pessoas que envelhecem com HIV/Aids - se manifesta nas formas **preventivas** e **não preventivas** (Quadro 6).

Quadro 6 – Categoria 5: Práticas sexuais com respectivas subcategorias e unidades temáticas - João Pessoa, 2013

5. CATEGORIA: Práticas sexuais	
SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS
	<p><i>“...sempre usei camisinha, nunca sem (...) eu que coloco a camisinha, porque me ensinaram aqui no hospital (...) agora a gente usa preservativo sempre e nunca perguntou por que eu uso (...) agora eu nunca tive caso com ele a não ser preparada (...) aí a primeira vez que a gente teve caso, a gente foi tudo preparado já, com camisinha (...) os dois tem essa preocupação (...) uma vezinha quando vai, quando dá certo, aí é camisinha sempre (...) nunca mais eu deixei de usar (...) é uma coisa de maior controle mesmo para não</i></p>

Preventivas (SPP)	<i>acontecer (...) todo mês eu levo camisinha daqui, tem o maior cuidado nisso (...) não tive mais contato com mulher (...) o preservativo que eles entregam aqui é muito mais seguro do que o da farmácia (...) só a camisinha evita (...) dou conselho para usar (...) eu usava camisinha, ela nem perguntava por que (...) agora eu não tenho relação com ela faz tempo (...) eu mesmo que gostava de usar, para não passar doença para ninguém, para ela, nem para outra (...) as pessoas que pegam é porque não usam camisinha”</i>
Não preventivas (SNP)	<i>“...nunca usei nada (...) agora se ele quisesse eu ficava sem usar porque eu não ia passar para ele, porque eu tomo meus remédios direitinhos, mas ele não quer (...) eu nunca transei de camisinha com ela (...) mas eu disse a ele para fazer sem camisinha, para testar ele, mas ele não quis não (...) naquela época eu tinha muitas relações sem preservativo (...) o pessoal às vezes manda a gente usar camisinha, aí ela diz que não quer mais não, de jeito nenhum e eu fico calado (...) eu era aquele cara que tinha o preconceito de não acreditar nisso aí, talvez meu mal fosse esse...”</i>

A prática sexual **preventiva** está associada ao uso do preservativo, que continua sendo considerado um método efetivo de prevenção das DST (MADUREIRA; TRENTINI, 2008) e um cuidado fundamental para a saúde do casal. Porém, a sua simples utilização não oferece proteção eficaz se não for manuseado de maneira correta. Essa assertiva corrobora o estudo realizado por Maksud (2011), que constatou que havia pacientes soropositivos que conviviam em parceria com sorodiscordantes e sempre usavam o preservativo nas relações sexuais. Porém, questiona-se a veracidade dessas informações, visto que admitir o não uso do preservativo vai de encontro a expectativas do serviço da saúde em relação a eles.

O uso de preservativo na prática sexual é considerado como sexo seguro, uma vez que o seu uso se insere no conjunto de práticas que objetivam reduzir o risco de infecções de modo a impedir a transmissão e o desenvolvimento de DST durante a relação sexual (RAXACH, 2011). Nesse sentido, estudo aponta que, mesmo em poucos casos, pessoas passam a adotar a abstinência sexual como medida protetora para a aids após o diagnóstico pessoal (GUEDES et al., 2009), como relatado nesta fala: “(...) *agora eu não tenho relação com ela faz tempo*”.

Em outros casos, essa decisão pode ocorrer como forma de punir o (a) parceiro (a) pelo contágio obtido em uma relação extraconjugal. Independentemente disso, é importante salientar que o uso do preservativo deve ser uma prática sexual obrigatória para todas as pessoas, que exige adaptação e mudança na vivência do casal. Enquanto é atribuída importância ao uso do preservativo para evitar que o parceiro soronegativo seja contagiado com o HIV, participantes referem o seu uso de forma esporádica ou a ausência total da prática: “... *nunca usei nada (...) naquela época eu tinha muitas relações sem preservativo.*”

A prática sexual **não preventiva**, caracterizada pelo não uso do preservativo por participantes, pode ser justificada pela dificuldade de o casal se adaptar ao uso obrigatório, a falsa impressão de imunidade ao contágio pelo HIV, o uso associado apenas como medida contraceptiva e a falta de temor das mulheres quanto a uma gravidez não desejada, o que acaba mascarando a percepção de vulnerabilidade para o HIV/Aids entre essas pessoas: “... às vezes a gente usa camisinha porque tem que se prevenir, para não estar contaminando ninguém (...) eu nunca transei de camisinha com ela (...) agora se ele quisesse eu ficava sem usar porque eu não ia passar para ele, porque eu tomo meus remédios direitinhos, mas ele não quer (...)”.

A desconfiança de que o preservativo não é eficaz para prevenir o contágio do HIV, a alteração da resposta sexual decorrente do uso obrigatório e a diferença de aceitação entre homens e mulheres se constituem como um importante aspecto na manutenção do sexo não seguro entre casais sorodiscordantes que refletem na vulnerabilidade de parceiros (REIS; GIR, 2009). Lazzaroto et al. (2008) apontam que os idosos sabem que o preservativo impede a transmissão do HIV, porém mais de 80% dos participantes do estudo não o utilizavam durante as relações sexuais. É importante destacar que as pessoas ainda resistem usar o preservativo porque acreditam que ele pode interferir no prazer e na ereção e indicar infidelidade no relacionamento (DELMIRO, 2011).

O fato de uma pessoa soropositiva ter mantido relações sexuais, durante meses ou anos, sem proteção, com um (a) parceiro (a) soronegativo (a) e não ter adquirido a infecção não garante a imunidade definitiva contra o vírus (REIS; GIR, 2009). Para participantes do estudo, a condição de uma baixa ou indetectável carga viral pode conferir a falsa percepção de não colocar a parceira em risco ao não usar o preservativo, sem considerar que essa condição não implica a sua inexistência (FRADE, 2011).

Sabe-se que a carga viral é um importante fator associado à transmissão sexual do HIV, porém, quando detectável e tratável pela adesão ao TARV, o portador transmite o vírus em uma quantidade menor (FRADE, 2011). Estudo experimental tem empregado a TARV em início imediato, com a finalidade de reduzir a transmissão do HIV, quando a contagem dos linfócitos T-CD4+ está entre 350 e 550 cels/mm³ (COHEN et al., 2011). Portanto, o profissional de saúde deve enfatizar ao paciente, no momento do atendimento, que, apesar da possibilidade de transmissão ser menor com a carga viral indetectável no sangue, não significa ser nulo, pois a replicação do HIV, no trato genital ou em outros sítios, pode estar ocorrendo. Diante do exposto, as informações sobre o efeito da TARV na transmissibilidade do HIV devem ser discutidas com as pessoas inseridas em relações sorodiscordantes, de

modo a conscientizar sobre a importância da prevenção, para evitar ideias errôneas sobre a não transmissibilidade e a resistência viral.

O fato de o indivíduo soropositivo ao HIV resistir em utilizar o preservativo e a crença de que a infecção não é transmissível são fatores agravantes, que tornam o (a) parceiro (a) vulnerável à contaminação decorrente do sexo desprotegido. Do ponto de vista biológico, todas as pessoas são vulneráveis ao HIV quando eventualmente expostas, porém determinados fatores podem aumentar ou reduzir essa possibilidade (REIS; GIR, 2009).

Em muitos casos, os casais optam por não utilizar o preservativo como prova de confiança, na tentativa de fortalecer a união entre eles, mesmo cientes da vulnerabilidade em que se encontram. Destaca-se que a importância do uso do preservativo não só confere proteção para o contágio do HIV para a (o) parceira (o) soronegativa (o), mas também oferece uma barreira para possíveis complicações ao soropositivo, como a possibilidade de causar infecções por doenças oportunistas ou uma reinfecção viral, por isso é importante o seu uso para ambos os parceiros.

As dificuldades enfrentadas por se estar envelhecendo e com uma doença ainda considerada estigmatizada e incurável podem ser superadas mediante a inserção em um relacionamento afetivo-sexual. Por isso é importante se ter um (a) parceiro (a) e uma família como suporte de proteção fundamental de ajuda, na perspectiva de prolongar a vida, participar da evolução do desenvolvimento familiar e potencializar o enfrentamento vivido no cotidiano.

5 Considerações finais

Pessoas em processo de envelhecimento associado à soropositividade para o HIV vivenciam um duplo desafio - o de enfrentar a doença em seu dia a dia, com alterações, e as perdas fisiológicas causadas pelo envelhecimento. Essas transformações contribuem para o indivíduo expressar os mais variados sentimentos, que vão desde a negação da situação até a busca pelo isolamento social. Para alguns participantes deste estudo, a doença não modificou o transcorrer da vida cotidiana; para outros, a condição sorológica gera preconceito e discriminação, impedindo a convivência no meio social, familiar e conjugal.

Envelhecer com HIV e aids apresentou impactos negativos mais significativos do que impactos positivos, manifestados por sentimentos de tristeza, sofrimento, depressão, sensação de morte iminente e limitações. As formas de enfrentar a doença apontam para um processo de aceitação e adaptação, embora ainda se destaquem a negação, a revolta e o isolamento. Aceitar a doença e se adaptar a ela, vivenciando o envelhecimento, é uma forma de refletir mais sobre a velhice, compreendê-la e redefini-la nessa realidade. Portanto, viver a dualidade de envelhecer e com aids, no contexto das demandas sociais que a doença impõe, é viver enfrentamentos diários, principalmente com familiares e parceiras (os).

A característica de cronicidade da aids como resposta aos avanços da TARV tem possibilitado a reconstrução de novos projetos de vida, como a formação de casais com sorologias concordantes ou discordantes para o HIV e impõe ao portador um novo olhar para contextos sociais onde permeia a evolução da epidemia.

O medo de vivenciar o preconceito e a discriminação pela família e pelos parceiros se apresenta como um enfrentamento para manter sigilo quanto à sua condição sorológica. Embora a vivência da sexualidade, no contexto da parceria, tenha imposto manejos e mudanças para manter a vida sexual, que se estabelecem desde o uso do preservativo na vida cotidiana e a opção pela abstinência sexual, até a não representação do HIV como uma dificuldade para o casal. O conhecimento do contágio pelo HIV e a distância entre entender e assimilar esse conhecimento até a opção por adotar ou não práticas sexuais preventivas são consideradas situações contraditórias e de enfrentamentos presentes no cotidiano de pessoas que estão envelhecendo com a infecção e vivenciam o sexo.

A falta de campanhas que englobem todos os segmentos da população foi expressa nos relatos imprecisos dos participantes. Além disso, é importante enfatizar que há grande possibilidade de contágio pela via sexual, ainda que a carga viral esteja em nível

indetectável e tratável. O fato de se negar a doença ou manter o sigilo sobre sua condição de soropositivo na relação afetivo-sexual gera situações de conflitos. O medo de ser negado e excluído pelo outro, de contagiar o (a) parceiro (a), de lidar com outras parcerias e de se deparar com as mudanças nas práticas sexuais são enfrentamentos que tornam o processo de envelhecer com HIV e aids carente de ampliar discussões para que o indivíduo possa compreender sua complexidade e se realizar plenamente em sua sexualidade. Convém ressaltar que buscar essa compreensão implica enfrentar os tabus e os mitos ao se abordar a temática, principalmente entre a faixa etária igual ou superior a 50 anos. Nesse sentido, destacam-se aqui as dificuldades vivenciadas na colaboração de participantes para a realização deste estudo.

Para a Enfermagem, o estudo apresentou peculiaridades que permitem reflexões para a prática de uma abordagem integral e preventiva, que não contemple somente o individual e inclua a (o) parceira (o), na perspectiva de minimizar os conflitos gerados e de contribuir para o manejo de decisões e práticas pelos membros envolvidos no contexto da aids, de modo que impeçam o contágio pelo HIV.

ALMEIDA, T. LOURENÇO, M. L. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade?. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro. v. 10. n. 1. p. 101-113. 2007.

ANDRADE, H. A. S. et al. AIDS em idosos: vivências dos doentes. **Esc Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 712-719. out./dez. 2010.

AYRES, J. C. R. M. et al. Adolescência e AIDS: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** São Paulo. v. 7, n. 12, p.123-138. fev. 2003.

BANDEIRA, L. BATISTA, A. S. Preconceito e discriminação como expressões de violência. **Estudos feministas.** Florianópolis. v. 1. n.1. p. 120-141. 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTONCINI, B. Z. et al. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 75-79, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Bol Epidemiol AIDS e DST.** 2011. Brasília (DF); 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)** [online]. Brasília [s.d.]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 Mai 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília (DF); 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Glossário Temático DST e AIDS.** Brasília (DF); 2006.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996:** aprova as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1996.

BRASILEIRO, M.; FREITAS, M. I. F. Representações sociais sobre AIDS de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.14, n.5, p. 178-195. set./out. 2006.

CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. A. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. **Rev. Eletr. Enf.** v. 9. n 1. p. 251-60. 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a20.pdf>>. Acesso em: 09 de Mai de 2012.

- CARMO, H.; FERREIRA, M. M. **Metodologia da investigação** – Guia para auto-aprendizagem. 2ª ed. Portugal: Universidade Aberta, 2008.
- CARVALHO, C. M. L. et al. Sentimentos de mulheres portadoras de HIV/AIDS diante da percepção da infecção. **Nursing**. São Paulo, v. 8. n. 100. p. 1010-1015. set. 2006.
- CECHIM, P. L.; SELLI, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 60. n. 2. p. 145-149. mar /abr. 2007.
- CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- COFEN. Resolução Conselho Federal de Enfermagem Nº 311/2007. **Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro (RJ); 2007.
- COLETA, A. S. M. D. et al. O amor pode ser virtual? O relacionamento amoroso pela internet. **Psicologia em estudo**. Maringá, v. 13. n. 2. p. 277-285. abr. /jun. 2008.
- DASPETT, C. **Um estranho entre nós: a repercussão do diagnóstico de HIV/AIDS na trajetória de casais heterossexuais soroconcordantes**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2005. Disponível em: <http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1786>. Acesso em: 30 Jan 2013.
- DELMIRO, R. S. **O que pensam os idosos sobre a AIDS: representações sociais e práticas**. 2011. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bahia, 2011. Disponível em: <<http://www.uesb.br/ppgenfsaude/dissertacoes/turma1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Rosana%20Delmiro.pdf>>. Acesso em: 30 Jun 2012.
- DOURADO, I. et al. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 40. supl. 1. p. 9-17. 2006.
- FERREIRA, O. G. L. et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 4, n. 4. p. 1065-1069. set. 2010.
- FERREIRA, K. S. da. et al. Percepção dos idosos perante o sexo na idade avançada. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. v. 3. n. 4. p. 182-188. 2009.
- FERREIRA, M. P. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 42. supl. 1. P. 65-71. 2008.
- FIGUEIREDO, M. A.; PROVINCIALI, R. M. HIV/AIDS em pessoas idosas. Vulnerabilidade, convívio e enfrentamento. In: **VII Congresso Virtual HIV/AIDS – O VIH/SIDA na criança e no idoso**. Santarém: Metatexto, 2006. p. 21-26.

FRANCH, M.; PERRUSI, A. A sorodiscordância em João Pessoa: conjugalidade e atendimento ao HIV/AIDS. In: FRANCH, M. et al. **Novas abordagens para casais sorodiferentes**. João Pessoa: Manufatura, 2011. p. 51-69.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Gerontologia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GARCIA, S. SOUZA, F. M. de. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 9-20. dez. 2010.

GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v 44. n 4. p. 443-449. ago. 2010.

GODOY, V. S. et al. O perfil epidemiológico da AIDS em idosos utilizando Sistemas de Informações em Saúde do DATASUS: realidades e desafios. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 7-11, 2008.

GOMES, S. F.; SILVA, C. M. da. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/AIDS: uma revisão. **Vittale.** Rio Grande, v. 20, n.1, p. 107-122, 2008.

GONÇALVES, T. R. et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. **Psicologia & Sociedade.** v. 21. n. 2. p. 223-232. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a09.pdf>>. Acesso em: 10 Mar de 2012.

GUEDES, T. G. et al. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 118-23, 2009.

LEWDEN, C. et al. Changes in causes of death among adults infected by HIV between 2000 and 2005: " e " Mortalité 2000 and 2005" Surveys. **J Acquir Immune Defic Synd.** v. 5. p. 590-598, 2008.

LIMA, M. M. et al. Conhecimento da população de Viçosa, MG, sobre as formas de transmissão da AIDS. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro. v.13. n. 6. p. 879-1888. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232008000600023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 15 Ago 2012.

LÔBO, M. B. et al. Segredos de liquidificador: conhecimento e práticas de sexo seguro por pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Eletr. Enf.** Goiânia, v. 14. n. 2. p. 395-403. abr. /jun. 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a20.htm>>. Acesso em 15 Ago 2012.

MADUREIRA, V. S. F. TRENTINI, M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro. v.13. n. 6. p. 1807-1816. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000600015>. Acesso em 15 fev 2013.

MALISKA, I. C. A. et al. Percepções e significados do diagnóstico e convívio com o HIV/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 30. n. 1. p. 85-91. mar. 2009.

MAKSUD, I. HIV/AIDS, intervenção e pesquisa: um debate sobre métodos a partir da sorodiscordância. In: FRANCH, M. et al. **Novas abordagens para casais sorodiferentes.** João Pessoa: Manufatura, 2011. p. 29-49.

MACHIESQUI, S. R. et al. Pessoas acima de 50 anos com AIDS: implicações para o dia-a-dia. **Esc Anna Nery.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 726-719. out. /dez. 2010.

MAIA, C. et al. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v 42. n 2. p. 242-248. fev. /abr. 2008.

MEYER, D. E. E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342. jun. 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4^a ed. São Paulo: Abrasco, 2006.

MOREIRA, A. S. P. et al. Percepção dos estudantes sobre o idoso e seus direitos: o caso da saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 30. n. 4. p. 654-660. dez. 2009.

NERI, A. L. **Palavras-chave em Gerontologia.** 3^a ed. Campinas: Editora Alínea, 2008.

OHARA, E. C. C. RIBEIRO, M. P. Saúde do idoso. In.: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família:** considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

OLTRAMARI, L. C. OTTO, L. S. Conjugalidade e AIDS: um estudo sobre infecção entre casais. **Psicologia & Sociedade;** v. 18, n. 3, p. 55-61. set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v18n3/a08v18n3.pdf>>. Acesso em: 10 Jun de 2011.

PEREIRA, G. S.; BORGES, C. I. Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro, v.14. n.4. p. 720-725. out. /dez. 2010.

RAXACH, J. C. Modelo hierárquico de prevenção do HIV/AIDS para diferentes tipos de práticas sexuais. In: FRANCH, M. et al. **Novas abordagens para casais sorodiferentes.** João Pessoa: Manufatura, 2011. p. 105-110.

REIS, R. K.; GIR, E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v. 44, n. 3, p. 759-765. 2010.

REIS, R. K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v. 43, n. 3. p. 662-669. set. 2009.

REZENDE, M. C. M. et al. AIDS na terceira idade: determinantes biopsicossociais. **Estudos.** Goiânia, v. 36, n. 1/2, p. 235-253. jan. /fev. 2009. Disponível em:

<<http://revistas.ucg.br/index.php/estudos/article/viewFile/1027/725>>. Acesso em: 12 Jun de 2011.

ROHDEN, F. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. **Horiz. antropol.** Porto Alegre, v. 17, n. 35. jan. /jun. 2011.

RON, P. Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance?. **International Journal of Geriatric Psychiatry.** v. 22. n. 7. p.656-662. 2007.

SÁ, A. M. S. de. et al. Conviver com HIV/AIDS: concepções de pessoas com idade acima de 50 anos. **Ser social.** Brasília, n. 21. p. 259-284. jul. /dez. 2007.

SALDANHA, A. A. W. et al. Representações sobre a AIDS na velhice por coordenadoras de grupos da terceira idade. **Psico-USF.** São Paulo, v. 13, n. 1, p. 95-103. jan. /jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psuf/v13n1/v13n1a12.pdf>>. Acesso em: 15 de Jun de 2011.

SALDANHA, A. A. W.; ARAÚJO, L. F. A AIDS na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. In: **VII Congresso Virtual HIV/AIDS – O VIH/SIDA na criança e no idoso.** Santarém: Metatexto, 2006. p. 179-188.

SANTOS, E. C. M. dos. et al. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 41. supl. 2. p. 64-71. dez. 2007.

SILVA, A. M. da.; CAMARGO JUNIOR, K. R. de. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 16. n. 12. p. 4865-4873. dez. 2011.

SILVA, L. S.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: **VII Congresso Virtual HIV/AIDS – O VIH/SIDA na criança e no idoso.** Santarém: Metatexto, 2006. p. 85-104.

SILVA, N. E. K. e.; AYRES, J. R. C. M. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, V. 25. n. 8. p. 1797-1806. ago. 2009.

SOUSA, A. C. A. et al. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com AIDS. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1. p. 22-26. 2009.

SOUSA, J. L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da AIDS, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. **DST – J bras Doenças Sex Transm.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 59-64, 2008.

SOUZA, R. F. de. et al. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60. n. 3. mai. /jun. 2007.

TAHAN, J. **Envelhecimento e qualidade de vida:** significados para idosos participantes de Grupos de Promoção de Saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. 2009. 95f.

Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade Federal de São Paulo, 2009. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde.../Jennifer.pdf>. Acesso em: 10 Fev 2011.

TAKAHASHI, K. Toward a life span Theory of Close Relationships: the affective relationships model. **Human Development**. v. 48. p. 48-66. 2005.

TEIXEIRA, I. N. O. Fragilidade biológica e qualidade de vida na velhice. In: NERI, A. L. **Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. Campinas: Alínia, 2007. Cap. 5. P. 151-169.

TERENCE, A. C. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: XXVI ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO – ENEGEP, 2006. Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: 2006, p. 1-9.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of global AIDS epidemic**. 2006. Disponível em: <www.unaids.org>. Acesso em: 10 Mai 2011.

_____. UNAIDS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estigma, discriminação e violação dos direitos humanos em relação ao VIH**. 2005. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/929173344X_por.pdf>. Acesso em: Jan de 2013.

VIANA, H. B.; MADRUGA, V. A. Sexualidade, qualidade de vida e atividade física no envelhecimento. **Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**. Campinas. v. 6. ed. esp. p. 222-233. jul. 2008.

VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Revintar, 2004.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto alegre: Artmed, 2007.

ZORNITTA, M. **Os novos idosos com AIDS e desigualdade à luz da Bioética**. 2008. 100f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4706>>. Acesso em 10 Jul 2012.

APÊNDICES



APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a),

Convidamo-lo (la) a participar da pesquisa intitulada: **Envelhecendo com HIV/Aids e enfrentamentos nas relações afetivo-sexuais**, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Prof^a. Dra. Valéria Peixoto Bezerra. O estudo tem como objetivo geral analisar os enfrentamentos de pessoas envelhecendo com HIV/Aids no contexto das relações afetivo-sexuais. Ressalto que a investigação poderá possibilitar a implementação de políticas públicas que promovam transformações sociais na promoção de saúde dessa população de forma integral e resolutiva. Para o êxito do estudo, solicito sua colaboração participando da entrevista com o uso do gravador, assinando o presente termo em duas vias, atendendo à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. É oportuno esclarecer que sua participação na pesquisa é voluntária, não trará dano previsível a sua pessoa, e você poderá desistir, em qualquer momento, de participar do estudo, além de ter seu anonimato garantido.

É importante mencionar que você receberá uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que estaremos à sua disposição para esclarecimentos que considere necessários em qualquer etapa do processo de pesquisa.

Solicitamos o seu consentimento também para a publicação e a divulgação dos resultados, nos veículos científicos e/ou de comunicação (jornais, revistas, congressos, dentre outros), conforme conveniência. Esperamos contar com seu apoio e, desde já, agradecemos por sua colaboração.

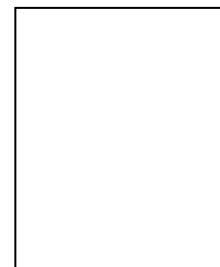
TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, depois de ler e de compreender as informações descritas neste formulário, concordo em participar do estudo e autorizo a publicação dos resultados nos meios de divulgação técnico-científicas, desde que seja mantido o sigilo sobre minha identidade. Informo que recebi uma cópia deste termo.

João Pessoa, ___ / ___ / ___.

Assinatura do (a) participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora responsável
ARIADNE PEREIRA PEDROZA
Contatos: (83) 8102-3209 e (83) 8845-9788



APÊNDICE B
ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Data:

Hora: _____ (INÍCIO) _____ (TÉRMINO)

I – Dados de identificação do participante:

Sexo: () M () F Escolaridade: _____ Profissão:

Estado civil: _____ Idade: _____ Religião: _____

Resultado atual: CD4+: _____ Carga viral: _____

Data da sorologia positiva para o HIV: _____

II – Questões norteadoras:

1. Como o (a) senhor (a) se sente ao envelhecer sendo portador (a) do HIV?
2. Como se transmite o HIV?
3. Há quanto tempo o (a) senhor (a) convive com o (a) atual parceiro (a)?
4. Teve outros (as) parceiros (as) antes do (a) atual? E depois?
5. O (a) senhor (a) foi contaminado pelo HIV antes ou depois do convívio com o (a) atual companheiro (a)?
6. Seu parceiro (a) sabe da sua sorologia? Caso positivo, qual foi a reação dele (a) frente a essa realidade? Caso negativo, qual o motivo de não contar-lhe?
7. Quais as mudanças no relacionamento com o (a) parceiro (a) após saber que é soropositivo?
8. Como é o relacionamento afetivo-sexual com o (a) seu (sua) parceiro (a)?
9. O (a) senhor (a) tem filhos com o (a) atual companheiro (a)? E com outro (a) companheiro (a)? Caso positivo, quantos e qual a idade dos filhos? Caso negativo, justifique.
11. Como é a prática sexual com seu (sua) parceiro (a)?
12. Qual o seu projeto de vida?
13. O que o (a) senhor (a) espera do relacionamento com o parceiro (a)?

ANEXOS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-
CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA - C.H.C.F.



GERÊNCIA DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que a aluna, **ARIADNE PEREIRA PEDROZA**, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, está autorizada a realizar a pesquisa intitulada **“ENVELHECIMENTO E HIV/AIDS: VULNERABILIDADE NA VIDA AFETIVO-SEXUAL DE PORTADORES IDOSOS”**, no Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga, no período de maio a julho do ano em curso.

Devo ressaltar que a pesquisadora deverá encontrar as condições necessárias para a realização da mesma.

João Pessoa, 43 de Abril de 2012

X
Adriana Melo Teixeira
Diretora Geral
Matrícula: 58.296-8
Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga
Adriana Melo Teixeira
Diretora



C.H.C.F. fazendo saúde pública com qualidade



Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga - C.N.P.J. 08.778.268/0005-94
Rua: Ester Borges Bastos, s/n - Jaguaribe - CEP. 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 32185449 - Fax: 3218 5416
E-mail: cep_chcf@hotmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 24/04/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “ENVELHECIMENTO E HIV/AIDS: VULNERABILIDADE NA VIDA AFETIVA-SEXUAL DE PORTADORES IDOSOS”, da Pesquisadora Ariadne Pereira Pedroza. CAEE: 02423912.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização ara posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.


Profª Eliane Marques C. de Sousa
Coordenadora CEP/CCS

