

Artigo

Sexualidade na Terceira Idade e HIV



Ana Paula Rodrigues de Lima

Resumo: A epidemia causada pelo vírus da imunodeficiência humana teve seu início na década de 1980. Houve significativas mudanças no padrão epidemiológico desde então, atualmente a população pertencente à terceira idade vem sendo atingida e reflete a mais nova característica da epidemia. O objetivo desse estudo foi conhecer os fatores que expõem o indivíduo da terceira idade ao contágio pelo vírus HIV e definir a contribuição do psicólogo na promoção de qualidade de vida do idoso infectado. A metodologia foi realizada por revisão de literatura. Os resultados demonstraram que a contaminação ocorreu preponderantemente pela via sexual, sendo que as mulheres contraíram HIV através de relações estáveis, e os idosos relataram medos, incertezas, constrangimento e preconceitos por serem portadores de HIV/AIDS. Concluiu-se que a falta de adesão ao uso de preservativo contribuiu para a exposição do idoso ao HIV, e a psicologia possui papel fundamental para a promoção de qualidade de vida do idoso infectado, uma vez que proporcionou a construção de estratégias de enfrentamento por parte desses pacientes, possibilitando uma melhor reorganização psíquica.

Palavras-chave: HIV, AIDS, terceira idade, psicologia.

Introdução

Este artigo apresenta um estudo de revisão de literatura, a partir das palavras-chave: sexualidade, terceira idade, HIV, AIDS, DST e qualidade de vida e psicoterapia. Utilizou-se como estratégia a busca eletrônica,

em que foram pesquisadas as seguintes bases de dados para a identificação de ensaios clínicos: Medline (2000 – 2016), Lilacs (2000 – 2019), Scielo (2000 – 2018), além de busca nas teses e dissertações na biblioteca da PUC-SP. O material foi consultado e, quando necessário, foram feitos resumos para determinar sua possível inclusão.

Como critérios de inclusão, foram definidos: artigos no idioma português e inglês; homens e mulheres na faixa etária a partir de 50 anos; artigos com pesquisa de amostragem; e artigos teóricos sobre HIV e terceira idade. Como critérios de exclusão, deixou-se de fora estudo sobre HIV/AIDS em outras faixas etárias; HIV/AIDS em homossexuais; artigos e reportagens de revistas não científicas; e artigos e livros anteriores ao ano de 1990.

Aspectos históricos do HIV/AIDS

O Vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido como HIV, é um retrovírus causador da síndrome da imunodeficiência adquirida, conhecida pela sigla em inglês AIDS. Uma vez no organismo humano, o HIV age no interior das células do sistema imunológico, responsável pela defesa do corpo. As células de defesa mais atingidas pelo vírus são os linfócitos CD4+, que são as células que comandam a resposta específica de defesa do corpo diante de agentes como vírus e bactérias (BRASIL, 2005).

O HIV tem a capacidade de se ligar a um componente da membrana dos linfócitos, o CD4, e penetrar nessas células, adquirindo, assim, a capacidade de se multiplicar. O HIV vai duplicar e se multiplicar, fazendo cópias de si mesmo e após romper a célula, novos vírus cairão na corrente sanguínea, indo buscar outras células para continuar sua multiplicação.

No portador de HIV, as células começam a funcionar com menos eficiência e, com o passar de meses ou anos, a capacidade do organismo em combater doenças comuns diminui significativamente, deixando a pessoa sujeita ao aparecimento de vários tipos de doenças e infecções oportunistas (PHAIR, 2005).

O HIV pode levar meses ou até mesmo anos, entre o momento da infecção até o surgimento dos primeiros sintomas - fase denominada de assintomática, pois a pessoa não apresenta sintomas ou sinais da doença. Este período entre a infecção pelo HIV e a manifestação dos primeiros sintomas da AIDS irá depender, principalmente, do estado de saúde da pessoa (PHAIR, 2005).

Ser portador do vírus HIV não significa apresentar AIDS, pois muitas pessoas soropositivas vivem durante anos sem desenvolver a doença. No entanto, podem transmitir o HIV aos outros pelas relações sexuais desprotegidas, por compartilhar seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez (BRASIL, 2004).

Com o sistema imunológico comprometido, o organismo fica mais vulnerável a diversas doenças, como um simples resfriado ou infecções mais graves como tuberculose e câncer. O próprio tratamento dessas doenças, chamadas

oportunistas, fica prejudicado. De acordo com o Ministério da Saúde (2003), a AIDS é o estágio mais avançado da infecção pelo HIV. A duração desse período depende da saúde e dos cuidados do soropositivo com o corpo e alimentação.

Durante a década de 1980, receber o diagnóstico de HIV era quase uma sentença de morte. De acordo com o Ministério da Saúde (2003) atualmente é correto afirmar que a AIDS é considerada uma doença crônica - que não tem cura, mas tem tratamento - e uma pessoa infectada pelo HIV pode viver com o vírus por um longo período, sem apresentar nenhum sintoma ou sinal de AIDS.

O prolongamento e a qualidade de vida tornaram-se possíveis devido aos avanços tecnológicos e às pesquisas, que propiciam o desenvolvimento de medicamentos cada vez mais eficazes, e também à experiência obtida ao longo dos anos por profissionais de saúde.

A Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) pode ser considerada um dos mais sérios agravos já enfrentados pela humanidade. Estima-se que mais de 40 milhões de pessoas no mundo vivam com HIV, agente transmissor da AIDS. De acordo com Paulilo (1999), a AIDS foi apresentada inicialmente pela ciência médica e foi explorada amplamente pela mídia, e esses dois meios a configuravam como doença contagiosa adquirida pelo sexo e que causava fatalmente a morte.

Na década de 1980, a AIDS era uma incerteza para a ciência, seus mecanismos de transmissão ainda não eram totalmente conhecidos e trouxe à sociedade uma sensação de vulnerabilidade, causando um grande impacto social e simbólico.

O risco de contaminação foi analisado, inicialmente, sob a perspectiva epidemiológica, na qual o risco de contaminação estava associado aos comportamentos individuais, resultantes de escolhas ou decisões autônomas, guardando íntima relação com a ideia de grupos de risco. A maioria dos indivíduos atingidos era jovem e esse fato pode ser explicado pela atividade sexual frequente e presente na população jovem (PAIVA, 2004).

A expressão “grupo de risco” marcou de forma intensa a construção social e histórica da AIDS, pois se referia a pessoas que possuíam determinado perfil e comportamento, e por isso tinham maior risco de contrair o vírus HIV. Eram, principalmente, os indivíduos homossexuais e usuários de drogas. Essa expressão gerou discriminação, estigma, preconceito e exclusão do portador do vírus (PAULILO, 1999).

Segundo Carneiro (2000), o surgimento da AIDS reforçou ideias religiosas, que condenavam o sexo e o classificavam como pecado. Assim, a AIDS surge como uma punição para aqueles que não praticavam sexo apenas nas relações matrimoniais heterossexuais.

Galvão (2000), ao traçar os aspectos epidemiológicos da AIDS no Brasil, ressaltou o importante papel da mídia, que fazia questão de associar a AIDS

aos homossexuais masculinos pertencentes à classe média culta, atingindo intelectuais, artistas e membros de grupos sociais próximos da mídia.

Na realidade, o primeiro caso de AIDS foi notificado no Brasil em 1980, na cidade de São Paulo. Logo surgiram outros casos, geralmente nas grandes cidades. Os principais atingidos eram homossexuais masculinos, hemofílicos e pessoas que haviam recebido transfusão de sangue e hemoderivados. Em seguida, outro grupo que se destacou, foi o de usuários de drogas injetáveis (BASTOS, *et. al.* 2000).

De acordo com Bastos *et.al.* (2000), a epidemia trouxe um impacto muito marcante para a sociedade em geral, e os homossexuais foram severamente estigmatizados. A AIDS despertou e desencadeou preconceitos homofóbicos que dificultaram um debate amplo e maior conhecimento científico da doença por parte da população. Assim, a AIDS ficou restrita aos grupos de risco (homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas) ao longo da década de 1980, e essas pessoas passaram a ser segregadas, estigmatizadas e banidas da vida em sociedade, destituídas de seus direitos enquanto cidadãos, o que significava também a morte civil.

O surgimento da AIDS reascendeu discussões sobre temas polêmicos como sexo, drogas, homossexualidade, dor, morte, promiscuidade, doença, agonia, pecado e discriminação. E é importante ressaltar que a construção social, desde o início, teve um papel fundamental para a disseminação do vírus, pois ao criar os grupos de risco, assegurou que os demais estavam “a salvo” de uma possível contaminação (RACHID e SCHECHTER, 2005).

Parker e Camargo (2001) relatam que a epidemia da AIDS, desde o seu início, deveria estar ligada aos direitos humanos. Porém, tais direitos foram negados e violados, já que os portadores enfrentaram situações de estigma e preconceito. O conceito de grupos de risco prejudicou as campanhas de prevenção e logo foram observados os reflexos: o aumento no número de mulheres e homens contaminados através de relações heterossexuais.

Somente no final dos anos 1980 e início dos anos 1990 os estudos epidemiológicos começaram a fornecer um novo parâmetro da infecção do HIV. Estudos começaram a apontar que ele estava se disseminando e atingindo indivíduos de ambos os sexos e todas as classes sociais, alterando e criando novas formas de se pensar sexualidade, comportamento e transmissibilidade. Gradativamente, os conhecidos grupos de risco deram lugar a novos conceitos, como comportamento de risco e vulnerabilidade.

Mudanças do padrão epidemiológico

Vulnerabilidade

O HIV/AIDS trata-se de uma epidemia que acomete indivíduos de todas as faixas etárias. Com a mudança do padrão epidemiológico, ambos os gêneros e indivíduos de diferentes classes sociais foram afetados. No Brasil, dos 371.827 casos notificados de 1980 até junho de 2005, o número de pessoas entre 60 e

69 anos representou 6,2% da totalidade dos casos registrados em indivíduos acima de 60 anos ou mais (Brasil, 2005).

Vale à pena ressaltar a diferença entre ser portador do vírus HIV e desenvolver a síndrome. De acordo com o Manual Merck, (2008), é possível que uma pessoa possua o vírus e esteja aparentemente saudável, já que o vírus HIV destrói progressivamente os linfócitos. Já o desenvolvimento da AIDS compreende um conjunto de manifestações clínicas caracterizadas por doenças derivadas de uma imunidade deficiente.

No período de 1990 ao ano 2000, a doença passou a apresentar outro padrão epidemiológico em muitos países, inclusive no Brasil. A infecção pelo vírus HIV aumentou entre os heterossexuais, as mulheres passaram a se contaminar mais e a transmissão vertical cresceu. Atualmente, ocorre um crescimento acentuado na população jovem e entre as pessoas com mais de 50 anos (BARBOSA, 2006).

Assim, o comportamento de risco retirou do grupo dos homossexuais o peso do estigma e do preconceito. Porém, esse conceito tende a acentuar a culpabilização individual, ou seja, quanto mais um comportamento foge daquele aceito como correto e tradicional, maior será o risco de contágio, revelando assim uma grande carga moral (AYRES, 1999).

Já o conceito de vulnerabilidade consegue abranger as dimensões sociais, culturais e políticas. Para Ayres (1999), a vulnerabilidade revela que o adoecimento em decorrência do HIV/AIDS está ligado a aspectos não somente individuais, mais sim a fatores coletivos: não ter acesso aos cuidados com a saúde, à educação, trabalho e baixa renda.

A vulnerabilidade individual refere-se ao fato de que qualquer pessoa pode contrair HIV, já que não existe nenhuma imunidade natural contra o vírus. Todo indivíduo pode ter comportamentos que poderão levá-lo a contrair o vírus e expor-se a esses comportamentos está ligado ao conhecimento e informação que cada pessoa adquiriu. Cabe a cada um refletir, avaliar e promover mudanças de hábitos ou comportamentos. Para isso, o indivíduo necessita estar inserido em programas de prevenção, para que possa adquirir informação e formar opinião (SILVA; PAIVA, 2005).

A vulnerabilidade social evidencia as diferenças sociais, situação social da mulher, pessoas com dificuldades no acesso à educação, indivíduos inseridos em cargos mal remunerados e falta de trabalho, possuindo menor chance de acesso a cuidados com a própria saúde, o que faz com que fiquem cada vez mais expostas ao risco de contrair HIV (SOUZA, 2001).

Heterossexualização, condições sociais e feminização da epidemia

Segundo Szwarcwald *et. al.* (2000), o Brasil é um país marcado por diferenças geográficas e sociais, e a epidemia de AIDS passou a ser caracterizada pela heterossexualização, feminização, baixas condições sociais, falta de acesso à saúde e falta de informação.

Atualmente, a epidemia continua se expandindo ao ponto de ser a primeira causa de morte entre as doenças infecciosas e é a quarta causa de morte no mundo. A transmissão sexual do HIV continua maior entre indivíduos heterossexuais, acometendo cada vez mais mulheres jovens e adultas (ONUSIDA, 2006).

Embora a heterossexualização da epidemia seja um fato amplamente divulgado pelas pesquisas na área de saúde e também pela mídia, ainda há ideias erradas quanto às formas de contaminação pela população. Para muitos ainda prevalece a ideia de que apenas homens que fazem sexo com homens podem contrair o vírus, assim como usuários de drogas e prostitutas. Deste modo, as crenças sociais ainda estão impregnadas por essas concepções ultrapassadas, o que acaba dificultando a prevenção (MORANDO, 1998).

Além disso, alguns fatores socioculturais contribuem para maior vulnerabilidade feminina à infecção. Muitas mulheres ainda assumem uma posição submissa em seus relacionamentos amorosos, delegando ao homem a responsabilidade pela prática do sexo seguro e muitas acreditam estar protegidas por possuírem um relacionamento estável e heterossexual (PRAÇA & GUALDA, 2003).

As pesquisas realizadas por Paiva (2000) apontam que a confiança no marido e a constante dificuldade em negociar a prática do sexo seguro acabam por expor as mulheres com menores condições financeiras ao vírus HIV. Nota-se uma maior necessidade de incluir essa parcela da população em grupos de aconselhamento e apoio, para que elas possam se informar e discutir sobre questões de planejamento familiar e aspectos relacionados à sexualidade.

A epidemia da AIDS pode ser considerada dinâmica, e seu comportamento alterou-se ao longo desses trinta anos de existência. É possível notar que antigas crenças sociais, preconceitos, falta de informações e de políticas adequadas ainda são fatores que expõem os indivíduos ao vírus. É nesse contexto que outra parcela da população também vem sendo atingida de forma considerável: a terceira idade.

Sexualidade da terceira idade e HIV

Segundo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2006), no decorrer de uma década, a quantidade de indivíduos com 60 anos ou mais aumentou de 10 milhões para 14,5 milhões. Há uma previsão de que, em 20 anos, o número de idosos brasileiros cresça até ultrapassar os 30 milhões, passando a representar 13% da população do país. De acordo com este mesmo instituto, na pesquisa “Características Gerais dos Domicílios e dos Moradores Brasileiros 2018”, a população brasileira com 65 anos ou mais cresceu 26% entre 2012 e 2018.

O HIV tornou-se um problema de saúde para a população da terceira idade porque houve um avanço considerável nos tratamentos e medicamentos que possibilitaram a ampliação da longevidade. Num estudo realizado em 2006, por Caldas e Gessolo, que abordou o tema AIDS depois dos 50 anos, ficou comprovado que a descoberta de medicamentos que melhoram o desempenho

sexual aumenta a qualidade e a frequência das relações sexuais das pessoas nesta faixa etária, que mantém em média uma relação por semana.

O uso do citrato de sildenafil (princípio ativo do Viagra), a terapia hormonal e as próteses penianas favoreceram o aumento da frequência e da qualidade das relações sexuais. Assim, os avanços da Medicina e da Farmacologia, melhoram a qualidade de vida dos idosos, mas ainda falta o conhecimento ou superação do preconceito relativo à prevenção.

A sexualidade na terceira idade é permeada de muitos tabus e preconceitos. O assunto, que deveria ser tratado com naturalidade pelos profissionais de saúde, é negligenciado e silenciado. Esse fato impede que os idosos desfrutem de uma sexualidade mais prazerosa, evitando comportamentos de risco e eventuais exposições a infecções sexualmente transmissíveis (IST's).

Não somente os profissionais de saúde, mas toda a sociedade ainda não entende que envelhecer não é tornar-se assexuado. Segundo a pesquisa de Moraes *et. al.* (2011), sobre companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade, mitos e preconceitos socioculturais acabam inibindo idosos de exercerem sua vida de maneira integral. O estigma social sobre a velhice, juntamente com as alterações fisiológicas do envelhecimento, preconceitos religiosos, opressões familiares e aspectos individuais colocam os idosos numa situação de vulnerabilidade quando exercem sua sexualidade.

Segundo Torres (2006), questões religiosas também conferem aspectos proibitivos no que se refere à sexualidade na terceira idade, onde existe a percepção de que o idoso sexualmente ativo é visto como um “pecador”, o que gera uma classificação pejorativa, onde as mulheres idosas são julgadas como “sem valores” e os homens classificados como “velhos assanhados”.

É necessário também avaliar a opressão familiar e social. De acordo com Neto *et. al.* (2014), a própria família do idoso promove uma inversão de papéis sociais, na qual ele tende a perder o comando da casa e precisa adaptar-se à uma nova realidade, passando de sujeito ativo a sujeito passivo, esperando somente pela finitude. Os filhos consideram a sexualidade na terceira idade como algo condenável e depreciativo, sendo uma tentativa do idoso reviver à adolescência (ou 2ª infância) ou atrelam sexualidade à demência.

Mesmo ressaltando os mitos, tabus, preconceitos dos profissionais de saúde, dogmas religiosos e ambientes familiares não favoráveis ao exercício de uma sexualidade plena e saudável, estudos apontam outras evidências. Mesmo com tantos aspectos reais desfavoráveis pode-se perceber que os idosos continuam exercendo sua afetividade.

Além dos notórios avanços na área da saúde, pode-se perceber também uma grande mudança nos valores e atitudes das pessoas nessa faixa etária. A infectologista Eliane Fonseca aponta que ao envelhecer as pessoas não deixam de fazer sexo e atualmente idosos e idosas são estimulados e desejam ter uma vida social e sexual ativa.

E ao falar de sexo, é importante desmistificar que sexo envolve somente penetração. Segundo Helena Cerveira Lopes, coordenadora da Saúde da Pessoa Idosa (COSAPI), é fundamental compreender que o ato sexual envolve tons de voz, beijos, toques, cheiros e os idosos são plenamente capazes de vivenciar esses fatos até chegar ao ato sexual propriamente dito, e vivenciar todas essas etapas é uma importante dimensão de sua vida.

De acordo com um estudo realizado pelo Ministério da Saúde, que observou o comportamento da população brasileira sexualmente ativa, ficou comprovado que 17,3% dos entrevistados com mais de 50 anos relataram ter tido cerca de 6.3 relações sexuais por mês nos últimos 6 meses (BRASIL, 2003).

As mudanças sociais e culturais, sobretudo na sexualidade, representam um papel de destaque que justificam o número crescente de pacientes de mais de 60 anos contaminados pelo HIV. Lemos (2003, p. 69), afirma: “transitamos numa época de mudanças, sendo que a visão de sexualidade tem-se alterado rapidamente nas últimas décadas”, e acredita que os meios de informação, principalmente a televisão e internet, contribuíram e aceleraram o processo de transformação de valores, que até os anos 1950 demoravam a ocorrer.

Segundo os estudos realizados por Laurentino *et.al.* (2006), que aborda o namoro na terceira idade, os idosos são vistos pela sociedade como pessoas incapazes de manter relações sexuais e de desenvolver novas relações amorosas e afetivas. Entretanto, essa ideia é incorreta e preconceituosa, uma vez que envelhecer não é enfraquecer, ficar triste ou assexuado; e também não traz uma deterioração do desejo sexual, sendo que este pode permanecer ativo até o fim da vida.

Zimmerman (1997) defende que o ser humano existe, ou subsiste, em função dos seus relacionamentos grupais. O homem, desde o nascimento, participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

No que se refere aos idosos, é possível notar a tendência de formação de grupos com o objetivo de manter os idosos inseridos socialmente na comunidade na qual vivem. Geralmente, esses encontros sociais ocorrem nos bailes, realizados semanalmente, o que pode favorecer um envelhecer saudável, com maior ocorrência de encontros afetivos, ampliando a possibilidade de o idoso continuar exercendo sua sexualidade.

A inserção de idosos em grupos de convivência aumentou significativamente, dado que permite desconstruir a imagem de uma velhice monótona, sofrida e permeada por doenças. A partir do momento que idosos realizam encontros sociais, adquirem novos conhecimentos, compartilham afetos e saberes (LEITE; CAPELLARI; SONEGO, 2003).

Nesses encontros, é comum que idosos iniciem um novo relacionamento e apesar dessa situação ser positiva, trazer benefícios e contribuir para a qualidade de vida, é necessário pensar nos riscos que uma sexualidade sem proteção pode trazer para os indivíduos.

O Centro de Referência e Tratamento em DST/AIDS, órgão do Ministério da Saúde, constatou que pessoas da terceira idade estão hoje mais expostas ao vírus HIV do que há uma década (BRASIL, 2005). De acordo com Barbosa (2006), a porcentagem dos brasileiros com 50 anos ou mais com o diagnóstico de AIDS subiu progressivamente de 7% em 1996 para 13% em 2004. O aumento de idosos com HIV/AIDS é a mais nova e preocupante característica da epidemia.

O Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018, do Ministério da Saúde, revela que o número de casos de HIV entre pessoas acima dos 60 anos aumentou 81% entre 2006 e 2017, sendo que as taxas de infecção aumentaram igualmente entre homens e mulheres.

Dados de 2004 indicavam dois fatores relevantes para o aumento de casos de HIV/AIDS em idades mais avançadas. O primeiro fator está ligado a uma melhor condição socioeconômica, que permite maior acesso dos idosos aos serviços sexuais disponíveis e remédios, que acabam possibilitando uma vida sexual ativa. O segundo fator que leva à exposição é a existência de um forte tabu sobre sexualidade na terceira idade, mesmo havendo mudanças de crenças e valores por essa parte da população (BRASIL, 2004).

Os casos de infecção pelo vírus HIV na faixa etária de mais de 60 anos ocorrem predominantemente por transmissão sexual. Devido à estigmatização da terceira idade, tanto familiares quanto profissionais da área de saúde negam-se a pensar que o indivíduo seja ativo sexualmente. Raramente os profissionais indagam sobre a vida sexual do paciente idoso, muitos nem suspeitam da possibilidade de contaminação por HIV e isso vem a retardar o diagnóstico (ARAÚJO; BRITTO; GIMENIZ; QUEIROZ; TAVARES, 2007).

Dados de 2006 indicavam que os idosos também costumam adiar a realização do teste anti-HIV porque se consideram um grupo com menor risco de contrair a doença.

Azambuja (2000) considera que diagnosticar pacientes soropositivos com idade superior a 60 anos é complicado, por se tratar de um diagnóstico diferencial para um grupo já exposto a inúmeras outras patologias relacionadas à idade. Isso se reflete, principalmente, nas terapêuticas incorretas e diagnósticas de HIV tardios, facilitando a instalação de infecções oportunistas com maior facilidade e ocasionando complicações e maior mortalidade.

Geralmente, o diagnóstico de HIV em idosos é feito com um atraso de dez meses há anos após o contágio. Certos sintomas como cansaço, desidratação, perda de peso ou comprometimento da memória são associados a outras doenças comumente encontradas nessa etapa da vida (*The Merck Manual of Geriatrics*, 2008). Com isso, o teste de HIV, que deveria também ser solicitado aos idosos, dificilmente é realizado, adiando a descoberta e comprometendo a possibilidade de um tratamento eficaz.

É engano pensar que pessoas idosas não fazem sexo, não usam drogas ou não apresentem comportamentos de risco. Isso fez com que, durante muito tempo, não se fizesse campanhas de prevenção dirigidas a essa parcela da população.

Nota-se que, muitas vezes, essas pessoas são desinformadas sobre o HIV e, portanto, pouco conscientes de como se proteger da doença. Assim, esses indivíduos são mais suscetíveis e vulneráveis à contaminação por doenças sexualmente transmissíveis, entre elas o HIV. Velhice sem sexualidade é um mito (RIBEIRO, 2006).

A dificuldade na utilização do preservativo nesta faixa etária está relacionada a diversas variáveis que precisam ser analisadas com cuidado. Sabe-se que durante o processo de envelhecimento, ocorrem perdas e fragilidades que podem intervir no aspecto sexual, social e psicológico da pessoa idosa.

Nos indivíduos do sexo masculino, há uma redução de produção de testosterona e espermatozoides após os 40 anos. E não somente essa alteração, mas eventuais problemas circulatórios, diabetes, colesterol alto, fumo, álcool e eventuais medicações podem prejudicar a vida sexual dos idosos. No caso específico das mulheres, a menopausa causa uma alteração hormonal específica que interferem na lubrificação vaginal.

Quando se fala de sexualidade na terceira idade e HIV, é necessário pensar na dificuldade que essa parcela da população possui em usar o preservativo. Infelizmente, a maioria dos homens idosos não possui este hábito, pois, provavelmente, quando jovens, os preservativos tinham a finalidade maior de evitar uma gravidez indesejada. Outro fator importante a ser levado em consideração ao abordar o assunto é que os homens da terceira idade possuem ereções menos intensas e mais curtas, e, ao colocar o preservativo, eles receiam perder a ereção. Outro motivo é que acreditam que o cuidado só é necessário em relações extraconjugais ou com profissionais do sexo.

Em pesquisa realizada por Caldas e Gessolo (2006), sobre a sexualidade de pessoas após os 50 anos, observou-se que a população masculina afirma deixar de fazer uso do preservativo pelo medo de haver comprometimento na qualidade e manutenção da ereção peniana.

Ainda em relação ao uso de preservativo pela população masculina após os 50 anos, estudo realizado por Bertoncini *et.al.* (2008) evidenciou que 52,4% dos homens declararam que mantém relações sexuais com o uso do preservativo após o contágio pelo vírus HIV. Porém, 42,9% dos entrevistados relataram que nunca usaram preservativos, mesmo após se infectarem.

Outros 4,5% afirmaram que utilizam preservativos apenas de vez em quando, mesmo sendo soropositivos. Nesse estudo, todos os entrevistados afirmaram que a utilização de preservativos nunca foi realizada antes da infecção pelo HIV, o que evidencia a grande dificuldade dessas pessoas em adotar esta prevenção.

Quanto às mulheres com mais de 50 anos, muitas acreditam que o uso do preservativo já não é mais necessário, pois não podem mais gerar filhos e o preservativo é facilmente identificado como sendo uma inutilidade. Muitas ignoram que fazer sexo sem preservativo no climatério e após a menopausa é ainda mais arriscado, uma vez que as paredes vaginais estão mais finas e ressecadas, aumentando as chances de pequenos ferimentos e rachaduras da pele no ato sexual, abrindo uma porta de entrada para doenças sexualmente transmissíveis (SALDANHA, 2006).

O estudo realizado por Cecatto *et. al.* (2004) vem enfatizar que as mudanças corporais decorrentes do processo natural de envelhecimento entre as mulheres - estreitamento vaginal, diminuição da elasticidade e das secreções vaginais - são favorecedoras do risco de contaminação pelo HIV durante as relações sexuais. Essa situação, associada à percepção de uma suposta ausência de risco, pode contribuir para que um número crescente de mulheres idosas fique exposto à epidemia do HIV.

Informações e campanhas de prevenção inadequadas

Nota-se que a maioria das campanhas contra doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS é dirigida para os jovens ou HSH (homens que fazem sexo com homens). Segundo Rocha *et.al.* (2011), em suas pesquisas sobre prevenção e conhecimento sobre AIDS na população da terceira idade, ficou evidente que a educação sexual do idoso não foi construída à sombra das doenças sexualmente transmissíveis, pois quando jovens não havia a existência do vírus HIV e as demais DST'S eram tratáveis em sua maioria. Portanto, para os atuais idosos a necessidade do uso do preservativo nas relações sexuais não se tornou um hábito.

Lazzarotto *et.al.*(2006), em estudo sobre o conhecimento de HIV por pessoas da terceira idade, aponta que a maioria dos entrevistados acreditava que todo soropositivo fatalmente apresentaria sintomas da AIDS. Em relação à transmissão, 41% dos idosos possuíam dúvidas ou acreditavam que a doença poderia ser transmitida pela simples picada de um mosquito.

Quanto à prevenção, a maioria dos entrevistados sabia da importância do uso do preservativo para impedir a transmissão do vírus, mas 80% deles não o usavam durante as relações sexuais. Nesse estudo, 37% dos indivíduos entrevistados ainda acreditavam ser a AIDS uma doença que atinge homens que fazem sexo com homens ou uma doença de prostitutas e usuários de drogas injetáveis.

É nesse cenário permeado pela desinformação, preconceito e falta de preparo para vivenciar uma sexualidade sadia, que muitos idosos se contaminam com o HIV. Sousa *et.al.* (2004), em pesquisa sobre viver com HIV/AIDS na terceira idade revelou grande constrangimento e medo relacionados aos estereótipos sobre idosos sexualmente ativos, também associados à imoralidade, além do sofrimento pelo isolamento social após a doença.

Idosos portadores do HIV descreveram dificuldades nos relacionamentos afetivos, pelo medo de revelar sua condição à parceria, medo de contaminá-la (o), acarretando depressão, solidão e comprometendo ainda mais a sua vida afetiva.

Nota-se que o crescimento do número de infecções por HIV em pessoas com 60 anos ou mais é uma realidade e resulta na mais nova característica da epidemia. Portanto, é cada vez mais necessário e urgente realizar campanhas de prevenção às DST/AIDS direcionadas a esse segmento da população, proporcionando-lhes assim qualidade de vida (PEREZ, GASPARINI; 2005).

Além disso, sabe-se que, para serem eficazes, as campanhas de prevenção e educação relacionadas à AIDS devem atingir todas as faixas etárias. Sexo não tem idade e prevenção também não. Acabar com a imagem de um envelhecimento assexuado, poderá inserir os idosos na luta contra a transmissão do vírus.

Qualidade de vida compreende inúmeras dimensões como bem-estar físico, familiar e emocional; habilidade funcional; espiritualidade; função social, sexualidade e função ocupacional. Todas essas variáveis integradas mantêm o indivíduo em equilíbrio consigo mesmo e com o mundo ao seu redor.

Quando a AIDS surgiu, foi apresentada como uma doença incurável e fatal, sem esperança e sem destino a não ser a morte. De acordo com Herbert de Souza (1992), essa visão fatalista foi responsável pela disseminação de condutas discriminatórias, desumanas e terroristas em relação às vítimas da doença. Muitos se valeram da tragédia para expressar todos os seus preconceitos e culpar as vítimas e suas condutas, ao invés de atacar a causa real da doença: o vírus.

O preconceito ainda se mantém presente nos dias atuais e atinge profundamente os indivíduos infectados, influenciando-os na sua percepção da doença, com sentimentos de ansiedade e rejeição social (SALDANHA, 2006).

A melhor forma de combater a AIDS é tornar a sexualidade um assunto pertencente ao dia a dia, englobando tanto idosos soropositivos quanto soronegativos. A grande arma para barrar a disseminação da doença é contar com profissionais de saúde capacitados que, ao abordar o assunto sexo, possibilitem a reflexão sobre questões sociais e culturais, que vão muito além do puro e simples tratamento medicamentoso.

Psicologia e suas contribuições

Para idosos portadores de HIV/AIDS

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie (BRASIL, 2006).

A OMS propõe uma política de envelhecimento ativo, possibilitando assim uma melhor qualidade de vida para as pessoas da terceira idade. São seis os aspectos que envolvem um envelhecimento ativo e saudável: boa condição econômica, condições sociais favoráveis, bom ambiente físico e pessoal, fatores comportamentais, serviços sociais e acesso à saúde (OMS, 2005).

Portanto, envelhecer faz parte de um ciclo natural do ser humano, fase da vida na qual um número cada vez maior de idosos descobre que são portadores do vírus HIV, por transmissão sexual, principal via de contaminação nesta faixa etária (WOOTEN, 2009).

Segundo Oliveira e Bianeck (2008), um paciente HIV positivo passa por grande sofrimento psíquico, pois é obrigado a deparar-se com inúmeras e constantes perdas, atualizando a castração. As várias dimensões da AIDS (aspectos sociais, morais e religiosos) expõem os indivíduos a conflitos internos que já existiam anteriormente à doença, questões pessoais são trazidas à tona no momento de fragilização.

O indivíduo tem que reorganizar sua vida em torno dessas perdas, conviver com a presença constante da morte, possíveis afastamentos de amigos e familiares e remodelação de suas relações afetivas e sexuais. Além de experimentar lutos e ter que reorganizar questões objetivas e subjetivas, há ainda outro fator: o indivíduo HIV também está sob o olhar e julgamento da sociedade, que tende a culpabilizá-lo por sua condição. O período de envelhecimento já é naturalmente marcado por perdas e pode ser um período de ressignificações, e envelhecer sendo portador de HIV, no entanto é, de modo geral, uma experiência desgastante.

Em pesquisa realizada por Perez e Gasparini (2005), com catorze idosos portadores de HIV, foi constatado que nove idosos consideraram negativo envelhecer com HIV/AIDS e associam esse diagnóstico com doença e morte. Nesse estudo, nove idosos afirmaram que a contaminação ocorreu por via sexual durante relações heterossexuais, e apenas dois idosos mencionaram que valorizaram mais a vida após a descoberta da infecção. Quando questionados sobre o que gostariam de mudar em suas vidas, três idosos afirmaram categoricamente que procurariam evitar a infecção e que seria bom não ter HIV. Os entrevistados demonstraram não ter preocupação com um envelhecer saudável e dinâmico, mas todos se preocuparam em afirmar que queriam manter o HIV em controle no organismo para não resultar em maiores danos à saúde.

De acordo com Oliveira e Bianeck (2008), a AIDS é recebida pelo indivíduo portador como uma interdição, trata-se de uma ameaça de castração porque coloca o sujeito diante de limitações e impossibilidades, e provoca nos pacientes uma angústia e uma ferida narcísica relacionada ao desfiguramento corporal.

Estudo realizado por Silva, Pimentel e Saldanha (2008), com participação de dez idosos soropositivos, foram relatadas dificuldades de se conviver com uma doença que não tem cura. Porém, os entrevistados revelaram ganhos

secundários com a doença, pois passaram a olhar “além do HIV” e relataram que procuram ajudar as outras pessoas recém-diagnosticadas, fornecendo-lhes depoimentos sobre as vivências enfrentadas.

No mesmo estudo, o discurso dos participantes em relação à perspectiva de vida, revelou incerteza quanto ao futuro, à morte e em relação à própria saúde por parte dos idosos. Verificou-se que esses indivíduos precisavam se reorganizar constantemente em relação aos sentimentos de esperança, papéis sociais, identidade pessoal, relações interpessoais e qualidade de vida.

De acordo com Saldanha e Araújo (2006), idosos que se deparam com a doença tendem ao isolamento, escondendo o diagnóstico da família, vizinhos e omitem sua condição no ambiente de trabalho. A grande maioria não tem acesso de grupos de autoajuda ou ambulatórios especializados em lidar com a complexa situação de envelhecer com HIV/AIDS. O medo da discriminação é tão evidente que, na maioria dos casos, o preconceito vem de dentro pra fora e impede esses indivíduos de dividirem suas angústias.

Ainda no estudo realizado por Saldanha e Araújo (2006), vinte e um idosos soropositivos relataram que a AIDS é vivenciada por eles com constrangimento e, inevitavelmente, associam a doença com promiscuidade. O enfrentamento da doença se dá através da religião e o risco de contágio está associado ao sangue, beijo, drogas e prostituição. Para todos os idosos soropositivos consultados, a AIDS é concebida como uma doença contagiosa e fatal, e que as pessoas são responsáveis por sua própria enfermidade (culpa).

No mesmo estudo os entrevistados indicam que sofrem com estigmas, preconceitos, incapacidade para o trabalho devido aos sintomas e sequelas provocadas pelo HIV, dificuldades de reintegração social, baixa autoestima, culpabilidade e conformismo diante da doença e da morte.

A vivência cotidiana da AIDS na terceira idade é algo impactante para os indivíduos, pois se trata de uma doença que gera preconceitos e consequências na vida afetiva e sexual, bem como demanda um esforço contínuo para a manutenção e sucesso do tratamento. Quando esses pacientes necessitam de atendimento nem sempre se deparam com profissionais e equipes de saúde preparadas para lidar com suas demandas (CARVALHO; BRAGA; GALVÃO, 2008).

Sesarino (2000) afirma que a AIDS evidenciou a impotência da Medicina, a impossibilidade da imortalidade, em momento no qual esta ciência alcançou avanços importantes e pretende mesmo suprimir e controlar a morte.

Neste contexto a abordagem psicanalítica do paciente portador do vírus HIV se distingue das demais formas de tratamento, na medida em que se orienta pela singularidade de cada caso, ou seja, a psicanálise procura trabalhar como o sujeito é afetado. Se a Medicina reduz o sujeito a um corpo que merece cuidados, a psicanálise vem proporcionar um trabalho no qual ele pode elaborar suas questões, fantasias, desejos e medos. Cabe ao psicanalista

reconhecer além daquilo que é dito, e trabalhar com as formações inconscientes (DIAS, 2002).

De acordo com Mencarelli e Vaisberg (2007), o trabalho psicoterapêutico com o paciente HIV positivo busca analisar os determinantes lógico-emocionais inconscientes que justificam o sofrer, e com medidas interpretativas procura-se trazer alívio para o sofrimento do paciente. Ainda que seja levado em consideração que todo sofrer tenha sentido imerso e presente na subjetividade de cada um, é necessário reconhecer que o sofrimento do paciente HIV positivo é algo que o acomete desde fora e não faz parte apenas do mundo simbólico.

Martins (2006) ressalta a necessidade de oferecer assistência psicológica aos portadores de HIV/AIDS como forma de colaborar para eles saíam, cada um a seu modo, deste lugar inicial - marcado pela tristeza, perda, angústia, para uma aposta na luta pela qualidade permanente de vida.

Mesmo para os que demonstram relativa estabilidade emocional, o diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV oferecem grande potencial para a emergência de estados de angústia que podem atingir patamares de extrema agonia. Uma doença ou um severo tratamento podem ser sentidos pelo paciente como fenômenos extremamente invasivos, e é nesse momento que uma intervenção psicológica se faz necessária e eficiente (MENCARELLI; VAISBERG, 2007).

A psicoterapia para o paciente soropositivo visa trabalhar os sentimentos de integridade, fantasias e medos. Pessoas com sorologia positiva para o HIV possuem vontades, necessidades e desejos que devem ser respeitados e trabalhados. A AID é uma questão do sujeito, mas ela convoca o coletivo (MARTINS, 2006).

Para cuidadores de portadores de HIV/AIDS

Para Sesarino (2000), a AIDS tona-se intermediária da vida e da morte, representa a morte pela via sexual, interpondo-se no complexo caminho do prazer. E a sentença de morte por ela anunciada evidencia igualmente uma condenação social, pois se trata de uma morte simbólica - o indivíduo HIV positivo carrega em si os signos e os sinais da morte implicados no corpo sob a forma de doença.

E mesmo com os notórios avanços da Medicina e possibilidades de prolongamento da vida, é possível verificar preconceito em relação ao HIV, sobretudo quando se relaciona à sexualidade humana e morte. A relação do homem com a morte mediante um diagnóstico de HIV, nem sempre é tratada de modo adequado, já que ainda impera o preconceito, distanciamento e exclusão aos portadores (OLIVEIRA; BIANECK, 2000).

Sabe-se que o apoio dos familiares é essencial no processo de envelhecimento, pois é nessa fase que ocorre a diminuição das capacidades do organismo, e a figura do cuidador, familiar ou não, que prestará ajuda ao

indivíduo incapacitado de exercer suas funções independentemente deve ser valorizada (COSTA; FIRMO; GIACOMIN; UCHOA, 2005).

O suporte social é fundamental para que pessoas idosas se sintam amadas e seguras diante dos problemas de saúde que ocorrem no decorrer da vida. Redes sociais formadas por amigos e familiares atenuam os efeitos de estresse ao fornecerem amor, afeição preocupação e assistência, já a ausência desse suporte favorece o agravamento da doença e aumenta a mortalidade em idosos (ORTH-GOMER; JOHNSON apud RAMOS, 2002).

E é justamente no meio social e familiar que o preconceito mostra sua face mais dura e cruel, quando o idoso recebe o diagnóstico de HIV positivo. Segundo Silveira (2004), a AIDS desencadeia um efeito desagregador em toda a estrutura familiar e o sofrimento não atinge somente o paciente, mas também seus familiares, amigos e parceiros sexuais que irão enfrentar conjuntamente as dificuldades, preconceitos, estigmas, ocasionando alto nível de estresse.

Quando um indivíduo descobre que ele é HIV positivo, a figura do cuidador tem papel essencial, já que toda a rede de relacionamento e suporte se mostra frágil. Os laços precisam ser reconstruídos para ajudar o portador no enfrentamento da doença, momento no qual é possível verificar as dificuldades de aceitação por parte da família, pois há o medo do contágio, dificuldades financeiras, falta de informações corretas sobre a doença e questões morais em relação à sexualidade do portador (COLOMBINI *et. al.*,2001).

Em estudo realizado por Stefanelli, Gualda e Ferraz (1999) ficou comprovado que o diagnóstico positivo para HIV gerou depressão, solidão, desesperança e dúvidas sobre relatar a soropositividade para familiares e amigos, e muitos pacientes procuraram enfrentar sozinhos a situação. Após um tempo mantendo o diagnóstico em sigilo, alguns pacientes procuraram amigos e grupos, mas a família só foi procurada numa fase posterior, devido as possíveis repercussões dessa revelação.

Na pesquisa realizada por Diniz, Saldanha e Araújo (2006), ficou comprovado que a maioria dos idosos soropositivos não possuía rede de apoio, e grande número de pacientes procurava ONG'S (organizações não governamentais) para convívio social e formação de laços de afeto com pessoas também soropositivas. Sentimentos de solidão, abandono e preconceito foram relatados por eles, e as atitudes dos familiares oscilaram entre a negação e afastamento.

A soropositividade para o HIV faz com que as pessoas fiquem mais isoladas, seja por omissão do diagnóstico, seja por afastamento por parte da família e amigos. Situações de preconceito e discriminação potencializam o isolamento, ocorrem restrições nos relacionamentos interpessoais e dificuldades no campo afetivo e sexual. A AIDS afeta a qualidade de vida das pessoas, traz prejuízo às relações humanas, fazendo-se necessário a revisão de valores, crenças e mudanças no estilo de vida, envolvendo aspectos sociais, econômicos, psicológicos, culturais, entre outros (STEFANELLI; GUALDA; FERRAZ, 1999).

Cada família terá uma forma singular de lidar com a soropositividade do idoso, e os significados que a cultura atribui à AIDS podem influenciar esta relação entre indivíduo e família. A falta de informação sobre a doença dificulta a aceitação da família no cuidado ao portador. É nesse contexto, permeado pela desinformação e pelo preconceito, que a psicoterapia se torna uma ferramenta eficaz para auxiliar os familiares e cuidadores, trabalhando valores, crenças e fantasias relacionadas ao HIV.

Discussão

O crescimento da população idosa no Brasil e no mundo é algo presente nas estatísticas demográficas. No entanto, apesar do crescimento dessa parcela da população e das constantes melhorias proporcionadas pelos medicamentos, uma pesquisa realizada por Barbosa (2006) apontou crescente vulnerabilidade do idoso para a contaminação pelo HIV.

Tal vulnerabilidade torna-se mais evidente quando se observa outros estudos, como o realizado por Caldas e Gessolo (2001), que verificou que idosos não possuem acesso a informações corretas sobre as vias de transmissão do HIV. Esses autores apontam que o citrato de sildenafil de fato melhorou a qualidade e a quantidade de relações sexuais, assim como a utilização de próteses penianas e a terapia hormonal nas mulheres proporcionou melhorias na vida sexual.

No entanto, os avanços da ciência não foram associados à informação e, assim, expôs a população idosa a um maior risco de contaminação, já que os idosos não utilizam preservativos por medo de perder a ereção, perda de sensibilidade e também por questões estéticas. Este estudo demonstrou que as campanhas de prevenção são ineficazes para os idosos por estarem sempre vinculadas aos jovens e adultos.

O aumento do HIV em idosos é progressivo, como constatam Barbosa (2006), Sousa, Saldanha e Araújo (2004), que verificaram o aumento do HIV em idosos e afirmaram que sua adesão ao tratamento aumenta com o aumento da idade. No entanto, apesar da considerável adesão, a AIDS na terceira idade é a mais nova característica da epidemia.

Na pesquisa realizada por Bertoncini *et.al.* (2008) foi identificado que os idosos entrevistados contraíram HIV através de relações sexuais e de drogas injetáveis. Metade dos idosos soropositivos passou a usar preservativo após o contágio do HIV, enquanto que a outra metade da amostra nunca usou, mesmo após a contaminação. Esse estudo aponta semelhanças com a pesquisa de Caldas e Gessolo (2001), que demonstrou que a terceira idade possui grande dificuldade em usar proteção nas relações sexuais, aumentando ainda mais sua vulnerabilidade.

Quanto a isso, Saldanha (2006) verificou que as mulheres não se percebem vulneráveis ao HIV, prevalecendo a ideia do amor romântico, relacionamento estável e os princípios do casamento (fidelidade, amor e respeito), o que as deixam expostas a uma possível contaminação pelo parceiro. Outro fator que

revela a vulnerabilidade feminina é que, após os 50 anos, as mulheres abandonavam o uso do preservativo já que não poderiam mais engravidar. Esse estudo apresenta semelhanças com a pesquisa realizada por Silva, Pimentel e Saldanha (2008), na qual todas as mulheres entrevistadas declararam que contraíram o vírus HIV do marido ou parceiro estável.

Já Lazzarotto *et. al.* (2006) demonstraram que idosos possuíam dúvidas quanto à transmissão do HIV, e achavam que a picada de mosquito poderia transmitir o vírus, e que a maioria dos idosos entrevistados sabia da importância do sexo seguro, mas não o praticava. É importante enfatizar que Caldas e Gessolo (2001) e Bertoncini *et.al.* (2008) também evidenciaram informações deturpadas quanto à transmissão do HIV e baixa adesão ao uso do preservativo.

Nos estudos de Lazzarotto *et.al.* (2006) foi possível identificar que permaneciam intactas as crenças que vinculam AIDS à homossexualidade e drogas injetáveis, demonstrando as lacunas existentes no conhecimento sobre HIV/AIDS em pessoas da terceira idade no que se refere à prevenção e contágio, o que acabava expondo esses indivíduos à contaminação.

Sousa, Saldanha e Araújo (2004) evidenciaram que idosos com menor escolaridade possuem crenças ultrapassadas em relação ao HIV, como sendo uma doença vinculada à promiscuidade, drogas e castigo divino; aqueles com maior escolaridade possuíam um sentimento de esperança mais evidente e conseguiam ter melhor adesão ao tratamento. Quanto às formas de contágio, esse estudo demonstra concordância com a pesquisa realizada por Lazzarotto *et. al.* (2006), já que os idosos acreditam que o beijo e o simples contato direto pode transmitir o HIV.

As construções sociais carregadas de preconceito e a desinformação contribuem demasiadamente para o agravamento das dificuldades enfrentadas pelo idoso soropositivo, e ambos os estudos demonstram que a AIDS é um fenômeno social de grandes proporções e ainda está atrelada a princípios morais.

Perez e Gasparini (2005) realizaram estudo com idosos soropositivos com mais de 60 anos e verificaram que eles consideravam negativo envelhecer com HIV/AIDS, associando constantemente a doença à morte. Poucos idosos evidenciaram maior valorização da vida após o contágio e todos definiram que a religião é fundamental para o enfrentamento da doença. Esse estudo revelou que os idosos possuíam uma tendência para se organizar e se adaptar à nova condição, buscando melhores condições de vida e manutenção da saúde como também constatou Barbosa (2006) ao demonstrar uma boa adesão ao tratamento.

Diniz, Saldanha e Araújo (2006), em pesquisa com cuidadores de pacientes soropositivos, revelou que os familiares apresentam grande dificuldade em cuidar de idosos soropositivos, já que possuem ideias permeadas de preconceitos, estigmas e sentimentos ambivalentes. Apesar do papel fundamental desempenhado pela família e amigos na sobrevivência do

soropositivo, há evidências de que a maioria dos idosos não possuía uma rede de apoio consistente.

Saldanha e Araújo (2006) estudaram idosos acima de 50 anos, idosos soropositivos também acima dos 50 anos, profissionais e saúde e cuidadores. Todos os idosos entrevistados consideraram a AIDS uma doença fatal e os idosos soropositivos declararam constrangimento por serem portadores de HIV, relatando sofrer preconceitos, estigmas e dificuldades de integração social, baixa autoestima e culpa. Esse estudo é possui semelhanças com a pesquisa de Perez e Gasparini (2005) que evidenciam os aspectos negativos de se envelhecer com HIV/AIDS. Outro aspecto importante ressaltado por Saldanha e Araújo (2006) reforça que os cuidadores que oferecem pouco apoio e possuem medos e preconceitos ao portador de HIV.

Conclusão

Através dessa revisão de literatura foi possível identificar os fatores que expõem o indivíduo da terceira idade ao HIV, sendo que a via de transmissão mais evidente foi a sexual, e que a falta de adesão ao uso do preservativo mostrou-se crucial para a contaminação. Aspectos sociais, culturais e históricos também são fatores que contribuíram para a vulnerabilidade do idoso ao HIV.

Quando se abordam assuntos relacionados à terceira idade, temos que pensar no idoso como público que necessita de investimento para prevenção em saúde, oferecendo programas, propagandas e informativos que os incentive a usar preservativos masculinos ou femininos. A vida humana deve ser encarada como fluxo e idosos não podem simplesmente serem condenados à uma “morte social” no qual a sociedade e o governo ignoram a sexualidade e deixam essa parcela da população vulnerável à contaminação.

De acordo com esta pesquisa conclui-se que a psicologia possui papel fundamental para a promoção da qualidade de vida do idoso infectado, uma vez que o processo terapêutico aborda questões como incertezas, medos, preconceito, abandono, carga social e moral de se conviver com o HIV/AIDS. Além disso, a psicoterapia mostrou-se uma forma de tratamento possível para a construção de estratégias de enfrentamento para a doença, melhor reorganização e melhor adaptação do idoso soropositivo.

Referências

ARAÚJO, V.L.; BRITTO, D.M.S; GIMENIZ, M.T; QUEIROZ, T.A; TAVARES, M.C. Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. Vol 10, nº4. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=s1415790x2007000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=en> [acessado em 5 de setembro de 2009].

AYRES, J.R.C.M; FRANCA, J.R; CALAZANS, J.G. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. *In* BARBOSA, R. M.; PARKER, R. G.

Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999, p. 49-72.

AZAMBUJA, K.F. Perfil do paciente HIV+ com mais de 60 anos no Estado do Rio de Janeiro. *Fórum: Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST*. Rio de Janeiro, 2000, pp. 287-288.

BARBOSA, A.S.M. *Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com AIDS na grande São Paulo* [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2006. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin-wxislind.exe/iah/online/> [acessado em 31 de agosto de 2018].

BASTOS, FI. *et. al.* A epidemia de AIDS no Brasil. In MINAYO, M.C.S. (org.). *Os muitos brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Editora Hucitec, 2000.

BATISTA, A.F; MARQUES, A.P.O; LEAL, M.C.C; MARINO. G.J; MELO, H.M.A. Idosos: associação entre o conhecimento da AIDS, atividade sexual e condições sociodemográficas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100005 [acessado em 10 de setembro de 2017].

BERTONCINI, B.Z; MOARES, K.S; KULKAMP, I.C. Comportamento sexual de adultos com mais de 50 anos infectados pelo HIV. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2008, pg. 75-79.

BRASIL. Comportamento da população brasileira sexualmente ativa. *Programa nacional de DST/AIDS, 2003*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> [acessado em 02 de outubro de 2009].

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Cresce o número de portadores de AIDS na terceira idade. *Jornal Tribuna Digital*. Santos, SP, 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/imprensa/noticias> [acessado em 4 de janeiro de 2010].

BRASIL. Ministério de Saúde. *Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatite B e C*. *Boletim Epidemiológico da AIDS*, 2004, pg.56.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de DST e AIDS*. *Boletim Epidemiológico da AIDS* 2005; pg. 3-5.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica* 19, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de DST/AIDS. O controle das DST's no Brasil, 2006*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/assistencia/manueldst/item01> [acessado em 4 de janeiro de 2018].

CALDAS, J.M.P; GESSOLO, K.M. AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública. *7º Congresso de AIDS, 2006*. Disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=285 [acessado em 10 de setembro de 2009].

CARNEIRO, H.F. *AIDS: a nova desrazão da humanidade*. São Paulo: Escuta, 2000.

CARVALHO, C.M.L; BRAGA, V.B; GALVÃO MJ. Enfrentamento da AIDS em mulheres infectadas em Fortaleza – CE. *Revista Escola de Enfermagem USP*, nº42, 2008, pp.90-97.

CECCATO, M.G.B; ACURCIO, F.A; BONELO, P.F; ROCHA, G.M; GUIMARÃES, M.D.C. Compreensão de informações relativas ao treinamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saúde Pública*, 2004; 20(5):1388-97.

COLOMBINI, M.R. C; FIGUEIREDO, R.M.de; PAIVA, M.C. (Orgs) *Leito-dia em AIDS: uma experiência multiprofissional*. São Paulo: Atheneu, 2001 (p.167-180).

COSTA, M.M.F; FIRMO, J.O.A; GIACOMIN, K.C; UCHOA, E. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cadernos de saúde pública*, nº21, pg. 80-91, 2005.

DIAS, M.M. AIDS: desejo inconsciente. *Revista Impulso*, nº32, 2002, pp. 175-180.

DINIZ, A.R.F; SALDANHA, A.A.W; ARAÚJO, L.F. A ausência da família no cuidado com o idoso soropositivo para o HIV. *VII Congresso Virtual de HIV/AIDS, 2006*. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/pdf/304.pdf> [acessado em 4 de maio de 2016].

GALVÃO, J. *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> [acessado em 02 de outubro de 2009].

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2018. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> [acessado em 01 de setembro de 2019].

LAURENTINO, N.S; BARBOZA, D; CHAVES, G; BESUTTI, J; BERVIAN, SA; PORTELLA, M.R. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 2006. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/57/50> [acessado em 8 de setembro de 2009].

LAZZAROTTO, A.R; KRAMER, A.S; HÄDRICH, M; TONIN, M; CAPUTO, P; SPRINZ, E. O conhecimento de HIV/AIDS na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale dos Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Instituto de Ciências da Saúde*. Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, 2006.

LEITE, M.T; CAPPELLARI, V.T, SONEGO, J. Mudou, mudou tudo na minha vida: experiências de idosos em Grupos de Convivência do Município de Ijuí/RS. *Revista eletrônica de enfermagem*, 2003, pp. 18-25. Disponível em: URL: <http://www.fen.ufg.br> [acessado em 29 de setembro de 2009].

LEMOS, E.F. *Sexualidade na 3ª idade*. Florianópolis: Ediograf, 2003.

LOPES, H. C. *Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) em Pessoas Idosas*. Disponível em: https://rfp.sesc.com.br/moodle/pluginfile.php/7637/mod_resource/content/0/Infecc%C3%A7%C3%B5es%20Sexualmente%20Transmiss%C3%ADveis%20em%20pessoas%20idosas%20final.pdf [acessado em 19 de setembro de 2019].

MARTINS, A.C.B. Pessoas vivendo com AIDS: corpos marcados? *Revista Eletrônica Faculdade Machado Sobrinho*, 2006, pp. 37-46, MG. Disponível em: http://www.machadosobrinho.com.br/revista_online/arquivos/Artigo04REMS.pdf [acessado em 3 de maio de 2010].

MENCARELLI, V.L; VAISBERG, T.M.J.A. Contratransferência e compaixão: encontro clínico com um rapaz HIV+. *Revista de Psicologia Clínica do Rio de Janeiro*, nº19, 2007, pp. 93-107.

MERCK. *Manual Merck de Medicina*. 18º Ed. Editora Roca, Brasil, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de DST e AIDS. Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças*. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> [acessado em 21 de setembro de 2009].

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018*. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018> [acessado em 19 de setembro de 2019].

MORAES, K.M; VASCONCELOS, D.P; SILVA, A.S.R; SILVA, R.C.C; SANTIAGO, L.M.M; FREITAS, C.A.S.L. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n4/a18v14n4.pdf> [acessado em 18 de setembro de 2019].

MORANDO, L. Ética e AIDS. In MORANDO, L; GUIMARÃES, R. *AIDS: olhares plurais: ensaios esparsos sobre a epidemia de HIV/AIDS*. Belo Horizonte: Coordenadoria estadual de DST/AIDS de Minas Gerais, 1998, pg. 11-29.

NETO, F.A.D; SANTANA, M.A.S; LUCENA, E.C.L; SOARES, M.C.S; LIMA, K.M.M. Sexualidade na terceira idade: compreensão e percepção do idoso, família e sociedade. *Revista Universidade Vale Rio Verde*, 2014. Disponível em:

<http://revistasunincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1385> [acessado em 08 de setembro de 2019].

OLIVEIRA, S; BIANECK, D. SIDA e morte: algumas reflexões a partir da psicanálise. *Revista Adverbum*, 2008, pg. 138-143. Disponível em: [www.psicanaliseefilosofia.com.br/ ...2/03_2_4sida_e_morte.pdf](http://www.psicanaliseefilosofia.com.br/...2/03_2_4sida_e_morte.pdf) [acessado em 24 de maio de 2016].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. OPAS/ OMS, 2005.

PAIVA, M.S. *Vulnerabilidade de Gênero*. Portugal, 2004. Disponível em: http://www.gosites.com.br/vjirs/adm_trabalhos_ver2.asp?arq=VJIRS_0492_052.2.PDF&perm=com [acessado em 20 de setembro de 2009].

PAIVA, M.S. *Vivenciando a Gravidez e experienciando a soropositividade*. São Paulo, Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, 2000.

PARKER, R; CAMARGO, J.R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2001, pg. 89-102.

PAULILO, M.A.S. *AIDS: o sentido do risco*. São Paulo: Veras, 1999.

PEREZ, B.F.A; GASPARINI, S.M. A vivência do idoso no processo de envelhecer e o HIV/Aids: uma reconstrução dupla em suas possibilidades e limites. *Jornal Brasileiro de Aids*, 2005, pg. 106-109. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin-wxislind.exe/iah/online/> [acessado em 24 de agosto de 2009].

PEREZ, B.F.A; GASPARINI, S.M. Envelhecimento e Velhice com HIV/AIDS. *Revista Kairós*, v.8, 2005, pg. 277-292. Disponível em [www.pucsp.br/pos/gerontologia/downloads/ kairos8-2.pdf](http://www.pucsp.br/pos/gerontologia/downloads/kairos8-2.pdf) [acessado em 3 de maio de 2010].

PHAIR, J.P. Controle médico de pacientes infectados pelo HIV. *Periodontologia*, nº7, São Paulo: Veras, 2005.

PRAÇA, N.S; GUALDA, D.M.R. Risco de Infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. Vol 11, 2003, pg. 14-20.

RACHID, M; SCHECHTER, M. *Manual de HIV/AIDS*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2005.

RAMOS, M.P. Apoio Social e saúde entre idosos. *Revista Sociologias*, nº7. Porto Alegre, 2002, pp. 156-175.

RIBEIRO, A. Sexualidade na terceira idade. In PAPALETTO NETO, M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 2006, p.157.

ROCHA, F.C.V; MELO, S.B.S; CHAVES, N.N; SILVA JÚNIOR, F.J.G; SOUSA, C.M.M; ALVES, E.L.M. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: a visão de um grupo da terceira idade. *Revista Pesquisa e Cuidado*, 2011. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1935> [acessado em 14 de setembro de 2019].

SALDANHA, A.A.W; ARAÚJO, L.F. *A AIDS na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais da área de saúde*. PB, 2006. Disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=294 [acessado em 3 de maio de 2010].

SALDANHA, A.A.W. *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. Tese de doutorado, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SESAIRINO, J. *A construção das diferenças nos grupos de apoio aos soropositivos e doentes de AIDS em Curitiba*. Dissertação de Mestrado em Antropologia UFPR. Curitiba, 2000.

SILVA, L.S; PAIVA, M.S; SANTIAGO, U.C.F. *Representações sociais de idosos sobre a prevenção e transmissão da AIDS*. Bahia, 2005. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/comunicacao.php?num=264> [acessado em 25 de setembro de 2009].

SILVA, J; PIMENTEL, P.L.B; SALDANHA, A.A.W. *Aspectos biopsicossociais do cotidiano de pessoas soropositivas ao HIV/AIDS na maturidade e na velhice*. PB, 2008. Disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=404 [acessado em 12 de maio de 2017].

SILVEIRA, A.A.E. *Compreendendo o sentimento do visitante portador de AIDS*. Dissertação de Mestrado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade Federal de São Paulo, 2004.

SOUSA, V.C; SALDANHA, A.W; ARAÚJO, L.F. *Viver com AIDS na terceira idade*. Paraíba, 2004. Disponível em: www.aidscongress.net/pdf.php?id_comunicacao=296 [acessado em 25 de setembro de 2009].

SOUZA, C.T.V. *Características sócio demográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus HIV em homens que fazem sexo com homens*. Fundação Oswaldo Cruz: Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2001.

STEFANELLI, M.C; GUALDA, D.M.R; FERRAZ, A.F. A convivência familiar do portador de HIV e do doente com AIDS. *Revista Família, Saúde e Desenvolvimento*, nº1, pg. 67-74, Curitiba, 1999.

SZWARWALTZ, C.L *et. al.* A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*, nº16, 2000, pp. 7-19.

TORRES, E.M. *A viuvez na vida dos idosos*. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12511/1/DISSER_PGENF_188_ELIS%C3%82NGELA.pdf [acessado em 07 de setembro de 2019].

WOOTEN, B.K. HIV e AIDS em adultos idosos. *Revista de Enfermagem Geriátrica*, setembro de 2009, p. 5.

ZIMERMAN, D.E, *et. al.* *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed, pg. 424, 1997.

Listas de Abreviaturas

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência humana

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre o HIV/AIDS

DST – Doença Sexualmente Transmissível

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis

ONG's – Organizações não-governamentais

Data de recebimento: 22/11/2019; Data de aceite: 19/12/2019

Ana Paula Rodrigues de Lima – Psicóloga formada pelo IBMR-RJ, especialização em Psicologia Hospitalar (USP), especialização em Psicanálise (PUC-SP) e especialização em Sexualidade Humana (USP). Formação em Psicanálise pelo Sedes Sapientiae. Atualmente clinica em espaço particular localizado na Rua Oscar Freire, 1919. Pinheiros (SP). E-mail: anapaulalimapsi@uol.com.br