

O COMPORTAMENTO SEXUAL NA TERCEIRA IDADE, SAÚDE SEXUAL PARA O IDOSO E A QUESTÃO DA AIDS (TERCEIRA IDADE E A AIDS)

THIAGO DE ALMEIDA

thiagodealmeida@thiagodealmeida.com.br
UNESP

MARIA LUIZA LOURENÇO

Universidade de São Paulo - FE

RESUMO

As estatísticas indicam que teremos no Brasil, em 2025, mais de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos. Isso se deve, dentre outros fatores, ao aumento da expectativa de vida da população idosa. Essa população, apesar do surgimento de inúmeras doenças naturalmente existentes pelo fator envelhecimento, também não deixa de vivenciar as diversas formas de sua sexualidade, muitas vezes amparada em medicamentos que minimizam os danos gerados, além de estar associada à dimensão psicoafetiva. Infelizmente, o perfil de saúde em nosso país e no mundo em relação à população idosa também sofre mudanças, pois, no lugar das doenças crônicas não transmissíveis, geralmente relacionadas com o envelhecimento, nos deparamos com doenças decorrentes de infecções sexualmente transmissíveis como o HIV. A AIDS sempre foi vista como uma doença de jovens e adultos, como se a população mais velha não fosse sexualmente ativa. Mas os números mostram que a epidemia cresceu nessa população, principalmente nos últimos anos, e que os preconceitos que cercam a vivência da sexualidade em pessoas com mais de 60 anos limitam e dificultam a abordagem sobre o HIV, além da ausência de políticas públicas de saúde referente a essa população.

Palavras-chave: envelhecimento, sexualidade, HIV, AIDS.

O COMPORTAMENTO SEXUAL NA TERCEIRA IDADE, SAÚDE SEXUAL PARA O IDOSO E A QUESTÃO DA AIDS

“Nem tudo é dias de sol,
e a chuva, quando falta muito, pede-se.
Por isso tomo a infelicidade com a felicidade,
naturalmente, como quem não estranha
que haja montanhas e planícies
E que haja rochedos e erva ...

O que é preciso é ser-se natural e calmo
na felicidade ou na infelicidade,
sentir como quem olha,
pensar como quem anda,
e quando se vai morrer, lembrar-se de que o dia morre,
e que o poente é belo e é bela a noite que fica...
Assim é e assim seja ...”

(Alberto Caieiro, *O guardador de rebanhos*)

ENVELHECIMENTO: PANORAMA MUNDIAL E NACIONAL

A redução na taxa mortalidade entre pessoas mais velhas de idade resultou em aumento no número de idosos mais frágeis. Estudos demográficos brasileiros sinalizam um rápido aumento no tamanho da população de idosos. Assim, de acordo com alguns autores, o Brasil deixa de ser considerado um país de jovens (Papaléo Netto, 2005; Morais, 2009).

O aumento do número de idosos na população brasileira é um fato que chama a atenção por suas características e consequências (Pavarini, Mendiondo, Barham, Varoto & Filizola, 2005; Pavarini et al., 2009). Embora não seja uma exclusividade do Brasil, posto que o envelhecimento é um fenômeno universal, o aumento do tamanho da população brasileira acima dos 60 anos ocorre com algumas peculiaridades, devido à velocidade com que esse processo acontece. Esse crescimento populacional se deve em grande parte ao aumento considerável na expectativa de vida dos brasileiros e que, associado à queda da taxa de natalidade, amplia a proporção relativa de idosos na população. Em termos absolutos, o cenário brasileiro, em 2025, será a sexta população de idosos no mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas acima de 60 anos. Estima-se também que, em 2050, haverá 2 bilhões de pessoas idosas no mundo (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005).

No contexto da transição demográfica, o perfil de saúde em nosso país também sofre mudanças. Se, por um lado, o envelhecimento populacional trouxe os benefícios de uma maior longevidade, por outro, trouxe um novo perfil de morbimortalidade. No lugar das doenças crônicas não transmissíveis geralmente relacionadas com idosos como a hipertensão, diabetes, artrite, insuficiência renal crônica, osteoporose e demências, estamos nos deparando com as doenças infecciosas sexualmente transmissíveis como o HIV.

É preciso destacar que o envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, ou seja, ocorre de forma diferente entre as pessoas. É sabido que há influência das condições econômicas e sociais no envelhecimento. Então, se cada velhice tem uma forma única de ser, com características singulares, essas serão impossíveis de ser numeráveis. Pessoas que vivem em situação socioeconômica precária estão mais expostas ao risco de adoecer e morrer, quadro este que se intensifica em populações vulneráveis, como os idosos (Feliciano, Moraes & Freitas, 2004). Com o advento de medicações e

a visão social acerca do idoso como um ser assexuado ou incapaz de produzir desejos em outras pessoas, aumenta ainda mais a sua vulnerabilidade frente às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), dentre elas, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). O HIV é o agente causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (Melo, Gorzoni, Melo & Melo, 2002).

O primeiro caso de AIDS foi identificado em 1979 em Nova Iorque. O vírus do HIV foi identificado pela primeira vez em 1983/84 por cientistas do National Cancer Institute (EUA) e do Instituto Pasteur (França). Esses investigadores desenvolveram um teste (ELISA, do acrônimo em inglês de Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay) para determinar a presença dos anticorpos no sangue e que deu a chance de investigar a origem e os modos de transmissão da doença.

A ocorrência da AIDS, enquanto epidemia nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (Brito, Castilhos & Szwarcwald, 2001). Pelo fato de a sociedade não levar em conta a vida afetiva e sexual dos idosos e não levantar discussões sobre medidas preventivas necessárias para atingir esta faixa etária da população, os idosos estão aparentemente à mercê do contágio do vírus HIV (Almeida & Lourenço, 2009; Almeida & Lourenço, 2008; Almeida & Lourenço, 2007; Mayor, Antunes & Almeida, 2009). Observa-se um grande paradoxo em se tratando de medidas preventivas: na mídia, o enfoque das campanhas de prevenção a infecções sexualmente transmissíveis é dirigido aos adolescentes. Porém, é também na mídia que se veiculam as propagandas que prometem acabar com a impotência sexual fomentando paulatinamente a adesão dos idosos aos comportamentos de uma vida sexual ativa. Concomitantemente, é interessante destacar que os próprios idosos se consideram imunes ao vírus. De acordo com Gomes (2008):

A escassez de campanhas dirigidas aos idosos para a prevenção de doenças sexualmente transmitidas (DSTs), aliada ao preconceito em relação ao uso de preservativos nessa população e a sua maior atividade sexual, expõe um segmento importante da população ao risco de contrair infecção pelo HIV. Além disso, os profissionais da saúde não estão adequadamente treinados para o pronto diagnóstico de DSTs nessa faixa etária, em que, em geral, as enfermidades crônico-degenerativas têm um papel predominante (p. 109).

Os preconceitos que cercam a vivência da sexualidade em pessoas acima dos 60 anos limitam e dificultam a abordagem sobre o HIV. A AIDS sempre foi vista como uma doença de jovens e adultos, como se a população mais velha não fosse sexualmente ativa. No entanto, os números mostram que a epidemia cresceu nessa população, principalmente nos últimos anos.

Infelizmente, em boa parte do mundo e principalmente no Brasil, ainda não encontramos preparo e adequação suficientes dos serviços de saúde e políticas públicas para a prevenção e o tratamento da população idosa contaminada pelo vírus HIV. Os recursos humanos, materiais e tecnológicos parecem não estar aptos a lidar com as características do envelhecimento, especialmente no que se refere ao perfil de doenças que acometem os idosos (Gonçalves, Alvarez, Sena, Santana & Vicente, 2006). A mudança do perfil epidemiológico e a observação do aumento do número de casos de AIDS acima dos 60 anos nos fazem reestruturar conceitos até então vigentes, e por muitas vezes, preconceituosos. O acesso à informação e a transformação cultural permitiram modificações comportamentais relacionadas à sexualidade do idoso, não só com o ato sexual em si, mas com a proximidade, satisfação e a sensação do outro.

A LINGUAGEM DA SEXUALIDADE PARA OS IDOSOS

A sexualidade se manifesta nas múltiplas etapas do ciclo vital e será vivenciada e expressada de diferentes formas. A terceira idade pode ser vivida de forma mais intensa, desde a aproximação de uma pessoa pela qual cada idoso se sinta atraído, até carícias, olhares, beijos, abraços, jogos sexuais, masturbação e fantasias. Capodiecì (2000) postula que:

Na idade avançada ama-se de maneira mais profunda, consegue-se purificar o amor da paixão, que é mais sensual do que genital. Assim, para eles, um olhar ou uma carícia podem valer mais do que muitas declarações de amor. (p. 231)

É com estas palavras e expressões bem mais espontâneas e autênticas que a sexualidade pode ser vivenciada. Envolve tanto a parte física como a comunicação, é aprendida e menos instintiva, possibilita novas experiências criativas e exige sensibilidade pela pessoa e pelo casal nesta fase vital.

O envelhecimento fisiológico produz mudanças universais que afetam todas as pessoas que chegam à terceira idade, mas elas podem manter, se assim o desejarem, a atividade sexual. O que podemos perceber nesse sentido é que, na terceira idade, não se perde a sexualidade, mas se a redescobre, e nessa perspectiva devemos olhar as possibilidades criativas construídas pelo corpo vivido (Santos, 2003). Isso significa olhá-la de outra forma, e esse novo olhar possibilita uma vivência da sexualidade de maneira diferente, uma vez que ela se manifesta na expressão do corpo. Por esse motivo é fundamental compreendê-lo como “primeiro e único lugar da experiência humana, a fonte de todos os nossos desejos” (Labronici, 2002, p. 20).

O contato físico é a maneira mais efetiva de demonstrar intenções positivas, pois ele se refere diretamente a aspectos valorizados na interação afetivossexual. Conforme Davis (1992) salienta, o contato físico se constitui muito além de estímulos agradáveis, uma vez que é “uma necessidade biológica”. Se o poder atribuído ao toque é revitalizante e favorável ao desenvolvimento das funções biológicas e emocionais, há que se perder o pudor demasiadamente considerado e usar, de forma harmônica, o poder que as mãos e os braços oferecem à saúde.

De fato, a sexualidade na terceira idade parece estar mais associada à sua dimensão psicoafetiva. Vasconcelos (1994) propõe que:

O sucesso conjugal na velhice está ligado à intimidade, à companhia e à capacidade de expressar sentimentos verdadeiros um para o outro, numa atmosfera de segurança, carinho e reciprocidade, e pode significar uma oportunidade de expressar afeto, admiração e amor, a confirmação de um corpo funcional aliado ao prazer de tocar e ser tocado. (p. 84).

A sexualidade é uma esfera da vida importante em todas as fases, dando significado e segurança às pessoas de terceira idade, pois, perante um conjunto de perdas e riscos que esta etapa pode acarretar, mais necessário se torna termos alguém com quem partilhar as nossas angústias e ansiedades.

Na visão de Butler e Lewis (1985), na terceira idade o homem e a mulher podem manter o desejo sexual por meio do contínuo exercício da sedução. Não ter pressa, saborear devagar cada momento, a começar pelas carícias, beijos suaves e abraços amorosos. Na intimidade não é preciso fazer nenhum tipo de acrobacia performática para demonstrar vigor e manifestar que se é sexualmente ativo. Cada casal e cada interação ditará o que é necessário para se satisfazer adequadamente com a(o) parceiro(a), e então, cada momento basta para fortalecê-lo. Há de se ressaltar, então, que não é preciso ter sempre a penetração, ou que essa seja eficaz, para se alcançar tal objetivo. Todas essas são formas diferentes de amar na terceira idade, são todas legítimas, nem melhores nem piores, se comparadas a outras etapas da vida.

Talvez, o sexo vivenciado na terceira idade será melhor praticado, compreendido e desfrutado se o casal tiver proximidade etária, compartilhando a maturidade de ambos os componentes da relação e propiciando o equilíbrio do casal. No entanto, as definições, os modelos e os termos sobre as atividades sexuais vivenciadas na Terceira Idade, podem se tornar um impasse, acarretando a criação de padrões biotípicos e de mitos relacionados aos rótulos e os estigmas atribuídos para os comportamentos humanos nessa fase da vida (Almeida & Lourenço, 2009). Ainda de acordo com Butler e Lewis (1985), o sexo vivenciado nesta fase é mais calmo e muito importante para conservar a saúde. Na juventude, existe uma grande preocupação com a “quantidade” de atividade sexual; na terceira idade essa noção de quantidade deve e pode ser sadiamente substituída pela noção de “qualidade”. Dessa forma, se um jovem, precisar de várias atividades para encontrar satisfação, na terceira idade é possível encontrar o “mesmo grau de satisfação” com um número bem menor de intercursos sexuais. Isto se deve ao fato do aprimoramento decorrente das experiências sexuais durante a vida. Assim, a vida sexual de um casal na terceira idade pode ser plena e feliz se ambos conseguirem encarar o envelhecimento e o ato sexual com a mesma tranquilidade dos “jovens há menos tempo”.

O RELACIONAMENTO AMOROSO DOS IDOSOS

Os longos relacionamentos atravessam fases e períodos de ajustamento. O relacionamento sexual também muda com o passar dos anos. Um padrão comum é a diminuição da frequência sexual e a perda do desejo, ambos determinados por muitos fatores. Segundo Heiman e Lopiccio (1992), o interesse sexual é maior na fase em que o casal está apaixonado. Depois, uma das possibilidades é que cada componente do casal não lide adequadamente com alguns fatores competitivos intervenientes para o relacionamento, tais como o trabalho, os filhos, retomada dos estudos, tensões causadas por enfermidades e problemas financeiros, que podem desviar do sexo a energia e a atenção do casal. As inseguranças aumentam, os dois já não conversam, preferem ficar em sofás separados para assistir à televisão, beijam-se pouco, raramente trocam carinhos, em público se mantêm calados e distantes, ainda que estejam lado a lado. Chega-se ao ponto de o casal evitar conversas, principalmente a respeito de sexo, e até dormir na mesma cama ou na mesma hora. A degradação das relações afetivas causada por conflitos e rancores não elaborados, por raiva e ressentimento acumulados ao longo de anos, pode afastar emocionalmente o casal e destruir a atração erótica. Dessa forma, o sexo se torna uma atividade não mais prioritária e acaba sendo não tão prazerosa. Essa falta de sintonia pode esfriar o relacionamento e a vida sexual.

Um dos problemas resultantes desse esfriamento da relação é que homens e mulheres que interrompem a atividade sexual acabam abandonando outras formas de prazer na vida. Geralmente se desinteressam do contato social, do contato com os filhos e até da oportunidade de desenvolver uma relação próxima e prazerosa com os netos. São pessoas que perdem o estímulo pela vida, que vai se tornando um fardo difícil de carregar. Podem estar deprimidas e não sabem (Varella, 2004).

Os casais devem aprender a enfrentar os problemas da “monotonia” e do cansaço da relação com o passar do tempo, fatores que, sem dúvida, podem influenciar negativamente na vida sexual.

Um relacionamento a dois que já vem persistindo há dezenas de anos pode implicar um enrijecimento das atitudes interpessoais com expressões de dependência de um parceiro em relação ao outro ou de mútua hostilidade. O casal “feliz”, que viveu de maneira harmoniosa os vários níveis de relacionamento, preservando uma boa intimidade, continuará de forma espontânea a própria atividade sexual como a continuação natural da vida de casal que havia anteriormente. (Capodiecì, 2000, p. 165).

O diálogo é o caminho para se aproximar da outra pessoa, compartilhar histórias de vida, objetivos, temores e sonhos. Evitar o diálogo também pode inibir a sexualidade. É importante saber o que o

parceiro deseja e falar dos próprios desejos, e como ambos trabalharão essas expectativas. Confiar no parceiro pode ser uma boa maneira de solucionar os problemas e conversar sobre os sentimentos ajuda a evitar culpa e ressentimentos. É fundamental que o casal não se acomode nessa situação e passe a conversar mais para buscar as raízes dessa falta de sintonia. A partir daí surgirão novas ideias e propostas para estimular a relação.

Outro fator importante é o aprendizado, ou a falta dele, sobre sexualidade que as pessoas de terceira idade tiveram, com muitas interferências da cultura, de questões morais, religiosas e legais. Esses padrões enfatizavam a importância do ato sexual e, em geral, restringiam-no ao casamento e à reprodução. Complementam esta discussão, Heiman & Lopiccolo (1992):

Aprenderam que a penetração era melhor do que outras formas de expressão sexual e que, quando nos casamos ou nos envolvemos num relacionamento amoroso, todos os encontros sexuais devem inclusive terminar no ato sexual (p. 199).

Quando se valoriza apenas a penetração numa relação sexual, deixa-se de descobrir outras possibilidades de manifestação da sexualidade. Para os que pensam assim, os jogos preliminares em geral serão feitos às pressas, e, de fato tornam-se uma breve introdução, cuja função é anteceder o ato sexual em vez de ser em si uma fonte de prazer.

Na terceira idade podem surgir tensões e incompreensões, mesmo em ambiente familiar, quando ocorrem certas circunstâncias em que os filhos não aceitam a sexualidade dos seus pais. É difícil para a família perceber que na terceira idade, apesar do envelhecimento fisiológico, é possível manter-se psicologicamente jovem, expandindo vínculos, participando de grupos de convivência e mostrando-se receptivo a novos relacionamentos, uma vez que o comportamento amoroso faz parte da vida do ser humano (Fraiman, 1995).

Entretanto, se antes era o pai e a mãe quem dificultavam as relações sentimentais dos filhos, hoje são os filhos que dificultam as relações dos pais. Se um dos pais morre, os filhos podem tentar impedir o outro de ter novas amizades, na tentativa de evitar que se transformem em parceiros potenciais, e muitas vezes com o evidente objetivo de proteger a própria herança ou por acreditar que eles não têm mais idade para se relacionarem amorosamente. Nesse sentido, tudo o que pode sinalizar uma relação sentimental de um dos pais é percebido como uma ameaça (Butler & Lewis, 1985).

A SAÚDE DO IDOSO E AS PRÁTICAS SEXUAIS

O estado da saúde na terceira idade é, em geral, fator determinante das vivências afetivas e sexuais, e em algumas situações, pode impedir ou dificultar a atividade sexual. Os idosos podem obter informação com seu médico para se conscientizar de suas limitações, esclarecer sobre doenças, saber quais são os potenciais efeitos colaterais produzidos no sexo por uso de medicamentos, dentre outros. Entretanto, o desconhecimento de assuntos relacionados ao envelhecimento pode contribuir para um atendimento de má qualidade por parte dos profissionais que prestam assistência aos idosos (Reis & Ceolim, 2007). “Contudo, tais limitações não os impossibilitam de exercer sua sexualidade, a não ser que assim o desejem, uma vez que a sexualidade vai muito além do ato sexual” (Butler & Lewis, 1985, p. 49).

Capodieci (2000) aponta alguns distúrbios físicos mais frequentes em homens e mulheres idosos que podem afetar a sexualidade e cujo tratamento auxilia na recuperação e na conseqüente retomada da atividade sexual. É muito comum que portadores de distúrbios cardiovasculares e ataques cardíacos tenham medo do intercurso sexual, por causa do mito da “morte durante o coito”, porém, na maioria dos casos, há poucas razões para se abster da atividade sexual após o infarto do miocárdio. Pelo contrário, o prazer, a diversão, o relaxamento da tensão, um exercício leve e a sensação de bem-estar são apenas alguns dos benefícios da atividade sexual.

De acordo com Lopes e Maia (1995), a atividade sexual só é contraindicada em casos de distúrbios cardíacos mais graves, quando a pessoa tem falta de ar até durante o repouso, bem como o agravamento do quadro clínico mediante qualquer atividade física. Doenças vasculares podem interferir no fluxo normal do sangue para os órgãos genitais, contribuindo para o surgimento da impotência.

Os índices de pressão arterial aumentam com o avançar dos anos; com efeito, quase 40% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem de hipertensão devido à maior rigidez dos vasos sanguíneos. A maioria das pessoas com hipertensão moderada ou média, que fazem uso de medicamentos adequados, não corre qualquer risco durante a atividade sexual.

A anemia é outro complicador que pode acarretar uma redução da atividade sexual, devido a sintomas de fadiga, cansaço, perda de apetite e dor de cabeça. As mulheres diabéticas podem relatar dificuldade de alcançar o orgasmo, como também a perda significativa da libido, que podem estar relacionadas com a doença (alterações hormonais, vasculares e neurológicas periféricas) e/ou com a dificuldade de aceitação da própria condição diabética. É difícil avaliar os efeitos de tal doença sobre o comportamento sexual da mulher, porque não se pode contar com uma indicação mais clara, como no caso dos homens, que começam a sofrer de distúrbio erétil e também na libido (Capodieci, 2000).

A prostatite pode afetar a atividade sexual do homem da terceira idade. A próstata está ligada a certas fantasias negativas, principalmente, ao risco de ter a função sexual afetada. Segundo Srougi (2003), esta é uma suposição falsa: a prostatite não interfere no mecanismo da ereção. O desconforto local, a dor na região genital e a dificuldade para urinar é que podem acarretar a diminuição do desejo sexual.

O mal-estar causado pelas dores pode diminuir a autoestima e criar sentimentos de não atratividade, provocando, assim, desinteresse ou aversão sexual. A sintomatologia dolorosa compromete, de forma significativa, o exercício da sexualidade, em especial quando o portador se apresenta emocionalmente abalado ou deprimido.

As doenças articulares que comprometem o sexo são as que ocorrem nas articulações do joelho e da coluna lombar, causando dor e limitação dos movimentos. As doenças reumáticas que trazem deformidades físicas podem exercer influência no autoconceito e na autoimagem, bem como na vida social das pessoas portadoras e, como consequência, a vida sexual pode ficar comprometida. Tratamentos cirúrgicos ou medicinais podem aliviar as dores. Em alguns casos, os medicamentos podem diminuir o desejo pelo sexo. Exercícios físicos, repouso, banho quente e mudança de posição durante o ato sexual podem ajudar (Capodieci, 2000).

As pessoas com incontinência urinária de esforço podem comprometer a prática do ato sexual. É um problema bem mais frequente nas mulheres, podendo trazer certo desconforto e prejudicar o exercício da sexualidade (Lopes & Maia, 1995).

Portadores de Mal de Parkinson, que é caracterizado por tremores, lentidão dos movimentos, paralisia facial parcial, postura e porte peculiares, podem ter a atividade sexual comprometida, pois a depressão, comumente associada, pode causar impotência nos homens e a perda do interesse sexual em ambos os sexos. Com tratamento, podem apresentar melhora no desempenho sexual, em grande parte por causa da melhora do bem-estar geral e maior mobilidade (Butler & Lewis, 1985).

Na doença de Peyronie, que consiste no “arqueamento do pênis para cima com a haste formando um ângulo para o lado direito ou esquerdo” (Butler & Lewis, 1985, p. 38), a relação sexual pode se tornar dolorosa, e se o desvio do pênis for acentuado a relação será impossível. Na maioria dos casos, porém, a atividade sexual pode continuar (Capodieci, 2000).

Portadores de insuficiência renal crônica nem sempre sofrem de disfunções sexuais. “O que pode ocorrer é que a terapêutica pode constituir um elemento de estresse, associado a um estado de ansiedade e depressão, podendo desenvolver dificuldades sexuais” (Capodieci, 2000, p. 103). Às vezes, os homens são estéreis e podem ter baixos níveis de testosterona no sangue.

A insuficiência respiratória que dificulta a atividade física também pode dificultar a atividade sexual. Com tratamento adequado, intercalando momentos de repouso e descobrindo formas menos cansativas para o coito, há melhora significativa na atividade sexual.

Aos portadores de hérnia, todo esforço de qualquer espécie, incluindo aquele necessário para o ato sexual, pode às vezes agravar os sintomas, tais como a dor e, mais raramente, o estrangulamento. O tratamento geralmente é cirúrgico (Capodiecì, 2000).

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS

No Brasil, em meados de 1980, os primeiros casos de AIDS notificados surgiram entre os denominados grupos de risco que incluíam os homossexuais do sexo masculino, os usuários de droga injetável e as prostitutas (Brasil, 1998, 2000; Pimenta & Souto, 2003; Guimarães, 2001). A evolução da epidemia revelou a capacidade da AIDS de alcançar a todos que adotavam comportamentos de risco, como, por exemplo, manter relações sexuais sem preservativo ou compartilhar seringas (Seffner, 2006).

Desse modo, ainda na década de 1980, a noção de grupos de risco foi substituída pela expressão comportamento de risco, embora ainda se fundamentasse na exposição como questão de decisão individual, como um risco assumido pelo indivíduo (Guimarães, 2001; Parker & Camargo Jr., 2000; Pimenta & Souto, 2003; Seixas, 1998). Posteriormente, a noção de risco individual e comportamento de risco começou a ser substituída, principalmente no meio acadêmico, pelo conceito de vulnerabilidade social, que dizia respeito a um conjunto de fatores estruturais que condicionam o avanço da epidemia, entre eles as condições materiais de existência, sobretudo as questões relacionadas aos direitos humanos, gênero, idade, etnia e cidadania, entre outros, passando a exigir do Estado políticas e/ou ações de combate ao HIV/AIDS, em uma perspectiva social e não meramente sanitária (Pimenta & Souto, 2003).

Dentro do panorama da epidemia, em anos recentes, em que a transmissão heterossexual é predominante, a AIDS deixou de ser uma doença de segmentos populacionais sob riscos particulares e se disseminou entre a população em geral. A AIDS, no Brasil e no mundo, avança sobre populações e indivíduos mais vulneráveis, o que não significa que estes sejam inertes, sem capacidade de reflexão e diálogo. Um dos grupos mais vulneráveis pela infecção do HIV é o dos idosos.

Atualmente, têm-se notícias de que está ocorrendo a estabilização da AIDS em todas as faixas etárias, com exceção dos indivíduos com idade compreendida entre 50 e 70 anos de idade. Essas mudanças provavelmente são provenientes do aumento das relações sexuais mantidas por adultos e idosos maiores de 50 anos que, por falta de esclarecimento, valores culturais, sociais e econômicos, dentre outros, não fazem uso de preservativos. Com isso, em muito pouco tempo a tendência é de que haverá, sem dúvida, um grande número de idosos portadores do vírus HIV e com AIDS.

Segundo Miguel Jr. (2009) os dados do Ministério da Saúde do Brasil (2007) são alarmantes e desesperadores, pois supera o número de 43 mil casos de diagnósticos soropositivos em indivíduos com idade igual ou superior a 50 anos, o que é muito preocupante, pois representa cerca de 9,1% da totalidade de casos de AIDS diagnosticados. Assim, 2% da população acima de 60 anos são portadores do vírus HIV, o que significa que aproximadamente 5.500 idosos manifestam a doença.

O aumento de incidência do vírus da imunodeficiência humana – HIV -- entre as pessoas da terceira idade, segundo a OMS, é um problema grave e sério no mundo todo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007) há uma diferença entre a infecção pelo HIV e a AIDS que deve ser bem explicitada, pois uma pessoa pode estar infectada pelo vírus do HIV e viver muitos anos até manifestar problemas de saúde. Assim, para o profissional de saúde é essencial identificar essa diferença para poder trabalhar nesta perspectiva de prevenção e tratamento.

O HIV é um vírus transmitido também sexualmente que não escolhe classe social, gênero ou idade. O que existe, na verdade, são comportamentos de risco que podem afetar as pessoas, como por exemplo, um número elevado de parceiros(as) que desconsideram a utilização de preservativo (camisinha) durante suas práticas sexuais, o uso de drogas e a partilha de seringas, entre outros. Entretanto, a AIDS é a síndrome, um conjunto de sinais ou sintomas que se manifesta após o organismo ser infectado, é uma etapa mais grave. A síndrome não caracteriza necessariamente uma só doença, mas um grupo de doenças.

Nos últimos tempos, pesquisas referentes à AIDS em diversas faixas etárias identificou dois grupos da terceira idade contaminada pelo HIV. O primeiro grupo é composto por aqueles que já tinham o vírus na fase adulta e estão envelhecendo com o uso das terapias anti-HIV e, o segundo, por pessoas que contraíram o vírus depois dos 60 anos de idade.

As terapias anti-HIV permitem uma sobrevivência com qualidade ou até mesmo uma vida adaptada dos infectados pelo HIV por mais tempo, ainda que inspirem cuidados. Até os anos 1980, a transfusão sanguínea era um dos principais fatores de infecção, principalmente em pessoas com mais de 60 anos. Atualmente, o ato sexual e o uso de drogas injetáveis são os principais motivos de infecção entre os idosos. Muitas mulheres com mais de 60, por acreditarem que não correm o risco de engravidar e estarem no período de pós-menopausa, dispensam o uso de preservativo. Os homens mais velhos, não acostumados à camisinha, também dispensam o preservativo.

Outras vezes, relegadas a objeto da relação, muitas mulheres são submetidas e silenciadas em seu direito de usar preservativo com o parceiro, e assim colocam a saúde e vida em risco, permanentemente. Junto à descoberta da contaminação pelo vírus, vem a dolorosa descoberta/revelação da infidelidade do parceiro, a implacável confirmação da fragilidade da relação conjugal vivida, e principalmente, a morte do mito do amor ideal guardado numa aliança ou numa união estável. Talvez essa morte simbólica seja a primeira e mais fatal representação de morte que a AIDS instaura no imaginário feminino. Cada vez mais, vidas femininas são perdidas assim, com histórias de amor incondicional relativo ao parceiro e total ausência de amor próprio. Devoção de um lado e negligência de outro. A ênfase à saúde da mulher, para além do uso da camisinha, seja o preservativo masculino ou feminino, é importante e urgente. Desconstruir o tabu e aprender a abordar a questão da sexualidade na perspectiva da autoestima, do autocuidado e do bem-estar, parece ser ao mesmo tempo um compromisso e um desafio (Amaro, 2005).

Dados do boletim epidemiológico de AIDS do Ministério da Saúde de 2006 revelam o aumento dos casos de AIDS na terceira idade, principalmente entre o sexo feminino. O índice de AIDS aumentou no período de 1996/2006, resultado da combinação de vida sexual mais ativa e pouco uso de preservativos.

Nos últimos anos, a medicina melhorou a vida sexual dos homens da terceira idade com drogas que combatem os problemas de ereção. Acredita-se que por causa dos remédios essas pessoas estejam se engajando em um maior número de atividades sexuais. Portanto, é preciso ficar mais atento. O Ministério da Saúde afirma que a situação é preocupante. O número de pessoas com mais de 60 anos infectadas pelo HIV, o vírus da AIDS é o que mais cresceu. Entre as mulheres, o crescimento foi de três vezes e meia, de 447 casos de mulheres infectadas em 1996 para 1.678 casos em 2006. Já o número de homens infectados saltou de 1.251 em 1996, para 2.589 casos em 2006. O que evidencia que a doença não escolhe pessoa, idade, situação civil, escolaridade e classe social.

Os homens da terceira idade não têm o hábito de usar camisinha, porque a camisinha era tida apenas como método contraceptivo e não como algo que pudesse prevenir contra DSTs, principalmente a infecção pelo vírus HIV. Assim, se existe um grande número de pessoas que mantêm relações sexuais sem o uso de preservativos, as pessoas da terceira idade estão inseridas neste grupo, uma vez que o uso de tal método contraceptivo não faz parte de sua geração e de sua cultura. Com base nesse contexto percebe-se claramente a necessidade de adequar políticas públicas que visem o esclarecimento do idoso com relação a sua sexualidade e às formas de prevenção em relação à contaminação pelo

vírus HIV e, conseqüentemente, a AIDS. Contudo, em nosso país, apesar do significativo aumento da oferta de preservativos pelo Ministério da Saúde, eles não são acessíveis a toda a população. Além disso, muitas mulheres resistem a usar camisinha com seus parceiros sexuais, às vezes por se considerarem protegidas do vírus por fazer sexo somente com um parceiro, ou porque a exigência de que o parceiro use camisinha traga conseqüências desagradáveis como a violência ou a ameaça de rompimento da relação. Além disso, há o mito do amor romântico, já ultrapassado pela ciência, que uma paixão e um grande amor estão livres de qualquer tipo de contaminação sexual. Junta-se a essa discussão a cultura machista, que apregoa que o preservativo é um artefato desnecessário, atrapalha a ereção durante o ato sexual e é incômodo, e que esses homens jamais entrarão em contato com o vírus HIV ou se contaminarão.

O DIREITO DE AMAR NA TERCEIRA IDADE

As drogas ilícitas e as vendidas no comércio, como o álcool e o fumo, também afetam o desempenho sexual. A nicotina dos cigarros, charutos e cigarros de palha pode ser um fator altamente relacionado com a impotência. Na mulher, o álcool pode dificultar o orgasmo e, no homem, causar a falta de ereção. Os excessos alimentares e a obesidade ainda podem provocar apatia e desinteresse sexual em ambos os parceiros.

Com problemas de saúde, muitas pessoas da terceira idade necessitam tomar remédios por longos períodos. As substâncias encontradas em alguns medicamentos podem causar problemas físicos em homens e mulheres e interferir na resposta sexual, acarretando de pequenas dificuldades a graves distúrbios.

Em ambos os sexos, o componente emocional relacionado às doenças, ao uso de medicamentos e às intervenções cirúrgicas pode exercer alguma influência sobre a sexualidade. Essas questões podem ser minimizadas se homens e mulheres da terceira idade buscarem esclarecimentos e falarem sobre seus temores, dos preconceitos, da doença, bem como do tratamento adequado e dos efeitos colaterais de alguns medicamentos. Isso proporcionará mais segurança e evitará que os idosos se privem da importante fonte de satisfação que é o relacionamento afetivossexual. Porém, se algum problema impossibilitar o ato sexual, é bom lembrar que a sexualidade é também afeto, amor, respeito, carinho, toques, beijos, abraços e cumplicidade.

Resgatar o direito a uma vida amorosa e sexual na terceira idade implica pensar em outras formas de amor que passam pela ternura, pelo contato físico, pela expressão corporal, pelo olhar, o toque e a voz, ou seja, redescobrir as primeiras formas de amor do ser humano. Na terceira idade não se deixa de amar, mas reinventam-se formas amorosas.

É importante pensar que a partir da redescoberta do sexo e do amor as pessoas da terceira idade reconquistam o lugar vital do homem e da mulher, e não mais o “velho”, cujo futuro é o fim da vida. Novamente, é na relação com o outro que está a redescoberta do desejo de viver. As fantasias sexuais, sob a forma de sonho, ou sublimadas em expressões artísticas, retomadas na relação direta de namoro ou na relação com os familiares, netos, bisnetos, amigos, recolocam expectativas positivas na vida, independentemente da idade ou das limitações físicas da terceira idade.

A capacidade de amar não tem limite cronológico. O limite está no campo psicológico, no preconceito e na intolerância social. Em outras palavras, o limite não está no real do corpo, ou na capacidade de sonhar, de simbolizar e de viver a vida (Butler & Lewis, 1985).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O risco dos idosos contraírem o vírus HIV existe, e é preciso incorporar campanhas educativas e de prevenção nos serviços de saúde e nos meios de comunicação para esta parcela da população até hoje marginalizada e cercada de preconceitos da sociedade no que diz respeito ao sexo e à sexualidade.

No Brasil, é necessário reavaliar as estratégias de cuidados e as políticas de saúde públicas e sociais no âmbito da família e da sociedade.

O conhecimento já produzido é um recurso que auxilia a construção do quadro situacional da AIDS em idosos, e dá acesso aos profissionais de saúde a subsídios norteadores de suas ações no ensino, na pesquisa e na assistência, com a finalidade de diminuir o alcance da doença e melhorar a qualidade de vida desta população.

O acolhimento da pessoa idosa soropositiva assume um papel de grande importância, a fim de que se possa, conjuntamente, acompanhar e delinear um plano terapêutico e superar eventuais dificuldades do tratamento. Neste caso, há muitas mulheres que foram contaminadas por seus parceiros de longos anos e que se encontram duplamente frustradas e feridas em seu orgulho e amor-próprio, e na saúde.

Numa etapa da vida em que essa população espera desfrutar das benesses da aposentadoria por uma vida de trabalho e a tranquilidade de um relacionamento duradouro, ou mesmo do prazer de conhecer novas pessoas, a contaminação pelo vírus HIV mostra que é necessário fazer campanhas de prevenção e controle voltadas para essa população, como se fez com os outros grupos de risco, e que o preconceito proveniente de uma possível contaminação não frustrate a expectativa dessas pessoas de ter uma velhice tranquila e saudável ao lado de seus companheiros, familiares e amigos, desfrutando sua sexualidade dentro das suas possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, T. & Lourenço, M. L. (2007). Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade? *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* (Impresso), 10, 101-113.
- Almeida, T. & Lourenço, M. L. (2008). Amor e sexualidade na velhice: direito nem sempre respeitado. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 5, 130-140.
- Almeida, T. & Lourenço, M. L. (2009). Reflexões: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice. *RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6, 233-244.
- Amaro, S. T. A. (2005). A questão da mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. *Saúde e Sociedade*, 14(2), 89-99.
- Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde (1998). *Coordenação Nacional de DST/Aids*. Guia de produção e uso de materiais educativos. Brasília, DF.
- Brasil. (2000). *Aceitabilidade do condom feminino em contextos sociais diversos*. Brasília, DF: UNICAMP, NEPO.
- Brito, A.M., Castilhos, E.A. & Szwarcwald, C.L. (2001) AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217.
- Butler, R. N. & Lewis, M. I. (1985). *Sexo e Amor na Terceira Idade*. (I. Carvalho Filho, trad.). São Paulo: Summus.
- Capodici, S. A. (2000). *A Idade dos sentimentos: Amor e Sexualidade Após os Sessenta Anos*. (A. Angonese, trad.). São Paulo: EDUSC.
- Davis, P. (1992). *O Poder do Toque*. (10. ed.). São Paulo: Nova Cultural.
- Feliciano, A. B., Moraes, A. S. & Freitas, I. C. M. (2004, nov./dez.). O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), 1575-85.
- Fraiman, A. P. (1995). *Coisas da Idade*, vol. 4. São Paulo: Gente.
- Gomes, S. F. & da Silva, C. M. (2008). Perfil dos idosos infectados pelo hiv/aids: uma revisão. *Vittalle*, Rio Grande, 20(1), 107-122.
- Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., Sena, E. L. S., Santana, W. S. & Vicente, F.R. (2006). Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15(4), 570-577, (out/dez).

- Guimarães, D. C. A. (2001). A construção de um problema. In: Guimarães, D. C. A. *Aids no Feminino*. Rio de Janeiro: UFRJ.
- Heiman, J. R. & Lopiccolo, J. (1992). *Descobrendo o Prazer: Uma Proposta de Crescimento Sexual para a Mulher*, Vol 2. (M. S. Mourão Netto, trad.). São Paulo: Summus.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2005). Projeção da Expectativa de Vida para 2050. Recuperado em 28 junho de 2008 de IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: <http://ibge.gov.br/estatistica/população/projeção> .
- Labronici, L. M. (2002). *Eros Proporcionando a Compreensão da Sexualidade das Enfermeiras*. Tese de Doutorado. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, SC.
- Lopes, G. P. & Maia, M. B. (1995). *Sexualidade e Envelhecimento* (3ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- Mayor, A. S., Antunes, E. S. D. C. & Almeida, T. (2009). O dever do amor e da sexualidade no processo do envelhecimento. In: *VII Jornada APOIAR: Saúde Mental e Enquadres Grupais: A Pesquisa e a Clínica* (p. 286-292). São Paulo - SP: IP/USP.
- Melo, M. R., Gorzoni, M., Melo, K. C. & Melo, E. (2002). Síndrome da imunodeficiência adquirida no idoso. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, 7, 13-17.
- Miguel Jr., M. (2009). AIDS entre os idosos. *Medicina Geriátrica*. Recuperado em 06 de dezembro de 2010 de <http://www.medicinageriatrica.com.br/2009/05/24/aids-entre-os-idosos-brasileiros-parte-1-aspectos-epidemiologicos/>
- Morais, O. N. P. de. (2009, dez.). Grupos de idosos: atuação da psicogerontologia no enfoque preventivo. Brasília: *Psicologia: Ciência e Profissão*, 29(4), 846-855.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Envelhecimento*. Recuperado em 13 de novembro de 2007:< <http://www.who.int/es/index.html> >.
- Papaléo Netto, M. (2005). *Gerontologia: A Velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- Parker, R. & Camargo Jr, K. R. (2000). Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, Supl.1.
- Pavarini, S. C. I., Mendiondo, M. S. Z., Barham, E.J., Varoto, V. A. G. & Filizola, C.L. A. (2005). A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão? Florianópolis: *Texto Contexto-Enfermagem*, 14(3), 398-402.
- Pavarini, S. C. I., Barham, E. J., Mendiondo, M. S. Z., Filizola, C. L. A., Petrilli Filho, J. F. & Santos, A. A. (2009). Family and social vulnerability: a study with octogenarians. USP, Ribeirão Preto: *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 17, 374-379.
- Pimenta, C. & Souto, K., orgs. (2003). *Políticas e Diretrizes de Prevenção das DST/Aids entre Mulheres*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Reis, P. O., & Ceolin, M. F. O. (2007). O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. USP, *Revista de Enfermagem USP* 51(1), 57-64.
- Santos, S. S. (2003). *Sexualidade e Amor na Velhice: Uma abordagem de análise do discurso*. Porto Alegre: Sulina.
- Srougi, M. (2003). *Próstata: Isso é com você*. São Paulo: Publifolha.
- Seffner, F. (2006). *O Conceito de Vulnerabilidade: Uma ferramenta útil em seu consultório*. Recuperado em 26 setembro de 2006 de Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS_9F697784PTBRIE.htm>.
- Seixas, A. M. R. (1998). *Sexualidade Feminina: História, cultura, família, personalidade e psicodrama*. São Paulo: SENAC.
- Varella, D. (2004). *Envelhecimento Saudável*. Recuperado em 12 de junho de 2008 de Dr. Drauzio Varella: < <http://drauziovarella.ig.com.br/entrevistas/esaudavel.asp>> fevereiro /2004.
- Vasconcelos, M. F. O. (1994). Sexualidade na terceira idade. In: *Caminhos do Envelhecer*. (p. 77-86). Rio de Janeiro: Revinter.