

PERCEPÇÃO DAS MULHERES IDOSAS FRENTE AO HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DE CAMPOS DOS GOYTACAZES/RJ

Márcia Regina Pacheco Soares; Fernanda Gonçalves Fernandes; Lea Sandra Risse; Nilza Franco Portela; Rosalee Santos Crespo Istoe

*Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro
E-mail: mpachecosoares@gmail.com*

Resumo

A AIDS é apontada como uma das doenças mais devastadoras desde o século XX. A mulher, por aspectos anatômicos e fisiológicos, é mais suscetível à infecção pelo vírus HIV do que o homem. Em mulheres idosas, a aparição de sintomas comuns ao estágio inicial do HIV/AIDS geralmente são ignorados, acarretando um diagnóstico tardio da doença nessa população. O estudo tem como objetivo identificar a percepção de mulheres idosas frente ao perfil epidemiológico do HIV/AIDS, considerando as especificidades do gênero, sexualidade, vulnerabilidade e o contexto sociocultural. Problematiza questões sociais e biológicas do processo de envelhecimento feminino correlacionado à saúde e a adoção de práticas sexuais seguras. O universo deste estudo foi constituído por idosas, com idade igual ou superior a 60 anos, participantes do Programa Terceira Idade em Ação, desenvolvido na Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro no município de Campos dos Goytacazes, estado do Rio de Janeiro. Este estudo foi desenvolvido a partir de uma pesquisa aplicada, com delineamento transversal, seguindo uma abordagem qualitativa diante do problema exposto. Os resultados demonstram que a maioria das mulheres idosas é sexualmente ativa; possuem uma percepção negativa de sua qualidade de vida sexual; não se consideram em risco; e não adotam métodos preventivos.

Palavras-chave: Envelhecimento, HIV/AIDS, Vulnerabilidade.

1. Introdução

Historicamente, o governo e os órgãos competentes de controles epidemiológicos só reconheceram a mudança do perfil da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no Brasil e a sua relevante importância entre as mulheres, na década de 1990. No entanto, a forma de transmissão por relação sexual entre heterossexuais é a categoria que continua a crescer, apresentando considerável aumento no cenário epidemiológico atual do Brasil.

Neste contexto, a mulher, por seu aspecto biológico, é mais suscetível à infecção pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) do que o homem. Por razões anatômicas e fisiológicas, a mulher corre o dobro de riscos de contrair o vírus quando comparada ao homem. O Ministério da Saúde (2013) ainda aponta como fator da progressão de casos de AIDS entre mulheres, além dos aspectos anatômico e fisiológico, o de gênero (marginalização sociocultural).

Pesquisas na área da saúde apontam que, a partir da implementação do tratamento com antirretrovirais, os portadores de HIV apresentam uma expectativa de vida maior e com melhor qualidade de vida devido a estes avanços terapêuticos. Contudo as mulheres chegam mais tardiamente aos serviços de saúde ou não são diagnosticadas. Dessa forma, é possível identificar que as mulheres são negligenciadas pelos que fazem parte de sua vida (família, social, cultural).

A avaliação da qualidade de vida é uma medida significativa para identificar mudanças na saúde, efeitos do tratamento, promoção da saúde e prevenção da mortalidade, tornando-se indispensável para identificar as condições necessárias a uma vida com mais qualidade. Nesse sentido, é possível identificar o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações com HIV/AIDS no Brasil e no mundo, já que os indicadores compreendem questões como promoção e prevenção de agravos à saúde e, conseqüentemente, à mortalidade (prevalência do tratamento).

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população são fatores importantes para a compreensão da AIDS na maturidade e na velhice, pois as notificações de infecção pelo HIV têm aumentado entre as pessoas mais velhas. A visão errada a cerca da sexualidade dos idosos, tem sido abordada em pesquisas sobre a vivência da AIDS na velhice e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos com HIV.

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) pertence à família dos retrovírus humanos (Retroviridae) e à subfamília dos lentivírus. Os quatro retrovírus humanos reconhecidos pertencem a dois grupos distintos: aos retrovírus, que são transformadores, e aos vírus da imunodeficiência humana o HIV 1 e HIV 2, que causam efeitos citopáticos (alterações celulares). A causa mais comum da doença pelo HIV no mundo inteiro é o HIV 1, que compreende vários subtipos com distribuições geográficas diferentes. Entre humanos o HIV é transmitido por contato homossexual e heterossexual, por sangue e hemoderivados, por mães infectadas a seus filhos na gestação, parto ou através do aleitamento.

O HIV é o agente etiológico da AIDS. O autor Braunwald (2008) expõe que a infecção pelo HIV é crônica, com variação do grau de replicação viral. Os indivíduos infectados podem não apresentar variações clínicas da doença por um período médio de 10 anos, sendo que a infecção pelo HIV muito raramente mata o hospedeiro durante a infecção primária. Pacientes com variações clínicas da doença sem tratamento ou pacientes em que o tratamento não consegue controlar a replicação viral (doença avançada) tornam-se susceptíveis a doenças oportunistas.

A manifestação do HIV pode ocorrer ou ser percebida por meio do aparecimento de infecções oportunistas, isso ocorre devido à vulnerabilidade do sistema imunológico. Dentre as

alterações clínicas decorrentes do HIV, destaca-se a demência, que compromete a memória, distúrbios do movimento e sintomas depressivos. Segundo o Ministério da Saúde, com o desenvolvimento e evolução do tratamento anti-retroviral, as manifestações decorrentes do HIV tornaram-se menos frequentes, havendo assim uma melhora substancial do prognóstico e da qualidade de vida das pessoas que vivem com AIDS, tendo como objetivo principal o aumento do tempo e da qualidade de vida dos portadores de HIV/AIDS (FALCÃO, 2010).

O tratamento do HIV/AIDS se dá por meio da terapia combinada de antirretrovirais (TARV) com objetivo da supressão da replicação viral, sendo a terapia um componente indispensável para prolongar e melhorar a qualidade de vida dos pacientes infectados pelo HIV.

A AIDS é apontada como uma doença global e é considerada como uma das mais devastadoras do século XX no mundo visto a magnitude e extensão dos danos causados às populações. No início, as pessoas infectadas eram predominantemente jovens, homens homossexuais e usuários de drogas endovenosas. Em pouco tempo, a AIDS foi identificada em outros segmentos da população, como bissexuais, hemofílicos, heterossexuais e receptores de sangue e hemoderivados, que passaram a ser denominados de grupos de risco. Esta denominação de grupos de risco serviu para isolar e discriminar os portadores de HIV/AIDS. Com a evolução dos estudos epidemiológicos acerca do HIV/AIDS, atualmente se considera o comportamento de risco, visto que todas as pessoas podem ser infectadas pelo vírus, independente de sexo e orientação sexual (BRAUNWALD, 2008).

Uma das características do HIV/AIDS na maturidade e na velhice é a dificuldade de diferenciar os sintomas da AIDS das doenças próprias do envelhecimento. Sintomas, como cansaço mental, falta de apetite, esquecimento e dificuldade de concentração nas atividades cotidianas são muitas vezes considerados pelos profissionais de saúde como patologias próprias do envelhecimento e não sintomas de sorologia positiva para HIV/AIDS. Em virtude das crenças limitadas sobre o envelhecimento, a aparição de sintomas cognitivos comuns ao estágio inicial do HIV/AIDS em pessoas mais velhas (mais de 50 anos) é ignorada, acarretando um diagnóstico tardio da doença nos mais velhos (FALCÃO, 2010).

Do ponto de vista biológico, as mulheres são mais suscetíveis à transmissão do HIV do que os homens, por razões anatômicas, por apresentarem uma grande superfície de mucosa vaginal que se expõe ao sêmen, que, por sua vez, contém uma maior concentração de vírus que o fluido vaginal, tendo, pois, a mulher o dobro do risco de contrair o vírus em relação ao homem. (GALVÃO, 2002).

Na menopausa, o risco aumenta ainda mais devido às alterações hormonais que propiciam alterações nas paredes vaginais, ficando mais finas e ressecadas, favorecendo o aparecimento de micro lesões que favorecem a infecção pelo HIV (BERTONCINI, 2007).

Segundo Galvão (2002), ao longo da disseminação da epidemia de AIDS entre as mulheres, estas estiveram excluídas das campanhas educativas e das ações e metas governamentais de atenção à saúde. Sua vulnerabilidade à doença era negligenciada e o crescimento do número de casos nas notificações permanecia invisível. E nesse período houve falta de diagnóstico rápido dos dados epidemiológicos que apontassem o crescimento dos casos da AIDS entre as mulheres.

Outro fator relacionado ao comprometimento na divulgação de informações para a aprendizagem da população foi o teor sofisticado das mensagens, dificultando a decodificação e compreensão pelas mulheres com pouca escolaridade. Os conteúdos das campanhas educativas são centrados na negociação sexual com o parceiro, o que não é adequado ao perfil de vulnerabilidade das mulheres que contraem o HIV. Existe ainda a existência de falhas na organização e na difusão de dados, os quais deveriam subsidiar as estratégias de prevenção e desempenhar o papel principal na veiculação de informação para a prevenção do HIV entre as mulheres.

Dados apontam que no ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de AIDS no Brasil. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. No Brasil, a cobertura de teste de HIV na população sexualmente ativa é de quase 40%. Estima-se que, aproximadamente 718 mil indivíduos vivam com o HIV/AIDS, o que representa uma taxa de prevalência de 0,4% na população geral, dos quais cerca de 80% (574 mil pessoas) tenham sido diagnosticados. Em 2012, a taxa de detecção de casos de AIDS em homens foi de 26,1/100.000 habitantes e de 14,5/100.000 em mulheres, apresentando a razão entre sexos de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres. Além disso, observa-se uma tendência de aumento nas taxas de detecção entre os jovens de 15 a 24 anos, e entre os adultos com 50 anos ou mais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Nesse contexto Falcão (2010) argumenta que:

(...) A taxa de incidência (100 mil habitantes) dos casos de AIDS em homens na faixa etária de 50 a 59 anos foi de 29,3 em 2006, índice superior à taxa de incidência em homens na faixa de 20 a 24 anos, que apresentou índice de 13,7. As mulheres de 50 a 59 anos apresentaram uma incidência de 17,4, número relativamente superior ao das mulheres de 20 a 24 anos, que apresentaram uma taxa de incidência de 12. Ainda em relação à taxa de incidência segundo sexo e faixa etária, verifica-se que, no sexo masculino, as taxas mais elevadas estão na faixa etária de 30 a 49 anos. Isso pode implicar, futuramente, o aumento significativo de pessoas soropositivas para o HIV na maturidade e na velhice (FALCÃO, 2010, p.127).

Pesquisas comportamentais identificaram que 80% dos indivíduos de faixa etária entre 15 e 65 anos são sexualmente ativos e que a utilização de preservativo é mais comum entre os jovens, tendo a venda de preservativos aumentada de 50 milhões de unidades em 1992 para 300 milhões de unidades em 1998 (BRITO, 2000).

A partir da década de 1960, o debate sobre as identidades, as práticas sexuais e de gênero vem se destacando na área das ciências sociais e promovendo movimentos sociais acalorados como os movimentos feministas, e movimentos de gays e lésbicas; e são sustentados, também, por todos aqueles que se sentem ameaçados por essas manifestações, possibilitando assim que novas identidades sociais se tornassem visíveis, provocando, em seu processo de afirmação, novas divisões sociais. Essas transformações sociais que construíram novas formas de relacionamentos e estilos de vida já se mostravam, naquela época, perturbadoras, e estas se acelerariam ainda mais, nas décadas seguintes. A partir daí surgiram intervenções em setores que eram considerados imutáveis, históricos e universais (hormônios, fertilização/congelamento de embrião, mudança de sexo/transsexualidade, direitos civis/batalhas judiciais/direito e preconceito). E todas essas transformações afetaram as formas de se viver e de se construir identidades de gênero e sexuais. Assim sendo, tais transformações nos remete a compreender que a sexualidade não é só uma questão pessoal, é também uma questão social e política. E a sexualidade é aprendida e construída, ao longo de toda a vida (LOURO, 2000).

Nas últimas décadas o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico, que se caracteriza pela redução da taxa de crescimento populacional e por transformações profundas na composição de sua estrutura etária, com um significativo aumento do contingente de idosos. Tais modificações têm expressado importantes mudanças também no perfil epidemiológico da população, com alterações relevantes nos indicadores de morbimortalidade, que contemplam questões e atributos individuais da população, como: sexo, idade, educação e rendimento, em variados períodos de referência e espaços geográficos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE), 2009).

Conforme dados divulgados pelo IBGE (2013) o censo de 2010 constatou que houve aumento na expectativa de vida e diminuição da mortalidade. Isto pode ser observado principalmente nos grupos de menores de um ano de idade e de 80 anos ou mais, e com maior intensidade na população feminina.

O envelhecimento progressivo da população possibilitou a visibilidade social desta camada da população, pois não só as pessoas vivem mais tempo, mas também as condições de saúde e o

potencial de integração social foram prolongados, promovendo uma crescente demanda na área da saúde sexual na segunda metade da vida (terapias hormonais, medicamentos para libido, pílulas e prótese para disfunções de ereção). Mesmo com essas evoluções, a sexualidade no processo de envelhecimento ainda é um assunto particularmente contaminado com preconceitos (VASCONCELOS, 2004).

Vasconcelos (2004) ressalta ainda que, os estereótipos relacionados à degradação biológica no processo de envelhecimento ainda continuam presentes no pensamento cultural. Até recentemente, acreditava-se que, por volta dos cinquenta anos, o declínio da função sexual seria inevitável, nas mulheres através da menopausa e no homem devido às disfunções de ereção, além da perda do objetivo social da atividade sexual, que seria a procriação. O processo de envelhecimento apresenta várias alterações ao nível do corpo, umas mais visíveis que outras. No caso das mulheres, a maior parte das alterações é em consequência da menopausa e da sua alteração hormonal, que tendencialmente acontece por volta dos 50 anos, período no qual a mulher encerra seu ciclo menstrual e a sua capacidade de procriação. Algumas destas mudanças orgânicas das mulheres podem dificultar a relação sexual, como, por exemplo, a atrofia e lentidão de lubrificação vaginal, que resulta numa penetração lenta e dolorosa e maior vulnerabilidade para infecções e também pode ocorrer dor ao urinar após a relação. Estas ocorrências são as principais razões apresentadas pelas mulheres idosas como motivos da diminuição ou perda do interesse pelas relações sexuais (RIBEIRO, 2011).

A visão de perpetuação da espécie humana, inata ao homem, sobrevaloriza a reprodução enfatizada na figura da genitália, sobreposta à questão emocional. Deste modo, a sexualidade na velhice se torna, em muitos casos, algo sem sentido. A forma e a intensidade como se vive a sexualidade depende, em grande parte, da forma como esta foi vivida durante a vida. Se no passado ou fase de jovem/adulto, a sexualidade desempenhava um papel importante, na velhice essa importância se manterá, pois o envelhecimento não diminui o prazer e o interesse na sexualidade. Isso se verifica, pois os aspectos essenciais como identidade, papel de gênero, capacidade de namorar e afeto, intimidade e compromisso, dar e receber não tem justificativa para diminuir ou acabar com a velhice; ao contrário, mas sim em muitos casos, até melhorar. Assim, mesmo que com o avançar da idade, a atividade sexual possa diminuir, o interesse e a capacidade de desempenhar a sexualidade, de forma satisfatória, se manterá (RIBEIRO, 2011).

Ribeiro (2011) apresenta ainda que a vivência da sexualidade na velhice tem toda uma importância e benefícios físicos e psicológicos. Pois é uma forma de fazer exercício físico,

reproduzindo, assim, os mesmos benefícios da atividade física; proporciona, ainda, maior cuidado com a higiene pessoal e com a imagem, queima gorduras e libera endorfina no organismo, reduzindo a ansiedade, além de melhorar a autoestima e a sensação de bem estar. Nas mulheres, especificamente, mantém e fortalece as secreções e paredes vaginais, e no homem estimula a liberação de testosterona, que fortifica os músculos e os ossos. Além de maior conhecimento do parceiro e uma compreensão mais profunda das suas necessidades e gosto, maior experiência sexual, favorecendo relações sexuais mais satisfatórias e relaxantes, relações mais satisfatórias devido à necessidade de mais tempo para alcançar o orgasmo, maior importância quanto a partilhar o afeto com o companheiro (a), satisfação com menor número de relações sexuais, contato maior do pênis com a vagina (mais estreita), despreocupação quanto à gravidez, maior privacidade (crescimento dos filhos), mais tempo para se dedicar a sexualidade (aposentadoria) e menos stress.

As infecções sexualmente transmissíveis, denominadas doenças sexualmente transmissíveis, são infecções transmitidas pelo contato sexual, através do sêmen ou esperma, fluido vaginal ou sangue, causadas por bactérias, vírus ou parasitos. Isto é, são doenças transmitidas principalmente pela atividade sexual oral, genital e anal. As principais DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) são a clamídia, gonorreia, hepatite B e C, herpes genital, sífilis e HIV. Algumas destas doenças são facilmente tratáveis e curáveis, mas outras são fatais e sem cura no momento, como é o caso da AIDS.

Em nível mundial é cada vez mais frequente o acometimento de pessoas idosas por infecções sexualmente transmissíveis e existem fatores associados à idade avançada que aumentam a vulnerabilidade das pessoas idosas a contrair o HIV como: menopausa na mulher (pela perda do medo de engravidar não utiliza preservativo); vulnerabilidade do sistema imune (fácil transmissão pela baixa defesa do organismo); pequena probabilidade de ter realizado o teste de HIV/AIDS (por estar infectado sem saber e não tomar cuidado para não transmitir o vírus, a população idosa não reconhece/assume o risco); não utilização do preservativo; consumo de medicação para estimulação sexual (prática de relação sexual por mais anos); e aumento de divórcios e viuvezes (aumento de parceiros sexuais ao longo da vida) (RIBEIRO, 2011).

O HIV/AIDS está longe de acometer apenas pessoas jovens. Isso pode ser observado desde o início da infecção no Brasil, onde em 1997 havia 7.239 casos de AIDS em pessoas da faixa etária de 50 a 59 anos e 2.835 casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais. Passados 10 anos, o MS, por meio do Boletim Epidemiológico, apresentava um aumento 32.231 casos na faixa etária de 50 a 59 anos e de 11.100 novos casos na faixa etária de 60 anos ou mais. Esses dados podem ser ainda

maiores, uma vez que a subnotificação dos casos de HIV/AIDS nesta faixa etária, varia de 24% a 65%. As subnotificações correspondem aos casos de HIV/AIDS, que não são comunicados aos serviços locais de saúde pública ou quando são comunicados/notificados fora do período de tempo estabelecido (FALCÃO, 2010).

A visão errada a cerca da sexualidade dos idosos, tem sido abordada em pesquisas sobre a vivência da AIDS na velhice e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos idosos com HIV.

Nesse sentido, Falcão (2010) expõe que, um aspecto relevante do HIV/AIDS na velhice é o diagnóstico tardio, visto que ainda existem profissionais de saúde que acreditam que os idosos não são vulneráveis ao HIV, por acreditarem que esses sujeitos não possuem vida sexual ativa, mesmo conhecendo as terapias hormonais e fármacos para melhoria da atividade sexual. Outro aspecto a ser destacado é o impacto da soropositividade na saúde mental da pessoa, pois estes sentem os impactos desde o momento do diagnóstico até a progressão e tratamento da doença. A descoberta do vírus ou da doença leva ao surgimento de sentimentos como o medo da morte, a depressão, o isolamento, a debilidade do sistema imunológico, refletindo de forma negativa na adesão ao tratamento.

Esse estudo teve como objetivo identificar a percepção e o comportamento de risco de mulheres idosas frente ao perfil epidemiológico do HIV/AIDS, a partir de uma pesquisa aplicada, com delineamento transversal, seguindo uma abordagem qualitativa.

2. Metodologia

A natureza desta pesquisa foi de caráter aplicado, com delineamento transversal com abordagem qualitativa. Do ponto de vista dos objetivos, caracteriza-se por exploratória e descritiva.

O universo da pesquisa foi constituído por idosas inscritas no Programa Terceira Idade em Ação, desenvolvido nas dependências da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro no município de Campos dos Goytacazes/RJ. O Programa Terceira Idade em Ação realiza ações nas áreas de Assistência preventiva à Saúde, à Educação e Inclusão Social, voltadas para idosos, com a finalidade de promover melhorias na qualidade de vida, contribuir para um envelhecimento ativo, saudável, procurando assegurar ao idoso a integração familiar, social e o exercício da cidadania. Conta, atualmente com cerca de 400 idosos inscritos para participar das atividades, oriundos do próprio município e também de municípios vizinhos.

A amostragem deste estudo foi composta por 40 mulheres com mais de 60 anos, selecionadas de forma não probabilística intencional, realizada de forma voluntária e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os instrumentos de coleta de dados foram formulários semiestruturados e entrevistas. O formulário inicial, composto de 42 questões, e o formulário de comparação, com 2 questões fechadas de auto avaliação.

3. Resultados e Discussões

Relativo às questões da sexualidade foi constatado que a iniciação sexual destas mulheres está fortemente ligada ao matrimônio. A maioria tem vida sexual ativa e apresentam em média um parceiro sexual e até três relações sexuais mensais. Em relação à qualidade de vida sexual mais da metade das mulheres não percebem de forma positiva sua qualidade de vida sexual. 100% das mulheres são heterossexuais, e possuem pouco conhecimento sobre HIV/AIDS (vírus HIV, sintomas do HIV positivo e exame diagnóstico). A maioria das mulheres acredita que o maior risco de contaminação por HIV está nos relacionamentos homossexuais e bissexuais. A maioria tem consciência de que HIV/AIDS é uma doença que não tem cura. A maioria nunca fez uso de preservativo e nunca realizou o teste de HIV. (Gráfico 1).

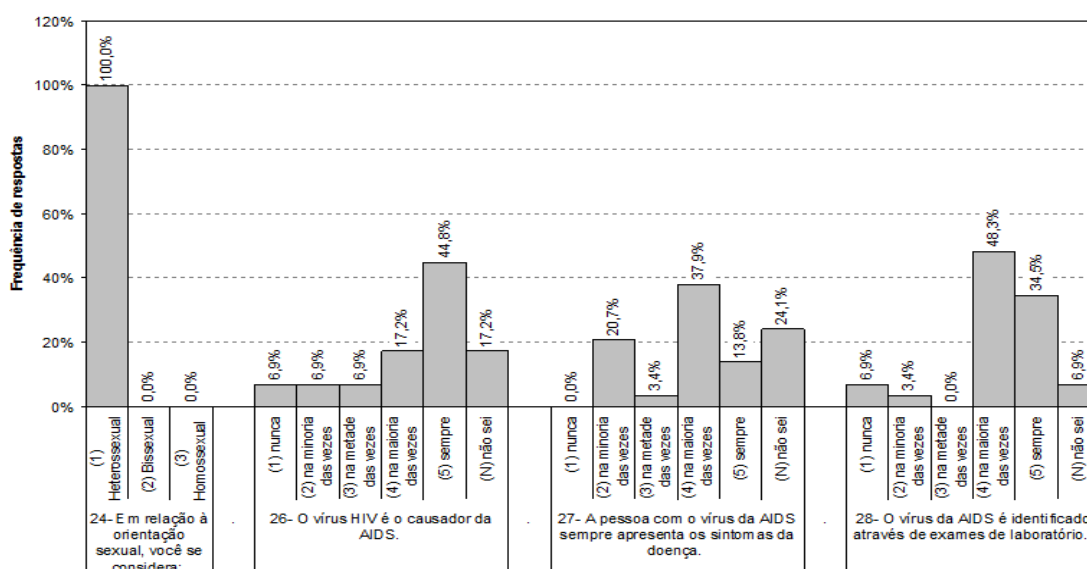


Gráfico 1 - Proporção (%) do conhecimento das mulheres na 3ª Idade sobre sexo, contaminação, sintomas e diagnóstico do HIV/AIDS.

Fonte: Dados da Pesquisa

4. Conclusões

Foi constatado que há uma despreocupação das mulheres em relação a contaminação do HIV/AIDS, pois não se consideram em risco. Tal percepção reflete diretamente nas práticas sexuais, onde a maioria das mulheres idosas não utiliza ou nunca utilizou preservativo.

Conclui-se que, a percepção das mulheres idosas, acerca da vulnerabilidade feminina de contágio do HIV/AIDS, é de alta prevalência do comportamento de riscos e, a percepção da vulnerabilidade individual é baixa e frequentemente desconsiderada.

5. Referências Bibliográficas

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2013.

Braunwald E. Medicina Interna. 17ª edição. Rio de Janeiro: Mc Graw-will Interamericana do Brasil, 2008.

Falcão DVS, Araújo LF. Idosos e saúde mental. São Paulo: Papyrus, 2010.

Galvão MTG. Aplicação do instrumento HAT-QoL para análise da qualidade de vida de mulheres com infecção pelo HIV, ou com aids e sua correlação com variáveis sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas. 2002. Tese Doutorado. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002.

Bertoncini B, Moraes KS, Kulkanp I. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. Universidade Federal Fluminense. Revista DST – Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis, 2007.

Brito AM, Castilho EA, Szwacwald CL. AIDS e Infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2000.

Louro GL. O CORPO EDUCADO Pedagogia da Sexualidade. 2ª edição. Belo Horizonte: Créditos/copyrights, 2000.

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009. Disponível

em:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm.

Acessado em: 19 de fevereiro de 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060. Projeção da população das unidades da federação por sexo e idade para o período 2000/2030. Rio de Janeiro: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

Disponível

em:

ftp://ftp.ibge.gov.br/projecao_da_populacao/projecao_da_populacao_2013/nota_metodologica_2013.

Acesso em: 20/11/2015.

Vasconcelos D. et al. A sexualidade no processo de envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. Estudos da Psicologia, 2004.

Ribeiro O, Paul C. Manual de envelhecimento activo. Lisboa.: Lidel, 2011.