



UFRJ

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**JÉSSICA DA SILVA RIBEIRO**

**SEXUALIDADE E TERCEIRA IDADE: algumas reflexões acerca do aumento  
da incidência de casos de HIV/AIDS entre a população idosa e sua invisibilidade**

Rio de Janeiro  
Novembro de 2021

**JÉSSICA DA SILVA RIBEIRO**

**SEXUALIDADE E TERCEIRA IDADE: algumas reflexões acerca do aumento da incidência de casos de HIV/AIDS entre a população idosa e sua invisibilidade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de bacharel em Serviço Social, sob a orientação de Mably Trindade.

Rio de Janeiro  
Novembro de 2021

**JÉSSICA DA SILVA RIBEIRO**

**SEXUALIDADE E TERCEIRA IDADE: algumas reflexões acerca do aumento da incidência de casos de HIV/AIDS entre a população idosa e sua invisibilidade**

TCC aprovado em \_\_\_\_\_ de 2021.

**Banca Examinadora**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Mably Jane Trindade Tenenblat (orientadora)  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Andrea Moraes Alves  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

---

Prof. Dra. Rosana Morgado Paiva  
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

## **Dedicatória**

*A todas as pessoas idosas que vivem com HIV/AIDS e lutam diuturnamente pela sua sobrevivência material (e subjetiva) e para não serem tratadas com preconceitos e discriminações, especialmente por profissionais de saúde.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida, pelo seu amor, pelo renovo diário e por estar comigo em cada momento, inclusive durante a realização deste trabalho.

Aos meus pais eu agradeço por todas as orações, pelo zelo e amor que foram dados a mim durante toda minha vida. Obrigada por todo suporte e esforços feitos para que pudesse concluir este curso, sem vocês eu não estaria aqui.

Ao meu irmão, que é parte de mim, eu agradeço por ser meu melhor amigo, por sempre me incentivar e me ajudar. Obrigada pelas nossas conversas, pelas trocas de ideias e afeto. Obrigada por me inspirar e ser exemplo para mim.

Aos meus familiares e amigos, eu agradeço pelos incentivos e palavras de ânimo, vocês me deram forças para concluir mais essa etapa.

Aos funcionários da Escola de Serviço Social que sempre me ajudaram durante todo curso, prestando um excelente trabalho no atendimento ao corpo discente.

A todos os professores que eu tive a honra de conhecer ao longo da minha trajetória acadêmica, que contribuíram tanto para minha formação profissional, em especial à querida professora Mably Trindade, minha orientadora, que com muito carinho, paciência e dedicação, me acolheu, me ajudou e me incentivou em cada etapa deste trabalho. Jamais esquecerei do afeto, confiança, generosidade em respeitar o meu tempo, dos conhecimentos compartilhados e nem de suas palavras de incentivo e apoio.

Agradecimentos especiais às professoras Andrea Moraes e a professor Rosana Morgado integrantes da banca pela generosidade em aceitar o nosso convite.

A minha eterna supervisora de campo Madalena Cunha, obrigada por todo conhecimento e experiências trocadas.

A todos os meus colegas e amigos de curso, meu muito obrigada, pelo companheirismo. Alyne, Karla e Viviane, levo vocês para a vida, sou grata por todo apoio e por tornarem a graduação mais leve e divertida.

Agradeço a Jéssica de ontem por não ter desistido e por sempre se lembrar que: “Tudo bem derrubar lágrimas, mas não derrube a si mesmo”. (RM)

Por fim agradeço a UFRJ e a Escola de Serviço Social, por proverem minha formação profissional.

## RESUMO

RIBEIRO, Jéssica da Silva. **SEXUALIDADE E TERCEIRA IDADE: algumas reflexões acerca do aumento da incidência de casos de HIV/AIDS entre a população idosa e sua invisibilidade.** Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2021.

O presente trabalho de conclusão de curso tem como temática central a sexualidade na terceira idade, dando ênfase ao incremento no número de casos de HIV/AIDS na população com mais de 60 anos no Brasil. Ademais, objetivou-se com esse estudo discutir e analisar informações que contribuam para a compreensão das razões pelas quais a sociedade compreende a sexualidade do(a) idoso(a) como tabu, e as implicações acarretadas por este tipo de preconceito. O trabalho visa, ainda, ressaltar a importância da discussão de políticas públicas direcionadas à população idosa, referentes a questões sobre sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis, analisando as informações e ações direcionadas a esta população a fim de evitar o aumento de casos de HIV/AIDS. Cumpre mencionar que como instrumentos metodológicos foi realizada uma pesquisa com revisão da literatura de diversos autores e autoras sobre o tema, baseando-se em artigos científicos, dissertações, teses, livros e documentos, que tratavam da temática. Tendo em vista que a expectativa de vida da população brasileira tem aumentado e que o envelhecimento populacional já é uma realidade, faz-se, por conseguinte, necessária uma maior atenção para com a população idosa. Nesse percurso, foi importante compreender as concepções de velhice e o processo do envelhecimento, apresentar reflexões acerca da sexualidade; discutir as particularidades da sexualidade referente a idosos, abordando a relevância de desconstruir mitos e tabus, para que os(as) idosos(as) não sejam vistos(as) como assexuados, tornando esta população invisível diante as ações de combate ao HIV/AIDS.

**Palavras-Chave:** Terceira Idade. Sexualidade. Saúde. Idosos(as) vivendo com HIV/AIDS. Prevenção.

## ABSTRACT

RIBEIRO, Jéssica da Silva. **SEXUALITY AND OTHER AGE: some reflections on the increased incidence of HIV/AIDS cases among the elderly population and its invisibility.** Course Completion Paper – School of Social Service, Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, 2021.

This course completion work has sexuality in old age as its central theme, emphasizing the increase in the number of HIV/AIDS cases in the population over 60 years of age in Brazil. Furthermore, the objective of this study was to discuss and analyze information that contribute to the understanding of the reasons why society sees the sexuality of the elderly as taboo, and as likely to be caused by this type of prejudice. The work also aims to highlight the importance of discussing public policies aimed at the elderly population, regarding issues of sexually transmitted sexuality and correction, analyzing the information and actions aimed at this population in order to avoid the increase in cases of HIV / AIDS . It should be mentioned that, as methodological tools, a research was carried out with a review of the literature of several authors on the subject, based on scientific articles, books and documents that dealt with the subject. Considering that the life expectancy of the Brazilian population has increased and the aging of the population is already a reality, it is therefore necessary to pay greater attention to the elderly population. Along this path, it was important to understand the concepts of old age and the process of the process, to present reflections on sexuality; discuss the particularities of sexuality regarding the elderly, addressing the research to deconstruct myths and taboos, so that the elderly are not seen as asexual, making this population invisible precedents as actions to combat HIV / AIDS.

**Keywords:** Third Age. Sexuality. Health. Elderly people living with HIV/AIDS. Prevention.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ART	Antirretroviral
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
EUA	Estados Unidos da América
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GAPA	Grupo de Apoio a Prevenção de Aids
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SESC	Serviço Social do Comércio
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
Contextualização do objeto de pesquisa.....	10
Metodologia de pesquisa.....	13
Estruturação do TCC.....	14
<b>CAPÍTULO 1: ALGUMAS REFLEXÕES ACERCA DOS PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>15</b>
1.1 As concepções atuais sobre envelhecimento e velhice .....	15
1.2 Contextualizando o idoso no Brasil .....	19
<b>CAPÍTULO 2: BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A EMERGÊNCIA DE HIV/AIDS NO BRASIL .....</b>	<b>26</b>
2.1 Uma abordagem histórica acerca do HIV/AIDS e o seu enfrentamento no Brasil.....	26
2.2 A Política Nacional de DST/AIDS .....	31
<b>CAPÍTULO 3: SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO, PRECONCEITOS E VULNERABILIDADE ÀS ISTs.....</b>	<b>36</b>
3.1 Discutindo o conceito de sexualidade .....	35
3.2 A invisibilidade da sexualidade na terceira idade.....	39
3.3 A relação entre os tabus da sexualidade na terceira idade e o aumento exponencial de ISTs e AIDS no segmento idoso.....	45
3.3.1 O crescimento de HIV/AIDS entre a população idosa e as estratégias de prevenção.....	47
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>

## INTRODUÇÃO

*A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade de submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares (FOUCAULT, 1993, p. 106).*

Para Michel Foucault (idem), o objetivo primordial da disciplina reside na fabricação de corpos úteis, dóceis, adestrados e produtivos. Nesse sentido, como ficam aqueles corpos considerados pela sociedade como inúteis, velhos e improdutivos? Por que a sociedade tem tantos preconceitos com a sexualidade da população idosa? Por que os(as) idosos(as) sequer são foco das campanhas contra ISTs e HIV/AIDS<sup>1</sup>?

Refletir sobre essas questões – para as quais, obviamente, não temos respostas precisas – é, também, um dos objetivos precípuos do presente trabalho de conclusão de curso.

### Contextualização do objeto de pesquisa

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) emergiu no Brasil no início da década de 1980, como um problema grave, rodeada de medos e inúmeros preconceitos, uma vez que a epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o agente causador da AIDS, era associada à morte e à promiscuidade.

Desde o início construiu-se, assim, a ideia de que a AIDS atingia apenas um grupo de risco, em que estavam incluídos homens homossexuais, profissionais do sexo e usuários(as) de drogas injetáveis. Contudo, pouco tempo depois, com a disseminação da infecção por HIV pela população brasileira, foram acometidos, também, homens heterossexuais, mulheres e crianças, sendo estas últimas infectadas, especialmente, durante a gestação, parto ou amamentação, a chamada transmissão vertical.

Santos e Assis (2011) apontam que a epidemia de HIV/AIDS vem sofrendo transformações em seu perfil com a passar dos anos, dentre os quais estão os fenômenos de feminilização, heterossexualização, juventudilização, pauperização e envelhecimento. Tais fenômenos referenciam que não existem mais grupos de risco como se pensava

---

<sup>1</sup> Acquired Immunodeficiency Syndrome (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida).

anteriormente, mas que todos os indivíduos, e em todas as fases do ciclo da vida, estão expostos à contaminação.

A ligação entre AIDS e envelhecimento instiga-nos a pensar que o envelhecimento populacional, atualmente, é um fenômeno em adamento no país . A projeção da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualizada em 2018, aponta que a população idosa brasileira tende a crescer nas próximas décadas. Segundo a referida pesquisa, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%. As principais causas para essa tendência de envelhecimento seriam a queda da fecundidade, além do aumento da expectativa de vida dos(as) brasileiro(as).

Ademais, o envelhecimento populacional é um fenômeno que acontece em ritmo acelerado em todos os países do mundo. Para Renato Veras (2007, p. 2464):

O Brasil é um jovem país de cabelos brancos. Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. O número de idosos passou 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e de 17 milhões em 2006 – um aumento de 600% em menos de cinquenta anos.

Cumprir mencionar que o aumento da expectativa de vida da população brasileira e o lançamento do Viagra – primeiro remédio a combater a impotência sexual, em 1998 – significou para os idosos, principais vítimas de impotência, a retomada da virilidade. O sonho de repetir as performances sexuais da juventude tornava-se possível e muitos homens idosos dividiram a experiência com mulheres mais jovens, por vezes, sem se preocupar com o uso de preservativos.

De acordo com o Ministério da Saúde, o resultado trágico dessa falta de prevenção reside no fato de que enquanto entre as mulheres com 60 anos ou mais, a incidência da AIDS entre 1997 (ano anterior ao lançamento do Viagra) e 2002 caiu 55%, entre os homens dessa mesma faixa etária o número cresceu 50%.

Assim, com os remédios que garantem a ereção, aumenta-se significativamente o número de homens que retomaram a vida sexual. Mas, essa geração cresceu sem a preocupação em usar camisinha porque iniciou a vida sexual muito antes do surgimento da AIDS. Além disso, existem inúmeras campanhas para divulgar os remédios contra a impotência, mas ninguém se preocupou em informar aos idosos que eles também precisavam se proteger de ISTs.

Nesse sentido, os dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS de 2020 mostram que a taxa de detecção por 100.000 habitantes com 60 anos ou mais era de 12,2% para homens e de 5,9% para mulheres. Entre os homens, nos últimos 10 anos, observou-se um incremento da taxa de detecção de AIDS na faixa de 60 anos ou mais, objeto deste estudo. Em 2009, a taxa de detecção por 100.000 habitantes, em homens, era de 11,6%, enquanto em 2019 apresentou taxa de 12,2%.

Parte deste aumento pode ser, também, devido à população que se contaminou em idades mais jovens e envelheceu. No entanto, existe um incremento daqueles casos que foram infectados já em idade mais avançada por meio de relação sexual sem uso do preservativo.

Logo, diversas são as causas atribuídas ao aumento do número de casos de AIDS entre idosos, dentre eles, Santos e Assis (2011) destacam:

O aumento do número de casos de HIV na população idosa tem sido associado ao envelhecimento da população brasileira, ao aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS e ao acesso a medicamentos para distúrbios eréteis, fator que tem prolongado a atividade sexual de idosos em associação com a desmistificação do sexo na terceira idade. A abertura para a vivência da sexualidade tem tornado os idosos mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST), colaborando para maior incidência desta patologia. em indivíduos maiores de 50 anos (SANTOS; ASSIS, idem, p.147).

Sabemos que a sexualidade ainda é, por vezes, um assunto que envolve muitos tabus. A sexualidade entre idosos(as) – por óbvio – enseja mais estigmas e preconceitos porque está enredada em questões morais, sociais, religiosos e culturais.

Quando se fala em sexualidade, geralmente, associa-se ao sexo. Contudo, o sexo é apenas uma das expressões da sexualidade, não se restringindo a ele. Com efeito, a sexualidade abrange sensações, experiências e sentimentos. Falar sobre sexualidade na velhice traz à tona preconceitos e mitos, adquiridos por aspectos culturais que colocam a velhice no terreno da assexualidade<sup>2</sup>.

Cumprido destacar que o interesse pessoal pela temática da sexualidade sempre esteve presente durante meu percurso acadêmico, fomentado pelas discussões em sala de aula, em disciplinas como: “Questões de Gênero” e “Psicologia Social”, sendo que fui monitora desta última.

---

<sup>2</sup> Atualmente, a assexualidade é compreendida como um amplo espectro que reúne diversos níveis de ausência de atração sexual. Uma pessoa assexual experimenta pouca ou nenhuma atração sexual. Mas isso não significa que ela não pratique sexo, beije e abrace em nenhuma circunstância. Ela pode ter atração romântica por outro indivíduo, bem como gostar de toques e ter o desejo de estar em um relacionamento afetivo. Maiores informações podem ser encontradas em Mauro Brigeiro (2013).

Para a construção deste trabalho, a princípio, pensei em abordar a sexualidade na adolescência e juventude, temas amplamente discutidos e utilizados em meu TCC1. Porém, revendo a ideia inicial e pesquisando mais sobre a temática da sexualidade, deparei-me com a informação do aumento de número de casos de HIV/AIDS na população idosa. Este dado fez-me questionar os motivos de a população idosa não ser incluída nas discussões sobre sexualidade, o que pretendo refletir mais à frente.

Como mencionado anteriormente, um dos objetivos da presente pesquisa é propor uma reflexão que envolva a articulação entre velhice e sexualidade, bem como destacar o aumento de casos de infecções de HIV/AIDS nesses indivíduos. Pretendo, assim, discutir e analisar informações que contribuam para o entendimento dos motivos pelos quais a sociedade ainda enxerga a sexualidade do idoso como tabu, e as implicações acarretadas por este tipo de preconceito.

O trabalho objetiva, ainda, ressaltar a importância da discussão de políticas públicas direcionadas à população idosa, referentes a questões sobre sexualidade e infecções sexualmente transmissíveis, analisando as informações e ações direcionadas a esta população a fim de compreender o aumento de casos HIV/AIDS entre o segmento idoso.

Nessa esteira, é importante destacar que o(a) assistente social, enquanto profissional que busca compreender os fenômenos recorrentes da sociedade, pode contribuir para desmistificar o estigma que envolve a sexualidade na velhice, por meio de pesquisas sobre a temática e de ações educativas e reflexivas que contribuam para o conhecimento sobre o processo de envelhecimento.

Nesse sentido, as novas possibilidades de se viver a sexualidade e o aumento da incidência de casos de HIV/AIDS, neste período da vida, demandam uma perspectiva integral do(a) profissional, para que o(a) idoso(a) seja visto e valorizado na sociedade, e alcance um envelhecimento ativo e de qualidade, no qual os seus direitos e bem-estar sejam assegurados.

### **Metodologia de pesquisa**

A pesquisa acerca do tema foi desenvolvida por meio de estudo e levantamento bibliográfico e eletrônico de artigos, dissertações, teses e de periódicos com o objetivo de analisar as especificidades da sexualidade da pessoa idosa e o aumento de número de

casos de HIV/AIDS nesta população, bem como as transformações culturais, sociais e econômicas que perpassam esse grupo etário.

### **Estruturação do TCC**

O presente trabalho de conclusão de curso foi estruturado em: Introdução ao tema e objeto de pesquisa; três capítulos e as considerações finais.

No primeiro capítulo, analisam-se as concepções acerca da velhice e do envelhecimento, trazendo definições de alguns autores sobre os referidos temas. Abordase, também, o envelhecimento da população brasileira, destacando a proteção social ao idoso, suas conquistas e garantias.

O segundo capítulo apresenta uma síntese da epidemia de AIDS no Brasil e as políticas de enfrentamento da doença no país.

No terceiro capítulo, discute-se brevemente o conceito de sexualidade. Posteriormente, direciono o debate para a sexualidade do idoso, trazendo as particularidades da prática sexual nesta população e o preconceito da sociedade em torno desta temática, colocando os idosos como pessoas assexuadas.

Por conseguinte, o preconceito e o descaso com relação à sexualidade na terceira idade e a ausência de campanhas elucidativas sobre ISTs voltadas para este público especificamente resultam, dentre outros fatores, no surgimento da AIDS nesta população.

Até mesmo por parte dos(as) profissionais de saúde, podem ser percebidos o preconceito e a falta de informação quando se fala em sexualidade na terceira idade, resultando em diagnóstico tardio, atraso do início do tratamento e significativa diminuição da sobrevivência do(a) idoso(a). Por fim, neste capítulo, discorro sobre o aumento do número de casos de HIV na população maior de 60 anos e as ações voltadas para a sua prevenção.

Nas considerações finais, destaca-se a importância de se fomentar futuras pesquisas sobre sexualidade e AIDS na terceira idade. Apresento, ainda, os resultados obtidos com a pesquisa bibliográfica e as limitações encontradas durante a realização do presente trabalho.

## CAPÍTULO 1

### **ALGUMAS REFLEXÕES ACERCA DOS PROCESSOS DE ENVELHECIMENTO**

#### 1.1 As concepções atuais sobre envelhecimento e velhice

Quem pode ser classificado(a) como idoso(a)? O mais comum para que venhamos demarcar o que venha ser um(a) idoso(a) é ter como base o limite etário. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como idosas as pessoas com 60 anos ou mais residentes em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais aquelas que residem em países desenvolvidos.

Sousa (2008) destaca que, na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento foi um processo, seguido de crescimento econômico contínuo durante muitas gerações. Em países emergentes, tal processo está sendo reduzido em duas ou três décadas. É possível constatar que, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecer, os emergentes estão envelhecendo antes de obter um aumento substancial em sua riqueza.

Para Renato Veras e Célia Caldas (2004), o século XX caracterizou-se por profundas e radicais transformações, destacando-se o aumento do tempo de vida da população como o fato mais significativo no âmbito da saúde pública mundial, pois de acordo com os referidos autores (*idem*), uma das maiores conquistas da humanidade foi à extensão do tempo de vida.

É importante destacar que a noção de velhice como etapa diferenciada da vida emergiu no período de transição entre os séculos XIX e XX. Dois fatores destacam-se como fundamentais e determinantes para o surgimento da velhice: a formação de novos saberes médicos sobre o corpo envelhecido e a institucionalização das aposentadorias (SILVA, 2008).

A velhice era tratada como uma fase da vida caracterizada pela decadência e pela ausência de papéis sociais, sendo o envelhecimento associado ao deterioramento do corpo, delimitado por estudos biológicos e fisiológicos (UCHÔA *et al.*, 2002).

Na esteira de Uchoa (*idem*), Dias (1998) assinala que existem algumas diferenciações em torno destes conceitos, uma vez que o envelhecimento é compreendido

enquanto um processo; a velhice, por sua vez, é uma fase da vida, e que a pessoa idosa é o sujeito social que vivencia esse ciclo.

Nesse sentido, os recortes etários servem para delimitar períodos das fases da vida e conferir identidade aos seus referentes. Tais recortes são naturais ou inerentes à humanidade, sendo produzidos socialmente por meio de períodos históricos (ROZENDO; JUSTO, 2011).

Biologicamente, a velhice pode ser caracterizada por um desgaste natural das estruturas orgânicas, que passam por modificações com o avançar da idade. Contudo, definir velhice somente do ponto de vista biológico, é delimitá-la apenas como uma fase cronológica, e tratar os idosos como seres homogêneos, ignorando aspectos importantes do contexto sociocultural em que estão inseridos. Conforme Uchôa *et al.* (2002), apenas na contemporaneidade esse olhar sobre a velhice como um fato biológico perde força e a velhice e o envelhecimento passaram a constituir objetos de estudo da Antropologia, por exemplo.

Por consequência, a velhice tem sido compreendida de maneira diferente de acordo com períodos e estrutura social, cultural, econômica e política de cada sociedade. Ela ultrapassa as alterações físicas, devendo ser considerados seus fatores sociais, culturais, psicológicos, econômicos, dentre outros.

Segundo Minayo e Coimbra Jr., (2002, p.14):

O envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas.

Importa mencionar, ainda, que o envelhecimento, no imaginário social, está associado com sofrimento, solidão doença e morte, e neste imaginário é difícil observar algum prazer de viver nessa fase da vida. A sociedade constrói diferentes práticas e representações sobre a velhice. A visão negativa da velhice, como o fim de uma etapa, foi construída historicamente na sociedade (JARDIM et al., 2006).

Na Antiguidade, particularmente entre os gregos e durante todo o período helenista, havia uma relação muito íntima entre a sabedoria e a velhice. Os velhos eram os responsáveis, e aquelas capazes de transmitir sabedoria. Ser mais velho era considerado ser mais sábio.

O estigma de uma velhice associada à perda, doença e incapacidade que o imaginário social tem a respeito desta fase da vida, muitas vezes é absorvido pelo próprio idoso.



Difícil reconhecer-se como velho, porque a velhice, na nossa sociedade, é sempre associada à decadência, muito mais que à sabedoria e experiência. Alguns idosos assumem para si esse estigma social e passam a ter um negativismo em torno do envelhecimento e da velhice (JARDIM et al, 2006 p.31).

A velhice na sociedade sempre foi pensada como uma carga econômica para família e para sociedade. Esta noção da velhice como problema faz com que o idoso seja visto como “descartável”, “passado” ou “peso social”. Esta forma negativa da concepção do envelhecimento é alimentada pela ideologia “produtivista” que sustentou a sociedade capitalista industrial, de que se a pessoa não é capaz de trabalhar e de ter renda própria, de pouco ou nada serve para sua comunidade ou seu país (MINAYO; COIMBRA JR., 2002).

A institucionalização dos sistemas de aposentadoria criou agentes especializados na gestão da velhice; a transferência da responsabilidade das famílias para esses novos agentes; e a consolidação da velhice como categoria etária. Mas outra consequência foi fundamental para a definição da emergente identidade etária da velhice: a associação inequívoca entre velhice e invalidez. De fato, em um momento no qual a capacidade e a posição do indivíduo no trabalho delimitam muito sua identidade, ser aposentado é ser efetivamente inválido, incapaz e ocioso. Tem início então, uma associação entre velhice e incapacidade que só recentemente vem sendo desfeita (SILVA, 2008).

Silva (2008) destaca que a identidade entre velhice e invalidez como consequência da institucionalização das aposentadorias, contudo, seu estabelecimento contribuiu para a caracterização da velhice como categoria política. O aposentado não é somente o sujeito incapaz para o trabalho, mas também o sujeito de direito, detentor de privilégios sociais legítimos, cujo reconhecimento lhe permite reivindicar benefícios em nome de uma categoria.

O termo velhice carrega uma série de conotativos pejorativos que marcam o estigma do envelhecimento. O termo velho é associado a decadência física e a incapacidade produtiva, este imaginário social surge com o desenvolvimento dos meios de produção capitalista e se vincularam as idades mais avançadas com a ideia de invalidez para o trabalho. (ROZENDO E JUSTO, 2011).

Ainda de acordo com Rozendo e Justo (idem), depois da segunda metade do século XX, uma divisão social e identitária começou a ser construída para diferenciar os velhos das camadas médias urbanas e da população envelhecida menos favorecida. O

termo velho não serviria para designar os indivíduos das camadas médias urbanas que adentravam as aposentadorias a partir da década de 1960.

A partir da década de 1960 o termo começa a desaparecer da redação dos documentos oficiais franceses, que passam a substituí-lo por ‘idoso’, menos estereotipado. Ao mesmo tempo, o estilo de vida das camadas médias começa a se disseminar para todas as classes de aposentados, que passam a assimilar as imagens de uma velhice associada à arte do bem viver. Surge o termo ‘terceira idade’ que torna pública, estabiliza e legitima a nova sensibilidade investida sobre os jovens e respeitados aposentados (SILVA, 2008 p. 162).

O termo “terceira idade” emerge, então, para designar um segmento da senilidade capacitado para uma vida ativa. Mais que uma referência à idade cronológica, a expressão terceira idade é uma forma de tratamento das pessoas de idade mais avançada que não adquiriu conotação pejorativa.

Segundo Silva, (2008) a terceira idade pode ser entendida como uma nova identidade, autônoma e diferenciada da identidade da velhice e a sua origem deve ser compreendida como uma negação social da velhice propriamente dita. No lugar das tradicionais imagens que articulavam o envelhecimento apenas “ao descanso, à quietude e à inatividade”, emerge um modelo de identidade que, na sua definição, inclui “o estímulo à atividade, a aprendizagem, a flexibilidade, o aumento da satisfação pessoal e a formação de vínculos afetivos inéditos” (SILVA, 2008, p. 802).

Assim, o termo velhice serviria para designar um período da vida de frente à pobreza, à dependência e à passividade. A velhice retrata o idoso como doente, isolado, abandonado pela família e alimentado pelo Estado. Já a expressão terceira idade, designa idosos ativos, inclusive sexualmente, aptos a desafios e novas experiências, com poder aquisitivo suficiente para driblarem os estigmas e os sinais estéticos do envelhecimento (ROZENDO; JUSTO, 2011).

Na esteira de Rozendo e Justo (2011), Simões (1998, p. 38) assinala que:

Há alguns séculos, a “velhice” era vinculada à pobreza, à inatividade, à quietude. Somente a partir da década de 1960 novas imagens são integralizadas e associadas ao processo de envelhecimento, quais sejam, a saúde, atividade, aprendizagem e satisfação pessoal, perpassando as duas dimensões: Uma considerada como sucessão de perdas e outra que assume a vida como um estágio de observação e equilíbrio (SIMÕES, 1998).

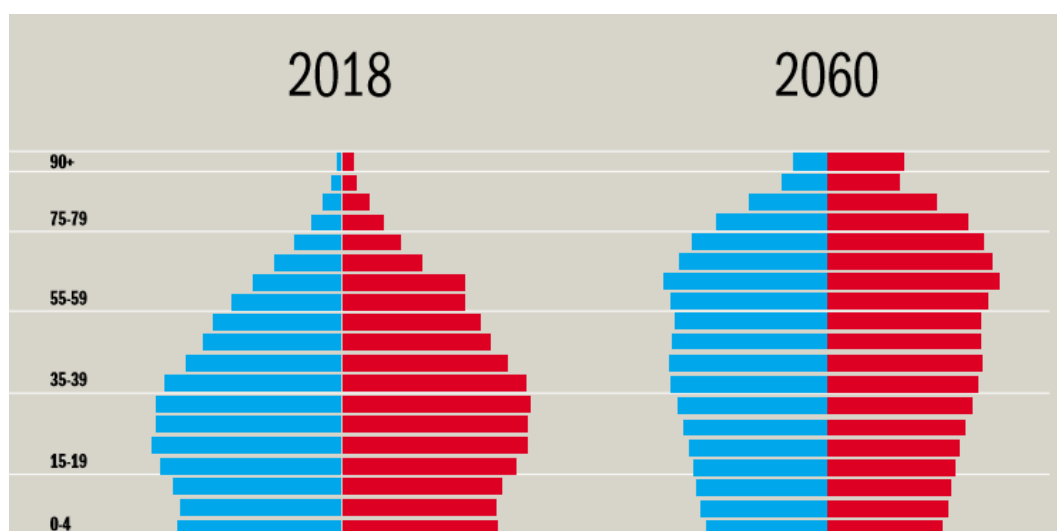
Velhice e terceira idade embora sejam constituídas por um grupo de pessoas que correspondem cronologicamente ao mesmo grupo, possuem evidentes diferenças nos seus modos de existir.

## 1.2 Contextualizando o Idoso no Brasil

Como mencionado anteriormente, a população idosa tende a crescer no Brasil nas próximas décadas. Segundo a projeção da população, do IBGE, atualizada em 2018, em 2043, um quarto da população deverá ter mais de 60 anos, enquanto a proporção de jovens até 14 anos será de apenas 16,3%.

A partir de 2047 a população deverá parar de crescer, contribuindo para o processo de envelhecimento populacional, quando os grupos mais velhos ficam em uma proporção maior comparados aos grupos mais jovens da população. A relação entre a porcentagem de idosos e de jovens deve aumentar de 43,19%, em 2018, para 173,47%, em 2060.

**Figura 1 – Projeções da população Brasileira para 2060.**



Fonte: IBGE (2018)

De acordo com Camarano (2004), o aumento da população idosa no Brasil pode ser explicado por dois processos. A autora ressalta que um fator importante para tal crescimento, explica-se na alta taxa de fecundidade das décadas passadas, principalmente entre 1950 a 1960, que comparadas com as taxas atuais que apresentam quedas consideráveis. Outro fator a considerar, é a redução da mortalidade da população idosa, que trouxe como consequência o aumento do tempo vivido pelos idosos.

Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população elevaram a média de vida do brasileiro. As pessoas estão vivendo mais, conseqüentemente, os idosos tendem a compor uma porcentagem cada vez maior da população.

A sociedade brasileira em sua grande maioria, marginaliza a população idosa, diferentemente do que ocorre em outras culturas, em que o idoso é integrado à vida social.

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento décadas atrás vinha sendo tratado como questão da vida privada, por representar ônus para a família, como assunto de caridade pública, no caso dos pobres e indigentes, e, de forma bastante reducionista, como questão médica. É claro que essa visão continua confirmada pelas práticas sociais de cuidado com os idosos. Mas o rápido crescimento dessa faixa da população passou a preocupar também muitas outras instituições sociais (MINAYO E COIMBRA JR., 2002).

O aumento expressivo da população idosa se reflete, principalmente, no crescimento das demandas econômicas e sociais, ou seja, o envelhecimento populacional embora seja reconhecido como importante conquista para a humanidade, na medida em que as pessoas passaram a viver mais, representa também um desafio para as políticas públicas, no sentido de possibilitar que, mais do que viver muitos anos, as pessoas possam vivê-los com qualidade.

As políticas sociais voltadas para a população idosa, no Brasil, são recentes e sofreram influências de organismos internacionais na sua elaboração e implementação, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

De acordo com Camarano e Pasinato (2004) os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações dos países desenvolvidos começaram a ganhar espaço em 1970, tendo como objetivo a conservação do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da possível perda de sua autonomia. Já no Brasil, como em outros países em desenvolvimento, as autoras consideram que a questão do envelhecimento populacional se somou a uma vasta lista de questões sociais mal resolvidas, como a pobreza e a exclusão social de alguns grupos, e aos altos níveis de desigualdade existentes nessas sociedades, o que fez com que as respostas políticas voltadas ao envelhecimento populacional no país fossem limitadas.

Contudo, a sociedade civil empenhou-se e teve fortes influências na implementação de duas iniciativas da década de 1960, que merecem destaque devido ao seu impacto no desenvolvimento das políticas brasileiras para a população idosa.

A primeira delas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 1961, que passou a estudar este processo levando em conta todos os aspectos biopsicossociais do envelhecimento e não somente os fatores físicos, e estimulou iniciativas de apoio à velhice formando parcerias com outras organizações

interessadas na temática. A segunda iniciativa ocorreu em 1963 por iniciativa do Serviço Social do Comércio (SESC) contra o desamparo e a solidão entre os idosos. A ação revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo determinante na deflagração de uma política direcionada a esse segmento populacional (CAMARANO; PASINATO, 2004).

A partir de 1970, dá-se início a uma movimentação mundial em prol das garantias sociais e de uma tutela estatal mais eficiente para a população idosa (ALONSO, 2005).

O Brasil, a partir da década de 1970, passou a promover e a implementar gradativamente sua rede de proteção social voltada para a população idosa. Os ministérios do Planejamento e Assistência Social (MPAS) e a Secretaria de Direitos Humanos passaram a elaborar programas sociais e políticas públicas de atendimento ao idoso.

Até este momento, as políticas do governo federal para a população idosa brasileira consistiam no provimento de renda para a população idosa que trabalhou de alguma forma e de assistência social para idosos necessitados e dependentes. A visão que parece ter predominado nas políticas é a de vulnerabilidade e dependência do segmento. Mudanças constantes nessa visão foram tomando corpo ao longo dos anos 1980 por influência do debate internacional (CAMARANO E PASINATO, 2004).

No ano de 1982, em Viena, ocorreu a Primeira Assembleia Mundial da ONU sobre envelhecimento, com o objetivo de traçar diretrizes básicas a serem adotadas pelos países em relação a população idosa, que culminou na elaboração do Plano de Ação Internacional sobre o envelhecimento, em que constavam 62 recomendações para as políticas públicas de tratamento a população idosa (ALONSO, 2005).

O Plano Internacional sobre Envelhecimento, de 1982, instituiu diretrizes para as políticas dirigidas aos idosos centradas na: promoção da independência e autonomia do idoso, reconhecendo-o como novo ator social, considerando suas necessidades e especificidades (CAMARO E PASSINATO, 2004).

A partir deste momento, surgem em âmbito mundial, programas sociais, instituições e legislações voltadas para a proteção do idoso e para sua inserção da sociedade. O Brasil, também se insere neste contexto e acompanha a conscientização para esse problema global: a realidade da explosão demográfica da população idosa e a necessidade urgente de se preparar um suporte estatal que esteja adequado às demandas dessa população (ALONSO, 2005).

O grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição de 1988, que levou em consideração algumas orientações da Assembleia de Viena. Foi introduzido conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social deixasse de estar vinculada apenas ao contexto estritamente social-trabalhista e assistencialista e passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania.

Na Constituição de 1988, ressalta que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida. Além disso, garantiu alguns direitos específicos para os idosos, como por exemplo: a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e a regulamentação da aposentadoria por idade.

No que tange a saúde da população, a Constituição Federal, em seu Artigo 196, nos trouxe que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Para tal, o Estado brasileiro instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista não só para os idosos, como para toda população brasileira no que se refere à saúde no país.

Em 4 de janeiro de 1994, foi instituída no Brasil a Lei nº 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), a primeira lei no país que dispõe exclusivamente sobre os direitos sociais da pessoa idosa.

A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. (BRASIL, Lei nº 8.842, 1994).

No Artigo 2º da PNI, considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade. Em seu Artigo 3º dentre seus princípios, reforça a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado com relação ao idoso e a proteção contra qualquer tipo de discriminação:

- I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza (BRASIL, Lei nº 8.842, 1994).

O capítulo IV trata das ações governamentais, ou seja, das ações voltadas para assegurar que os idosos tenham acesso ao que lhes for de direito. O Art. 10 determina que:

Artigo 10 - Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos: I - na área de promoção e assistência social: a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não-governamentais; b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; c) promover simpósios, seminários e encontros específicos; d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso; e) promover a capacitação de recursos para atendimento ao idoso (BRASIL, Lei nº 8.842, 1994).

Ainda se referindo ao Capítulo IV Política Nacional do Idoso, as ações governamentais no que diz respeito a saúde:

II- na área de saúde: a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares; e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais; f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais; g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação; e h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso (BRASIL, Lei nº 8.842, 1994).

Em 1º de outubro de 2003, foi instituída no Brasil a Lei nº 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, com o intuito garantir e assegurar os direitos da pessoa idosa, como explicito nos artigos 1º, 3º e 4º:

Art.1o É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Art.3o É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentando aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei. (BRASIL, Lei nº 10.741, 2003).

Nesse sentido, a referida lei notifica que nenhum indivíduo com 60 anos ou mais deve sofrer nenhum tipo de maus tratos nem violação de direitos. Neste contexto, fica destinado ao Estado a função de cuidado integral do idoso em situação de vulnerabilidade que ponha em risco a saúde ou a vida das pessoas que atingirem a velhice. Explicito no artigo 9º do Estatuto do Idoso:

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. (BRASIL, Lei nº 10.741, 2003).

Em relação atenção à saúde da pessoa idosa, a lei garante a atenção integral por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, impondo o acesso universal e igualitário, como apresentado no artigo 15º:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. (BRASIL, Lei nº 10.741, 2003).

Outra ação importante incidiu em fevereiro de 2006, quando foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contemplou o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso apareceu como uma das seis prioridades estabelecidas pelo governo, sendo apresentada uma série de ações que visaram à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. Além disso, também foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, através da Portaria GM/MS nº 2.528.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, trouxe como finalidade primordial, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Tais diretrizes são:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. (Lei nº 2.528 de 19 de outubro de 2006)

No Brasil, percebe-se um grande avanço nas últimas décadas na questão do envelhecimento populacional. Os direitos prestados à população idosa estão regulamentados na sociedade brasileira, contudo se faz necessário implementar estas políticas de forma mais eficiente, para que sejam efetivados os direitos preconizados em lei. A garantia ao acesso às políticas públicas é um desafio para os profissionais que



atendem a população idosa, entre estes o assistente social que busca viabilizar e garantir os direitos de sua população usuária.

Por fim, a proteção ao idoso deve ser reconhecida como meio para que este venha alcançar os seus direitos, e para que a visão negativa sobre a velhice e o descaso sobre esta população sejam superados.

## **CAPÍTULO 2**

### **BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE A EMERGÊNCIA DO HIV/AIDS NO BRASIL**

#### 2.1 Uma abordagem histórica acerca do HIV/AIDS e o seu enfrentamento no Brasil

A revisão da literatura indica que os primeiros casos da AIDS surgiram na década de 1970, no Haiti, na África e nos Estados Unidos da América (EUA), mas só foram reconhecidos nos anos 1980, quando a síndrome pôde ser diagnosticada. A denominada “Nova Síndrome” trazia desconhecimento sobre a sua causa, mas estava relacionada a uma comum exposição adquirida por contato sexual e, inicialmente, vinculada a grupos específicos como homens que faziam sexo com homens e de escolaridade avançada (MARQUES, 2002).

Após um ano do aparecimento da primeira pessoa infectada nos EUA, a epidemia chega ao Brasil com o primeiro caso notificado em São Paulo, em 1982. Tratava-se de uma doença que acometia o sistema imunológico de trato infeccioso, deixando o indivíduo sem defesa, causando a morte em pouco tempo e pânico na população brasileira. Nessa época, várias hipóteses sobre a doença circulavam, alguns acreditavam ser uma espécie de câncer e que o contato com a doença fosse sistematicamente evitado (MARQUES, idem).

Posteriormente, houve um avanço no conhecimento a respeito dos fatores de possível infecção que permeavam o contato sexual, expandindo-se nos anos seguintes para o aparecimento de casos em diversos outros grupos como mulheres e crianças.

De acordo com Maria Cristina da Costa Marques (ibidem), em 1983 – um ano após a detecção da doença em São Paulo –, dez casos surgiram no país: quatro casos notificados à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e seis outros noticiados pela imprensa, mas não oficialmente comunicados. O sistema formal de vigilância epidemiológica em relação à Aids em âmbito nacional iniciou suas atividades em agosto de 1985. Até janeiro de 1986, ou seja, apenas cinco meses depois, já eram registrados

1.012 casos em vinte estados. Tais dados representavam a realidade do rápido crescimento da epidemia no Brasil.

Ainda em São Paulo, apareciam as primeiras mobilizações de grupos sociais, por meio das organizações não governamentais em relação ao HIV/AIDS em busca da luta “pela negação e omissão por parte das autoridades governamentais e por onda moral de pânico, medo, estigma e discriminação” (MARQUES, 2002, p. 17).

Grupos de militantes, principalmente, os que lutavam pelos direitos de homossexuais, do Estado de São Paulo recorreram à Secretaria Estadual de Saúde para cobrar um posicionamento frente a ocorrência de casos de AIDS no país, um problema novo e inquietante, que gerava medo na população e que era bastante veiculado pela mídia. Desse modo, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo criou um grupo de estudos formados por médicos sanitaristas, infectologistas, especialistas da área de laboratório e da área social (GALVÃO, 2000).

A coordenação desse grupo foi de responsabilidade da Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, que trabalhava com casos de hanseníase, por ter experiência na luta contra o estigma e a discriminação. Esse grupo apresentou a proposta de organizar um programa abrangente que incluísse ações de vigilância epidemiológica, informação, assistência e apoio às famílias afetadas (GALVÃO, idem).

Dessa forma, estabeleceu-se, como uma das primeiras iniciativas governamentais, o Programa de Controle da AIDS, na cidade de São Paulo, em resposta às manifestações iniciais da sociedade civil que se pronunciaram e agiram contra a epidemia de AIDS (BRASIL, 1999).

Quase que paralelamente aos primeiros casos que emergiram em São Paulo, outras pessoas também eram diagnosticadas com a doença em outros estados do país. O Rio de Janeiro, por exemplo, mostrava-se desde o início da epidemia no Brasil, como o segundo estado em número de casos e essa realidade demonstrava a necessidade de uma resposta ao problema por parte do governo federal.

Todo esse paradigma da nova epidemia coincide com em período de redemocratização do país, no final da década de oitenta, pois o HIV/AIDS surge no Brasil no mesmo período em que a sociedade está em efervescente movimentação com influência de partidos políticos, movimentos estudantis, movimento de mulheres, negros(as), trabalhadores(as), homossexuais, dentre outros:

O período aqui referido é justamente aquele em que as respostas oficiais ante a AIDS começaram a ser instaladas em diferentes Estados em que o avanço da epidemia já era fato concreto, levando ao aparecimento de uma espécie de “síndrome do pânico coletivo”, principalmente naqueles grupos inicialmente mais atingidos pela doença. (MARQUES, 2003, p. 98).

Nessa esteira, cumpre mencionar que, em 1985, foi criada a primeira organização não governamental (ONG) do Brasil e da América Latina, denominada Grupo de Apoio a Prevenção a AIDS (GAPA), na cidade de São Paulo, formada por voluntários, com a finalidade de assistir as pessoas soropositivas e seus familiares. Uma das principais contribuições do referido Grupo de Apoio foi a instalação de um serviço de assessoria jurídica às pessoas que viviam com a doença (GALVÃO, 2000).

No Rio de Janeiro, destaca-se a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), criada em 1986. Desde sua criação, a ONG, buscou articular as políticas de AIDS. Foi a primeira entidade a ter como presidente e fundador uma pessoa assumidamente soropositiva, o sociólogo Hebert José de Souza, o Betinho (GALVÃO, idem).

Em face da gravidade e expansão da epidemia – e movido pela intensa pressão da sociedade –, o Ministério da Saúde em 02 de maio de 1985, por meio da Portaria nº 236 criou o Programa Nacional de AIDS, estabelecendo as primeiras diretrizes e normas para o combate à epidemia no país, assumindo a AIDS como problema emergente da saúde pública. Assim, pode-se dizer que esse foi o primeiro resultado concreto alcançado no combate a AIDS no Brasil.

O Programa Nacional da AIDS estabeleceu normas e linhas para o combate à epidemia no Brasil, tendo como alvo os chamados “grupos de risco” e apontou, como parte destes, três grandes grupos, quais sejam: homossexuais e bissexuais masculinos, hemofílicos e politransfundidos<sup>3</sup>, bem como os usuários de drogas injetáveis; e, assim, institucionalizando e disseminando na sociedade esse conceito preconceituoso (MARQUES, 2002).

Antes do reconhecimento oficial da AIDS como um problema de saúde pública pelo governo federal, as ações em relação à crescente epidemia continuavam a ser articuladas pelos próprios estados brasileiros, sendo o estado de São Paulo reconhecido como centro de referência para os programas estaduais.

---

<sup>3</sup> O paciente politransfundido foi definido como aquele que – ao necessitar de transfusão de sangue – recebeu pelo menos 6 unidades de hemácias em 3 meses. Maiores informações estão disponíveis em: <http://www.hcfmb.unesp.br/wp-content/uploads/2018/01/MANUAL-DE-TRANSFUS%C3%83O-SANGU%C3%8DNEA-PARA-M%C3%89DICOS.pdf>. Último acesso em 15 de novembro de 2021.

Naquele período, pode-se também destacar o movimento da Reforma Sanitária, com a realização da VIII Conferência Nacional de saúde em 1986, como a proposição do SUS, conquistado mais tarde com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Richard Parker (1997) para ilustrar a trajetória da AIDS no Brasil, divide a epidemia em quatro períodos, que, de forma resumida:

1) O primeiro período inicia-se em 1982 – com a emergência dos primeiros casos de AIDS no país e o surgimento do programa inicial de mobilização na cidade de São Paulo – até 1985, quando surgem as ONGs/AIDS de serviços relacionados à doença, que pressionaram junto com os programas estaduais e municipais de AIDS, por uma resposta do governo federal, resultando na criação do Programa Nacional de DST/AIDS. Esse período é caracterizado pela negação e omissão por parte das autoridades governamentais e uma onda moral de pânico, medo, estigma e discriminação (PARKER, 1997).

2) O segundo período compreende os anos de 1986 a 1990, que foi caracterizado pela abordagem pragmática e técnica da epidemia e pelas várias ações da sociedade civil, para que fosse superada a negação que havia caracterizado o período anterior. Foi neste período que o Programa Nacional de AIDS foi realmente configurado e instalado. A coordenação nacional centralizou as ações e se afastou dos programas estaduais e ONGs. Estas, contudo fortaleceram-se durante este período e exerceram papel importante na discussão e enfrentamento de questões importantes com o Programa Nacional (PARKER, idem).

Em 1985, foi criada, também, a primeira ONG denominada “Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS”, que visava considerar exclusivamente as questões relativas à epidemia, integrada às lutas sociais. A referida organização não-governamental tinha como visão a prevenção e informação para a contenção da epidemia, como apontado por Galvão (2000).

Enquanto isso, o Ministério da Saúde, fazia referência à epidemia de forma pontual, preconceituosa e “distante”. Somente no ano seguinte (em 1986), a partir das iniciativas estaduais e municipais, têm-se algumas respostas de nível federal, estabelecendo aqui a segunda fase da epidemia (PARKER, ibidem), com a criação do Programa Nacional de AIDS, pautado nos princípios de direitos humanos, que visava tratar a AIDS como problema de saúde pública, porém a consolidação só ocorreu em 1988, com a Constituição Federal.

3) Os anos de 1990 e 1992 correspondem ao terceiro período. As eleições para presidente, após mais de 20 anos de ditadura, demonstraram as fragilidades das conquistas

da década de 1980. Durante o período de Fernando Collor, caracterizado pela catástrofe política e social vivida pelo país, quase todos os elementos-chave do Programa Nacional de DST/AIDS foram suspensos, caracterizando o que Parker (ibidem) denominou de um sentimento de pesadelo coletivo.

4) Por fim, o quarto período começa em 1992 e segue até os dias atuais. Após o *impeachment* de Collor, ocorre a reorganização do Programa Nacional de DST/AIDS no Ministério da Saúde e um esforço para a rearticulação com as ONGs e Universidades, a fim de construir uma resposta nacional à doença. Esta fase foi marcada pela assinatura, em 1993, do acordo com o Banco Mundial, para o financiamento de atividades de combate à epidemia. Neste período foram estabelecidos os maiores recursos para a implementação de respostas e a proposição de aspectos mais econômicos do que sociais no quesito norteador da política nacional contra a AIDS (PARKER, ibidem).

A Declaração de Direitos Fundamentais da Pessoa que Vive com HIV/AIDS, somada à criação do SUS, bem como à redemocratização do país – marcada pela organização da sociedade, além do surgimento de várias ONGs – demonstram que a década de 1990 inicia-se com otimismo. Porém, no Governo Fernando Collor de Mello, percebe-se a imensa fragilidade em torno das conquistas da década anterior, com a ausência de diálogo entre sociedade civil e Estado e a falta de cooperação entre o âmbito federal e os programas estaduais e municipais, colocando, assim, o Programa Nacional em um isolamento quase absoluto (GALVÃO, 2000).

De acordo com Fonseca (2005), a partir dos empréstimos e da reorganização do Programa Nacional de AIDS, algumas políticas de suma importância foram implementadas no Brasil. Em 1994, por exemplo, foram criados – pelo Ministério da Saúde – os Serviços de Assistência Especializada (SAEs), que tinham custos econômicos e sociais menores que o atendimento hospitalar convencional. Em 1996, a terapia antirretroviral começou a ser oferecida gratuitamente aos cidadãos e cidadãs brasileiros(as) que viviam com HIV/AIDS, reduzindo em 50% a mortalidade e 70% a morbidade dos casos de AIDS no país. E, por fim, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Posteriormente, também ocorreram a disponibilização de medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical<sup>4</sup> do HIV, por meio da Portaria nº 2104, de 2002;

---

<sup>4</sup> A transmissão vertical do HIV ocorre por meio da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, durante o trabalho de parto ou no parto propriamente dito (no contato com as secreções cervico-

a criação da política de vigilância com realização de estudos em grupos populacionais específicos; as formulações particulares da redução de danos do uso indevido de drogas injetáveis, que resultaram em algumas polêmicas; a oferta gratuita de preservativos masculinos; o suporte diagnóstico, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), dentre outras ações (FONSECA, 2005).

Como mencionado, é importante reiterar que a história da AIDS no Brasil é marcada pela mobilização da sociedade civil, que teve um papel fundamental na construção de estratégias na luta contra a propagação da doença. O estigma e o preconceito associados à AIDS ocasionam diversas consequências negativas para as pessoas diagnosticadas com a doença e para as ações de prevenção. A noção negativa sobre a AIDS, a discriminação e a falta de conhecimento propagam o sofrimento, o medo do abandono e do julgamento.

Para Miranda (2008), a AIDS trouxe ao Brasil, assim como ao mundo, não somente mais uma doença considerada incurável que ainda causa medo e pavor na população, mas, sobretudo, um fator de absoluta rediscussão de conceitos, preconceitos e comportamentos individuais e coletivos, uma vez que a referida doença nos forçou a olhar para tudo aquilo que a sociedade brasileira insistentemente recusava-se a ver: a desigualdade, o preconceito, a hipocrisia, as fragilidades do sistema de saúde e a contradição da justiça.

## 2.2 A Política Nacional de DST/AIDS

Uma política pública expressa o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema e/ou a uma demanda que a apresenta. Cabe ao Estado definir seu caráter, suas responsabilidades, seu plano de ação e programas, a fim de buscar o equacionamento dessa demanda (BRASIL, 1999).

Nesse sentido, a Política Nacional de DST/AIDS foi instituída em 1999 e tem por objetivo sistematizar as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999).

---

vaginais e sangue materno) ou na amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação. Maiores informações estão disponíveis em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo.prevencao.transmissao\\_verticalhivisifilis\\_manualbolso.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo.prevencao.transmissao_verticalhivisifilis_manualbolso.pdf). Último acesso em 15 de novembro de 2021.

De acordo com a Política de DST/Aids (BRASIL, *idem*), o percurso da epidemia no país pode ser dividido em três grandes fases:

- Fase inicial: restringia o olhar apenas ao(a) infectado(a), impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde, caracterizada por transmissão, principalmente, em homens que fazem sexo com homens e, à época, por um nível de escolaridade alto, inaugurando um conceito de "grupo de risco";
- Segunda fase: ampliava o olhar sobre a exposição ao vírus, caracterizada pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual, disseminando agora um novo conceito de "comportamento de risco";
- Terceira fase: caracteriza a suscetibilidade das pessoas ao vírus, quando se acentua uma maior disseminação entre os(as) heterossexuais, principalmente mulheres, um aumento percentual entre as pessoas de baixa escolaridade e a interiorização para municípios de médio e pequeno porte, exigindo aqui um conceito de "vulnerabilidade".

Em seguida, os principais desafios passam a ser a redução da incidência da AIDS nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; a garantia dos direitos de cidadania e de uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com o HIV e AIDS; e a priorização das ações voltadas para as DST no país (BRASIL, *ibidem*).

Cumprir destacar, também, que a Política Nacional de DST/AIDS é um documento que contempla, objetivos, diretrizes e define prioridades, tendo como marcos principais os princípios do SUS e o quadro atual da epidemia no Brasil.

Apresenta, ainda, um panorama sucinto da epidemia de AIDS no país, situando as tendências atuais e os desafios impostos, em termos de políticas públicas e mobilização social. Orienta as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS; da prevenção da transmissão das DST e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas que vivem com DST/HIV/AIDS; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área (BRASIL, *ibidem*).

As ações têm como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social, tendo como desafios a redução da incidência da AIDS, nos diferentes segmentos populacionais em situação de risco e vulnerabilidade; a garantia dos direitos da cidadania e de uma melhor qualidade



de vida para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS; e, a priorização das ações voltadas para as IST's no país, atuando de modo autônomo nas esferas federal, estadual e municipal e pautando-se em três eixos: a) “Promoção, Proteção e Prevenção”; b) “Diagnóstico e Assistência” e c) “Desenvolvimento Institucional e Gestão do Programa” (BRASIL, 1999).

O primeiro eixo “Promoção, Proteção e Prevenção” tem como seus principais conceitos a vulnerabilidade e o risco, redução de danos, direitos humanos, participação e controle social, e comunicação social. Desse modo, este eixo específico:

ênfatisa a qualidade de vida como condição mínima necessária para que o indivíduo possa ser sujeito de sua cidadania. Tendo em vista essa prioridade, a promoção à saúde resgata o pragmatismo das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais, oferecendo elementos para a avaliação objetiva das diferentes situações dos indivíduos em face da epidemia de aids. Promover a saúde é parte integrante e substantiva de todo o processo de desenvolvimento econômico e social com equidade, e isso representa um desafio para todos aqueles que hoje se encontram na frente de luta contra a aids. Portanto, a promoção à saúde constitui o alicerce para se alcançar à melhoria da qualidade de vida, da cidadania plena, da participação e do controle social sobre as ações do Estado (BRASIL, idem, p.5).

A prevenção, por sua vez, consiste no estabelecimento de políticas em nível nacional, “contemplando a população em geral e grupos de maior vulnerabilidade para as DST/HIV/AIDS”; articulando “com outras esferas dos poderes público, privado e da sociedade civil, buscando promover maior integração das ações de promoção à saúde e prevenção das DST/aids” e o “fortalecimento das ações de intervenção comportamental, por meio de apoio a programas e projetos” (BRASIL, ibidem, p.19).

A prevenção contempla, portanto, a garantia de serviços e insumos de prevenção; ações específicas para usuários de drogas e sua relação com a AIDS em perspectiva de redução de danos; articulações de ONGs; a promoção do respeito aos direitos humanos e da saúde mental, no contexto da epidemia AIDS. Envolve, também, a elaboração e a distribuição de materiais de informação, educação e comunicação e contatos com a imprensa para divulgação das ações relacionadas à prevenção de IST/AIDS (BRASIL, ibidem).

É importante mencionar também que as ações de promoção, proteção e prevenção em IST/AIDS referenciam-se teoricamente à noção do processo saúde e doença como resultado de determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológico, demográficos e biológicos.

A operacionalização desses conceitos pressupõe a compreensão de que: a) a epidemia não atinge de maneira uniforme toda a população, e sua distribuição é distinta nos diferentes grupos e regiões do país, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de transmissão; b) os grupos devem ser considerados segundo critérios de vulnerabilidade e risco; c) a participação e a mobilização dos grupos sociais são de fundamental importância para mudança de práticas, atitudes e comportamentos (BRASIL, 1999).

O segundo eixo, “Diagnóstico e Assistência”, tem como função principal “definir e implementar diretrizes, estratégias e linhas de ação para garantir que os indivíduos infectados pelo HIV e pessoas que vivem com AIDS e/ou outras DST, tenham acesso a procedimentos de diagnóstico e tratamento de qualidade, na rede pública de saúde” (BRASIL, *idem*, p. 35).

Assim, o referido eixo objetiva também: a) oferecer diagnóstico e tratamento das IST's nos vários níveis de atenção à saúde; b) garantir o acesso a exames laboratoriais relacionados a vários tipos de IST's: gonorreia, sífilis, hepatites e infecção por clamídia, etc.; c) monitorar e garantir a qualidade das ações; d) promover padronização, homogeneização de metodologia, treinamento e reciclagem de recursos humanos; e) promover aconselhamentos; f) estimular o uso racional de antirretrovirais (ART); g) otimizar a eficácia da resposta terapêutica aos medicamentos antirretrovirais, entre outros (BRASIL, *ibidem*).

O terceiro eixo, “Desenvolvimento Institucional e Gestão de Programa”, objetiva contribuir para o fortalecimento das “instituições públicas e privadas responsáveis pela prevenção e controle das DST e aids, que, por sua vez, fornecem condições para o cumprimento dos objetivos de impacto” (BRASIL, *ibidem*, p.51). Tais objetivos são: reduzir a incidência da infecção pelo HIV/aids e de outras IST; e ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, do tratamento e da assistência em DST/HIV/aids, possibilitando, dessa forma, o alcance dos resultados esperados no enfrentamento da epidemia (BRASIL, *ibidem*).

Os desafios atuais postos pela epidemia demandam novas respostas, do governo e da sociedade civil, que vão desde a reconceitualização da epidemia até a modalidade de enfrentamento de sua expansão social, exigindo ações intersetoriais consistentes, de modo a tratar a AIDS como um problema nacional que não se restringe ao setor de saúde.

Nos últimos anos, a epidemia de AIDS tem apresentado diversos novos desafios para as políticas públicas e, portanto, para o seu enfrentamento é importante situá-lo nacionalmente, em sentido amplo e, de forma específica, no setor saúde, considerando

que o vírus pode atingir diversas pessoas, independentemente de classe social, escolaridade, gênero, orientação sexual e idade, pois – como será exposto no próximo capítulo – nos últimos anos houve no Brasil um aumento exponencial de infecções de HIV/AIDS entre a população idosa, especialmente entre homens.

### CAPÍTULO 3

## **SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE: DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO, PRECONCEITOS E VULNERABILIDADE ÀS ISTs**

### 3.1 Discutindo o Conceito de Sexualidade

A sexualidade expressa-se em um ambiente bastante complexo de difícil entendimento, em que não há um conceito que possa defini-la universalmente, ou seja:

A sexualidade é uma das dimensões do ser humano que envolve: gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução. É experimentada ou expressa em pensamentos fantasias, desejos, crenças atitudes valores, atividades práticas, papéis e relacionamentos. Além do consenso de os componentes socioculturais são críticos para a conceituação da sexualidade humana, existe uma clara tendência, em abordagens teóricas, de que a sexualidade se refere não somente às capacidades reprodutivas do ser humano, como também ao prazer. Assim, é própria vida envolve além do nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossa relação afetiva, nossa cultura” (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004 p. 29).

Sabemos que o discurso construído pela maioria das sociedades ocidentais acerca da sexualidade sempre foi marcado por questões morais, não sendo algo confortável de se abordar e sempre tratado apenas com silêncios, meias verdades e subterfúgios. Para Bozon (2004, p.35):

[...] o pudor se apoderou da sexualidade e de todas as suas manifestações, sobre as quais não se podia mais falar com espontaneidade, entre próximos, nas conversas cotidianas e, em particular entre pais e filhos. [...] A educação sexual das crianças passou a ser um “problema”. A religião por sua vez, teve uma participação preponderante na condução de uma cultura sexual voltada para a castidade, justificada apenas, a partir de fins reprodutivos e qualquer possibilidade diferente dos objetivos da procriação, estaria fora dos planos de Deus, a ideia do pecado sempre esteve muito próximo. Essa imposição da igreja modelou comportamentos e impôs aos homens e mulheres uma sexualidade reprimida. Os textos de Agostinho (séc. V) teorizam a recusa à concupiscência (desejo) e ao prazer, de tal forma que levam a uma restrição em direito da atividade sexual apenas à obra de procriação desejada por Deus e pela natureza.

Na esteira de Bozon (idem), Louro (2013) descreve que a sexualidade por muito tempo foi uma assunto de dominação religiosa e da filosofia moral até o século XIX. A partir daí e até, então, o tema vem se tornando preocupação de diversas áreas desde a medicina, a psicologia, a antropologia e a sociologia, levantando variados debates e

mostrando que a sexualidade além de uma preocupação individual é uma questão claramente crítica e política.

Muitos endentem que a sexualidade é algo que todo ser humano possui naturalmente. Cumpre mencionar que é estranho pensar a sexualidade como um fenômeno social, pela crença que ela está associada somente ao corpo. Com esta linha de pensamento, a sexualidade torna-se algo irracional, animalesco, que todos possuem, que brota de seu corpo e necessita de satisfação. A concepção que a sexualidade seria algo naturalmente inerente ao ser humano baseia-se no corpo e na hipótese de que todos vivemos os nossos corpos de maneira semelhante. Contudo, a sexualidade envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos, convenções, que são processos profundamente culturais e plurais (LOURO, 2013).

Pode-se perceber, então, a problemática em se afirmar a sexualidade como um simples comportamento tido como inerente ao ser humano, como uma questão estritamente biológica e fisiológica apenas. Ao fazer tal afirmação, desconsideram-se sua complexidade e os diversos fatores que a constroem e que derivam dessa esfera social.

Heilborn (2003), conceitua a sexualidade como:

uma forma moderna (séc. XVIII) de arranjo e construção de representações e atitudes acerca do que seria uma orientação erótica espontânea, traduzindo uma dimensão interna do sujeito, ordenada pelo desejo. A sexualidade não é uma entidade autônoma, e o recurso do seu uso explicativo só pode ocorrer quando o contexto cultural assim o autorizar (HEILBORN, 2003, p.201).

Nesse sentido, o nosso comportamento sexual e até nossa repressão sexual não foram inventadas sozinhas, são produtos de um complicado processo de socialização pelo qual conhecemos e vivenciamos nossos corpos, sentimentos e emoções, bem como compreendemos de que maneira, quando, onde e com quem podemos agir em termos sexuais. Heilborn (1999) considera o sexo como uma atividade aprendida, como qualquer outra atividade humana, exemplificando os hábitos de higiene.

Michel Foucault (1999), em seus estudos sobre a sexualidade, permite-nos compreender que a sexualidade não é algo intrínseco ao ser humano, mas uma construção histórica, cultural, social e política. Para o referido autor (idem) a sexualidade é considerada como um dispositivo histórico, uma construção social baseada nos discursos que regulam normas e instaura saberes que se constituem como “verdades”. O autor a compreende, assim, como dispositivo histórico:

Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas (...) o dito e o não-dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos (FOUCAULT, 1993, p.244).

O debate teórico em torno da sexualidade tem sido marcado pelo enfrentamento entre duas posições: o essencialismo e o construtivismo social.

No que diz respeito ao essencialismo, entende-se que há algo inerente à natureza humana, inscrito nos corpos na forma de um instinto ou energia sexual que conduz as ações. A sexualidade restringe-se ora a um mecanismo fisiológico, a serviço da reprodução da espécie, ora à manifestação de uma pulsão, de ordem psíquica, que busca se extravasar. Trata-se de um reducionismo psicanalista ou psíquico (HEILBORN E BRANDÃO, 1999).

No âmbito do construtivismo social defende-se abordagens que buscam problematizar a universalidade desse instinto sexual, intrínseco à natureza humana. Entende-se que existem formas culturalmente específicas, que o olhar ocidental chamaria de sexualidade, que envolvem contatos corporais entre pessoas do mesmo sexo ou de sexos diferentes, ligados ou não à atividade reprodutiva, que podem ter significados radicalmente distintos entre as culturas, ou mesmo entre grupos populacionais de uma determinada sociedade (HEILBORN, 2003).

Dessa forma, os significados sexuais e, principalmente, a própria noção de experiência e comportamento sexual não seriam capazes de generalização, haja vista que estão ancorados em teias de significados articuladas a outras modalidades de classificação, como o sistema de parentesco e de gênero, as classificações etárias, a estrutura de privilégios sociais e de distribuição de riqueza etc. (HEILBORN, idem).

Como dito, a sexualidade é um comportamento construído socialmente e carrega em si valores e símbolos. Para a antropóloga Carole Vance (1995, p.15): “a sexualidade é uma área simbólica e política ativamente disputada, em que grupos lutam para implementar plataformas sexuais e alterar modelos ideológicos sexuais.”

Vance (idem) interpreta a sexualidade como uma construção social, devendo ser estudada a partir do contexto histórico e cultural. Desse modo, a discussão sobre a sexualidade engloba além das análises do corpo, as suas funções e sensações potenciais, a esfera do comportamento e da ideologia. Nossos hábitos sexuais variam de acordo com o meio em que fomos socializados, e as formas como se dão as relações sociais que

refletem no contexto cultural e nos padrões morais daquele universo. Portanto, atos sexuais similares podem ter importância social, e significado subjetivo variável, dependendo de como são definidos e compreendidos em diferentes culturas e períodos históricos.

Associando-se a esta mesma perspectiva, Heilborn (1999) fundamenta-se ao construcionismo para afirmar que a sexualidade não possui uma essência a ser desvelada, mas é antes um produto de aprendizado de significados socialmente disponíveis para o exercício dessa atividade humana.

Segundo Heilborn (1999), a dissociação entre sexualidade e reprodução biológica da espécie, se deu a partir do desenvolvimento dos métodos contraceptivos hormonais nos anos 60, e o advento da epidemia de HIV/Aids, na década de 80, deram novos impulsos às investigações sobre os sistemas de práticas e representações sociais ligados à sexualidade, constituindo-a como um campo de investigação em si, dotado de certa legitimidade. Tal particularidade só pode ser entendida no contexto da sociedade ocidental do final do século XX que elegeu as questões afetas à intimidade, à vida privada e à sexualidade como centro de reflexão sobre a construção da pessoa moderna.

A reflexão acerca da sexualidade, permite compreender como a sociedade e as intuições lidam e compreendem o corpo e seus prazeres, construindo assim, papéis sociais para os sujeitos, em que são estabelecidos tipos de comportamento sexuais aceitos e corpos que são tolerados.

### 3.2 A Invisibilidade da Sexualidade na Terceira Idade

Conforme explicitado no primeiro capítulo, a velhice é carregada de estigmas associados à incapacidade e à improdutividade. Entre os mitos e estereótipos sobre a velhice encontra-se aquele de que o idoso não mais vivencia sua sexualidade, como se o envelhecimento acarretasse o desinteresse pela vida e a sexualidade fosse inerente ao jovem.

As alterações físicas são evidentes e inevitáveis nesta fase da vida, porém não necessariamente afetam a satisfação sexual de homens e mulheres, pois a sexualidade não se esgota com decorrer dos anos.

[...] não é a idade que determina a ausência do desejo e, muito menos, a ausência ou a presença de relações sexuais mesmo que estas possam ser inscritas na velhice sob tecidos diferentes daqueles encontrados na adolescência e na vida adulta, nos quais computar os orgasmos é uma forma usual. A sexualidade do idoso pode encontrar caminhos inéditos nos quais o

desejo, que não morre, encontra outras maneiras de inscrição (MUCIDA, 2004, p. 41 *apud* ALVES; ROZENDO, 2015 p. 97).

Nesse sentido, a sexualidade não se limita apenas ao ato sexual, com foco na reprodução, uma vez que ela envolve sentidos, experiências emoções e sentimentos (ARCOVERDE, 2006). Com o passar da idade, é normal que haja o declínio da atividade sexual, contudo outras formas de busca pelo prazer são reconhecidas.

A dificuldade da sociedade em aceitar a sexualidade no processo de envelhecimento pode surgir tanto da falta de informação sobre o assunto, quanto pela ideia de sexualidade restrita à genitalidade e procriação (ALENCAR *et al.*, 2014). O próprio idoso tem dificuldades em diferenciar sexualidade e atividade sexual, para estes, as duas categorias são sinônimas, sendo este entendimento resultado da educação repressiva e preconceituosa recebidas na sua infância e adolescência (ARCOVERDE, 2006).

Alencar *et al.* (2016) – em sua pesquisa com idosos para analisar os fatores que interferem no exercício de sua sexualidade –, verificou que a maioria dos idosos tinha uma concepção de sexualidade ligada a genitalidade, como sua única forma. Apenas 20,4% relataram que a sexualidade envolve mais do que o sexo, estando aliada ao bem-estar, carinho, companheirismo e à relação consigo e com os outros.

Além do desconhecimenro acerca da sexualidade na velhice, a noção prioibitiva, culturalmente firmada, a respeito de relações sexuais entre eles, influencia negativamente na sexualidade do idoso. A sociedade enxerga, portanto, a velhice como uma fase da vida assexuada e isso faz com que o(a) idoso(a) se comporte conforme as expectativas sociais e, aqueles(as) que têm desejo sexual experimentam um sentimento de culpa e vergonha (CASTRO; REIS 2002).

A valorização social da juventude física afeta principalmente as mulheres idosas que são avaliadas pela sua aparência externa e pela sua capacidade de reprodução. O corpo da mulher idosa perante a sociedade é considerado feio e assexuado. Os meios de comunicação, mostram uma visão pouco atrativa do processo de envelhecimento e de pessoas idosas. Goldenberg (2012, *apud* SOUZA, 2015) destaca que o culto ao corpo jovem, idealizado pela mídia, perpetua a convicção de que a sexualidade esteja ligada a beleza jovial.

Partindo desse pressuposto, emergem inúmeros estereótipos voltados, principalmente, para a imagem corporal: o corpo que envelhece, portanto, não produz mais interesse e é retratado sem desejo, sem atração física e em um estado de declínio.



Assim, em uma sociedade que reforça o jovem como o belo, a mulher quando envelhece, passa a sentir medo de demonstrar e viver sua sexualidade e passar a receber rótulos negativos, obrigando-se a optar por uma postura mais discreta e reprimida (SOUZA, 2015).

Assim, o preconceito que envolve a sexualidade do idoso conduz a repressão da sexualidade na velhice, como se o interesse sexual ou amoroso causasse certo horror, fosse algo aberrante, que não pode ser revelado, demonstrado e, muito menos, aceito (FRUGOLI; MAGALHÃES JÚNIOR, 2011).

Ao falar sobre a homossexualidade na terceira idade, o preconceito ainda é maior, uma vez que se aborda pouco sexualidade dos idosos homossexuais. Logo, é escassa a representatividade nos meios de comunicação e na mídia, levando a falsa crença da inexistência dessas pessoas na sociedade. Os preconceitos e esterótipos relativos aos homossexuais tendem a se intensificar quando se trata do idoso homossexual, que tende a viver a partir de limitações impostas por discursos que inserem a velhice num patamar excludente e a homossexualidade em uma esfera de rejeição, estranhamento e desprezo (OLIVEIRA, *et al* 2021).

Santos, Araújo e Negreiros (2018) relatam que nos modelos de pesquisas sobre a população velha homossexual é comum apresentar a solidão como fator negativo e causador de medos que advém de atitudes desfavoráveis vindas da sociedade, levando com que muitos prefiram o isolamento para não sofrerem algum tipo de preconceito.

Mota (2012), em seu estudo com homens idosos homossexuais, relata que os sujeitos pesquisados em suas narrativas demonstraram o quanto ainda lutam para exercer a sexualidade, para reinventá-la, sem que suas performances públicas sejam alvo de chacota, injúria, objeto de riso frente à estética do corpo, cuja ideologia invisibiliza o velho e nega a velhice.

Nesse sentido, a sexualidade tende a ser discutida mais abertamente na puberdade e no início da maturidade, em comparação a terceira idade, e isto se deve ao fato de que a sociedade impõe certos padrões de comportamento que limitam a sexualidade humana somente a este período. Tal ideia imposta pela sociedade, em conjunto com as mudanças fisiológicas que acontecem neste período da vida, fazem com os(as) idosos(as) aceitem esta dessexualização como um processo normal da idade.

É importante salientar que apesar de a discussão da sexualidade ser mais frequente e direcionada para o público mais jovens, nessa atual conjuntura com um governo ultra-conservador, moralista e de viés religioso como o governo Bolsonaro, o

debate em torno da sexualidade – mesmo entre os jovens – tem sofrido profundos retrocessos, pois a moralidade vem sendo utilizada para a estruturação de Políticas Públicas, como, por exemplo, a campanha de abstinência sexual, promovida pelo Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos.

Segundo Magalhães Junior e Frugoli (idem), a sociedade padroniza deveres e direitos, permissões e proibições para cada fase cronológica da vida humana, mas na velhice é que há a maior castração de direitos e satisfações e, quando se fala em sexualidade, tem sido mais carregada ainda de proibições. Isso em consequência da noção difundida de que no processo de envelhecimento, a satisfação do desejo sexual deixa de ser necessária.

Para Almeida e Lourenço (2008), a sexualidade na terceira idade é um direito de todos os idosos, contudo nem sempre respeitado, pois o prazer está presente em todas as fases da vida, podendo ser descoberto, e vivenciado em qualquer idade.

Na velhice, mudanças biológicas, psicológicas e sociais ocorrem inevitavelmente e são intrínsecas ao processo de envelhecimento. Consequentemente, a sexualidade neste período da vida muda, e a maneira que o(a) idoso(a) lida com essas modificações pode contribuir para que ele(a) venha desfrutar de uma plena vida sexual.

Segundo Laurentino *et al.* (2006), levando-se em consideração o aumento da expectativa de vida, a ampliação da saúde física e os aspectos como a sexualidade na velhice, são essenciais para um envelhecer mais saudável, e é importante que o(a) idoso(a) adquira conhecimento sobre as modificações que ocorrem no seu organismo, buscando adaptar-se à sua realidade.

As mudanças fisiológicas que são esperadas no processo do envelhecimento podem influenciar na resposta sexual dos idosos, seja no sexo masculino ou feminino. As transformações na fisiologia sexual masculina embora não ocorram de forma uniforme entre todos os homens caracterizam-se quanto aos aspectos: ereção mais flácida, sendo necessário mais tempo para alcançar o orgasmo; ereções involuntárias noturnas diminuem; ejaculação retardada e redução do líquido pré-ejaculatório. Na fisiologia feminina, por sua vez, as alterações iniciam-se na fase da menopausa, com a diminuição dos hormônios pelos ovários; a pele tende a ficar mais fina e seca; a lubrificação vaginal diminui, podendo ocorrer a dispareunia<sup>5</sup>; o orgasmo fica em menor duração devido às contrações vaginais estarem mais fracas e em menor número (ALENCAR *et.al*, 2014)

---

<sup>5</sup> Trata-se de dor genital associada à relação sexual. Pode surgir em ambos os sexos, mas é mais comum ocorrer em mulheres, durante ou após a menopausa.

O estado físico do(a) idoso(a) e os problemas de saúde que podem surgir com a idade, também exercem importante influência em sua sexualidade. Cansaço, esgotamento, estresse, má alimentação, falta de higiene e ausência de atividades físicas podem influenciar negativamente no interesse, como na própria atividade sexual. Contudo, para Castro e Reis (2002), os problemas sexuais que afetam os casais idosos não devem ser interpretados como incapacidade para a vida sexual, mas como disfunções sexuais inerentes à idade, que podem e devem ser tratados para que os(as) idosos(as) continuem vivenciando sua sexualidade.

Como mencionado, a sexualidade deve ser compreendida como parte essencial da vida do ser humano, pois ela traz benefícios para saúde, bem-estar e satisfação para o(a) idoso(a). É importante enfatizar que a prática sexual gera qualidade de vida, e que a sexualidade continua durante a vida, tomando novas formas e cada idade favorece formas de satisfação. A necessidade de se relacionar, de expressar sentimentos e afetos não decai, nem desaparece com a idade (PASCUAL *apud* MACHADO, 2014).

Sousa (2008), em seus estudos, destaca que para compreender a problemática da sexualidade nos idosos é preciso considerar cinco fatores básicos que afetam o comportamento e a resposta sexual em qualquer idade:

- Saúde física: a doença pode reduzir ou impedir o interesse pela sexualidade em qualquer idade.
- Preconceitos sociais: a crença na progressiva e generalizada incompetência, assim como na impotência sexual dos(as) idosos(as), faz parte intrínseca destes estereótipos. Acucados entre as múltiplas exigências adaptativas que as alterações do envelhecimento comportam, os indivíduos enfrentam dificuldades para preservar a identidade pessoal e a integridade de alguns papéis e funções, sobretudo aqueles relativos à sexualidade, que a sociedade atentamente vigia e sanciona.
- Autoestima: na sociedade contemporânea, os valores culturais orientados para a juventude tendem a depreciar os indivíduos idosos em termos de sua aptidão e atração sexual, particularmente as mulheres. Além disso, toda manifestação de sensualidade é rapidamente suspeita de deslizar insidiosamente para a dissolução da demência senil. Tendo interiorizado estes valores culturais, o indivíduo envelhecido pode não ter consciência de reprimir a sexualidade, ou simplesmente se sentir compelido a suprimi-la deliberadamente, gerando conflitos que atacam sua autoestima.
- Conhecimentos sobre a sexualidade: estudos explicam que muitos homens deixam de ter relações e tornam-se impotentes porque, não compreendendo as mudanças

fisiológicas ligadas ao processo do envelhecimento, interpretam-nas como sendo sintomas de impotência. Com sua autoestima baixa, ficam receosos de não conseguirem uma ereção e acabam evitando ter relações para não serem confrontados com a frustração.

- Status conjugal: a regularidade das relações sexuais da faixa etária de 50 anos ou mais está muito ligada à oportunidade representada pela situação conjugal. De um ponto de vista demográfico, a proporção de mulheres é predominantemente maior nesta população pela esperança de vida mais elevada. Esta diferença tende a acentuar-se à medida que a idade avança. A primeira consequência deste dado objetivo é a limitação das oportunidades de relações sexuais, particularmente para as mulheres.

Ademais, a viuvez para mulheres idosas pode ser considerada um dos motivos que interferem na sexualidade. Como citado anteriormente, as mulheres tendem a viver mais anos do que os homens, contudo, além de ser uma maior população, as mulheres sofrem influências da sociedade, que dificultam o encontro de novos parceiros. Algumas foram educadas para ter um único parceiro durante a vida, na ausência dele, associada a idade, não há estímulo para procurar outro (FRUGOLI; MAGALHÃES JÚNIOR, 2011). A cultura tem influência direta na expressão da sexualidade, pois ela é desenhada pela história e pela religião, estabelecendo normas e comportamentos, criando tabus, mitos e preconceitos.

Capodieci (2000) considera que homens idosos não possuem dificuldades para obter relações sexuais, independentemente de estarem em um relacionamento conjugal ou não, enquanto as mulheres idosas tendem a ter relações quando estão em um relacionamento, e quando se veem sozinhas sentem dificuldade de se envolver. Devido a constante cobrança durante a vida da mulher em realizar os desejos do homem, sem pensar nos seus desejos, isso faz com que a mulher se feche a novas descobertas sobre sua sexualidade, deixando, por vezes, de vivenciá-la em sua velhice.

Ainda considerando as diferenças experimentadas por homens e mulheres ao envelhecer, é considerado normal que homens mais velhos se relacionem com mulheres mais novas, mas, conforme Junqueira (1998, p. 27), há uma crescente tendência de que aconteça a inversão desse quadro:

[...] pois, principalmente nos Estados Unidos, as mulheres estão se casando com homens mais jovens que elas. Mas é necessário admitir que, com o avanço da idade, as perspectivas da mulher encontrar um companheiro mais velho que ela diminui, porque o número de homens idosos tende a tornar-se menor.

Desta forma, os homens não costumam ficar muito tempo sem uma companheira, diferentemente das mulheres. Segundo o referido autor (*idem*), a metade das mulheres acima dos 60 permanecem sozinhas, após o acontecimento de uma viuvez. Esta situação leva-nos a pensar sobre as circunstâncias que são vivenciadas de acordo com o gênero, fazendo com que as mulheres permaneçam sozinhas e os homens possuam a necessidade de estar em um relacionamento.

### 3.3 A relação entre os tabus da sexualidade na terceira idade e o aumento exponencial de ISTs e AIDS no segmento idoso

Como destacado anteriormente neste estudo, a velhice é compreendida no imaginário social como uma fase da vida assexuada. Logo, os preconceitos e os tabus em torno da sexualidade do idoso tornam um imenso desafio para a prevenção às ISTs e à AIDS.

Comumente, vemos campanhas de saúde destinadas à prevenção de HIV/AIDS na mídia e em serviços de saúde, que são voltadas para o público jovem, principalmente, no período de carnaval.

Tais campanhas, todavia, não contemplam o público idoso, que não se identifica com a mensagem passada, nem se enxerga como vulnerável. Assim, a ausência do(a) idoso(a) nas campanhas de prevenção contribui para a falta de informação dos(as) idosos(as), da população em geral, incluindo profissionais de saúde, aumentando, por conseguinte, a invisibilidade da sexualidade do(a) idoso diante desses mesmos profissionais.

Além da falta de ações de prevenção, a dificuldade em diagnosticar precocemente a AIDS em idosos, os expõem ainda mais a situações de vulnerabilidade. Segundo Maschio *et.al* (2011), isto se deve ao fato de que nem sempre a vida sexual do(a) idoso(a), é questionada nas consultas, predominando o mito de que se têm o ritmo sexual diminuído ou já não fazem sexo.

Ademais, a não correlação entre o(a) idoso(a) e a vida sexual ativa, impacta no diagnóstico da AIDS, que, conseqüentemente, acaba sendo feito tardiamente, em virtude de sintomas amplos que se camuflam em características de outras patologias (MACHADO; ALVES; OLIVEIRA, 2020).

Maschio (*et.al* 2011) destaca, ainda, que o diagnóstico de pacientes soropositivos nessa faixa etária é desafiador, por se tratar de mais um diagnóstico

diferencial para um grupo já exposto a múltiplas patologias, o que leva a possibilidade de subnotificação de casos, ou se reflete em diagnósticos tardios e terapêuticas incorretas, acelerando a instalação de infecções oportunistas e de complicações.

Os obstáculos referentes ao diagnóstico precoce perpassam entre a não adesão ao teste de HIV em idosos e a falta de atenção e de suporte das equipes de saúde em relação às demandas desse grupo (MACHADO; ALVES; OLIVEIRA, 2020).

É fundamental que o(a) profissional de saúde tenha a percepção da continuidade das relações sexuais nessa fase e possa discutir medidas preventivas no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis, visto que ao considerar o sexo apenas para os mais jovens, permite-se uma maior vulnerabilidade da população idosa para esses agravos de saúde.

Nesse sentido, a maior parte dos diagnósticos de HIV realizados em pessoas idosas tem sido feito quase que por acaso. Muitas vezes, as pessoas idosas relatam sintomas semelhantes a uma gripe, acrescido de perda de apetite e consequente perda de peso excessivos, mas, a possibilidade de ser infecção recente pelo HIV é comumente descartada pelos(as) profissionais de saúde por subestimar a prática sexual no segmento idoso (SANTOS E ASSIS, 2011).

A questão da possibilidade de infecção por ISTs e HIV/AIDS na população idosa necessita ser observada com mais cautela pelos(as) profissionais de saúde, uma vez que muitas pessoas idosas já apresentam doenças crônicas (como diabetes, hipertensão, doenças do trato urinário, entre outras).

Cumprir destacar que a política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, faz menção específica à saúde sexual da pessoa idosa, em seu item 3.1, cujo título é “Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável” que assinala: *“informar e estimular a prática de nutrição balanceada, sexo seguro, imunização e hábitos de vida saudáveis”*.

Portanto, os serviços e profissionais de saúde devem seguir a referida política e realizar ações de prevenção e promoção de saúde relacionadas à sexualidade e à prevenção das DSTs e AIDS específicas para a população idosa.

É importante que os serviços de saúde acolham a população idosa e desenvolvam ações voltadas para AIDS, pois é sabido que muitos(as) idosos(as) deixam de buscar apoio nesses serviços por vergonha de serem vistos recebendo orientações sexuais ou preservativos ou quando já infectados(as), de serem descobertos(as) por conhecidos e, conseqüentemente, estigmatizados(as) e discriminados(as).

O olhar do(a) profissional de saúde frente ao idoso soropositivo não deve assemelhar-se ao senso comum da sociedade, pois julgamentos, preconceitos, estereótipos e discriminações já fazem parte da rotina dos(as) idosos.

É necessário, portanto, que haja uma visão empática e acolhedora por parte dos(as) profissionais perante essa situação, com o objetivo de ressignificar o sofrimento do(a) idoso(a) soropositivo(a) diante o diagnóstico. Sendo assim, esse olhar sensível por parte dos(as) profissionais de saúde contribuirá positivamente para a atenção voltada a esse público, para a visibilidade sexual do idoso e para o diagnóstico precoce de HIV.

O idoso demonstra, em alguns casos, medo do diagnóstico ser revelado provocando constrangimento. A falta de informação sobre a qualidade de vida, após o diagnóstico e o tratamento, gera nesse indivíduo que vive com o vírus a dúvida de possibilidade de continuar tendo relações afetivas, o que gera um aumento significativo de omissões da infecção pelo vírus (SILVA *et al.*, 2015).

### 3.3.1 O crescimento de HIV/Aids entre a população idosa e as estratégias de prevenção

Como destacado no item anterior, o número de novos casos de idosos com AIDS tem crescido gradativamente a cada ano no Brasil. O aumento deste índice demonstra a necessidade de ações de prevenção e reflexões acerca do tema. E, como mencionado anteriormente, o tabu que envolve a sexualidade na terceira idade cria lacunas para as práticas preventivas e educativas voltadas para este público.

A tabela 1 abaixo, com dados do Boletim Epidemiológico de 2020, apresenta dados de notificações realizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sobre o aumento do número de casos de HIV na população com 60 anos ou mais, em um período de 11 anos.

**Tabela 1:** Números de casos de HIV notificados no Sinan, de acordo com faixa etária e sexo, de pessoas de 60 anos e mais, por ano de diagnóstico no Brasil entre 2009-2020

ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
2009	1005	691	1696
2010	987	673	1660
2011	1074	772	1846
2012	1168	762	1930
2013	1335	834	2169
2014	1329	832	2161
2015	1364	849	2213
2016	1427	897	2325
2017	1464	900	2364
2018	1579	917	2496
2019	1521	928	2451
2020	401	265	667

Fonte: Boletim Epidemiológico 2020

Embora observada a redução de casos de AIDS nos últimos anos em todo o país, o Boletim Epidemiológico levanta a hipótese de declínio no ano de 2020 em razão da pandemia de Covid-19, que pode ter ocasionado a demora na notificação de novos casos e a alimentação das bases de dados do SINAN, devido à mobilização local dos(as) profissionais de saúde em virtude do cenário pandêmico.

Levanto a hipótese, também, que o isolamento social, adotado em razão da pandemia, levou a mudanças no comportamento sexual da população, diminuindo a prática sexual, inclusive entre idosos(as). Outra hipótese é a baixa procura pelos serviços de saúde para realização de consultas de rotina e tratamento de doenças crônicas, devido ao receio de contágio por Covid-19.

Não obstante o aumento gradual do número de casos de idosos durante os anos descritos na tabela acima, é importante destacar que a população acima de 60 anos não é a mais atingida pelo HIV/AIDS, conforme observamos na figura abaixo.



**Figura 2:** Taxa de detecção de AIDS (por 100.000 hab.) segundo faixa etária e sexo (Brasil, 2019)

Fonte: Boletim Epidemiológico 2020

Segundo dados do Boletim Epidemiológico, no período de dez anos (2009-2019), entre homens observou-se um incremento da taxa de detecção nas faixas de 15 a 19 anos, de 20 a 24 anos e de 60 anos e mais. Entre as mulheres, durante este mesmo período, verifica-se que a taxa de detecção apresentou decréscimo em todas as faixas etárias, sendo as de 5 a 9 anos, de 25 a 29 anos, de 30 a 34 anos, e de 35 a 39 anos as que tiveram maiores quedas.

No Brasil, os casos de infecção de AIDS na faixa etária de mais de 60 anos acontecem predominantemente por transmissão sexual. Em virtude da estigmatização da terceira idade, tanto os familiares como os(as) profissionais negam-se a pensar que nesta fase a pessoa está ativa sexualmente. Essa falha traz graves consequências, sobretudo, quanto à prevenção, pois esta só vai ocorrer se os familiares e profissionais de saúde estiverem atentos para discutir abertamente as formas de prevenção (ARAÚJO, *et al* 2007).

É importante destacar, ainda, que inúmeros são motivos atribuídos aos atenuantes índices de contaminação de idosos com o HIV/AIDS, dentre eles: mudanças socioculturais, sobretudo na sexualidade; resistência por parte dos idosos em utilizar camisinha; inovações na área da saúde; acesso à terapia antirretroviral e inovações na área medicamentosa (SERRA *et al.*, 2013).

Santos e Assis (2011) expõem o aumento gradativo da incidência de HIV/AIDS em idosos, a partir de fatores como o aumento da expectativa de vida e da atividade sexual (reposição hormonal para mulheres e tratamento da impotência sexual para homens) e ao não reconhecimento do risco pelos idosos e conseqüentemente a não realização do sexo seguro.

Outros autores, atribuem o aumento de casos de AIDS nesta população àqueles idosos que possuem maiores recursos financeiros para acesso aos prazeres e serviços disponíveis, permitindo vida sexual mais ativa e à existência da invisibilidade sexual na terceira idade.

Segundo Silva e Paiva (2006), as inovações na área medicamentosa levaram ao uso de drogas que melhoram o desempenho sexual favorecendo, assim, o aumento da frequência e à qualidade das relações sexuais. Tais inovações têm contribuído para que essa população se sinta mais segura para vivenciar sua sexualidade, contudo não foram acompanhadas por incentivo à prática do sexo seguro.

Associado a esse fato, há vários obstáculos quanto ao uso da camisinha, principalmente por alguns homens acreditarem que, com o uso da mesma, perderão a ereção e por não possuírem habilidade para colocar o preservativo, tendo o entendimento errôneo que o uso da camisinha somente é necessário nas relações extraconjugais ou com profissionais do sexo. Já as mulheres, após a menopausa, não veem a possibilidade de engravidar, fazendo com que o uso do preservativo seja negligenciado de maneira equivocada, com o intuito apenas de evitar a gestação. Nas mulheres idosas, a lógica é a mesma.

No que se refere à disseminação do vírus do HIV entre as mulheres, a desigualdade de gênero e a cultura disseminada de que a mulher tem que viver dentro de padrões pré-estabelecidos dentro da sociedade ditam regras dos seus comportamentos sociais dentro e fora de suas relações sociais, tornando-a dependente do seu marido/companheiro em vários aspectos, principalmente em relação ao seu comportamento sexual. Por conseqüência, as mulheres dependem de acordos estabelecidos com seus parceiros para o uso de preservativo, tendo o mínimo de controle quanto ao seu uso.

Levando em consideração que o companheiro é o disseminador do vírus, na maioria das vezes, as mulheres encontram-se mais expostas e vulneráveis ao vírus independentemente da faixa etária em que estão, dentro desse contexto de desigualdade de gênero (SALDANHA *et. al.*, 2008).

Apesar de o Brasil ser referência mundial com uma política universal no combate ao HIV/AIDS, o acréscimo no número de idosos contaminados com HIV evidencia que as medidas de prevenção para essa população são insuficientes.

Como mencionado anteriormente, há inúmeras campanhas e políticas de prevenção contra HIV/AIDS, voltadas para o público jovem, nas quais destaca-se a supervalorização do corpo jovem, tornando a sexualidade na terceira idade como algo invisível. Tais campanhas criam no imaginário da sociedade, e do próprio idoso, que está população não está em situação de vulnerabilidade frente à doença, alimentando ainda mais o estigma e o preconceito em torno da sexualidade na terceira idade.

A ampliação da AIDS entre os idosos pode estar, portanto, associada a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade. Campanhas para a população idosa são de suma importância, porém somente o conhecimento não é suficiente para mudar o comportamento do indivíduo fazendo com que ele seja capaz de adotar práticas seguras, a fim de evitar a infecção. É necessário, sobretudo, dar ênfase a aspectos socioculturais para reduzir riscos e vulnerabilidades (SANTOS e ASSIS, 2011).

A invisibilidade da sexualidade do idoso tem levado os(as) profissionais de saúde a não avaliarem a vulnerabilidade dessa parcela da população, justamente por desconsiderarem a existência do desejo sexual, os avanços no processo do envelhecimento e as parceiras sexuais. Apenas a partir do enfoque da integralidade na atenção à saúde os(as) profissionais da área passarão a perceber os idosos como um grupo vulnerável ao HIV/AIDS.

Para que a vulnerabilidade seja concretizada, o profissional abordará o paciente no contexto da integralidade, escutando suas preocupações e dúvidas, desenvolvendo habilidades para perguntar sobre a vida íntima, com a finalidade de propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades, adotando práticas seguras em busca da promoção da qualidade de vida. Para que todos esses objetivos sejam alcançados, é fundamental que, durante todo o atendimento, a linguagem utilizada seja acessível ao usuário (SANTOS e ASSIS, 2009, p.8).

O conceito de vulnerabilidade muito pode contribuir nas práticas de enfrentamento ao HIV/AIDS. Trata-se de uma categoria resultante de um esforço de produção e conhecimento derivado da necessidade de melhor compreender a suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, compreendendo uma abordagem que contempla o conjunto de aspectos individuais, sociais e programáticos implicados com o problema (AYRES, 2003).

Para discutir os desafios relativos à prevenção de HIV/AIDS na velhice, considera-se importante discorrer os eixos conceituais de Ayres (idem) acerca de vulnerabilidade

A vulnerabilidade na dimensão individual corresponde ao grau e a qualidade de informação que os indivíduos possuem sobre os problemas de saúde, a elaboração das informações e sua aplicação prática no seu cotidiano (ALENCAR, CIOSAK, 2014, p.3). Nas palavras de Ayres (2003), nem os comportamentos individuais associados à maior chance de contaminar-se podem ser atrelados imediata e exclusivamente à vontade dos indivíduos, mas;

Ocupa-se, basicamente, dos comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical). Considera, entretanto, que os comportamentos associados a maior chance de exposição à infecção, adoecimento ou morte não podem ser entendidos como decorrência imediata e exclusiva da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que esses indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e, especialmente, ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência (AYRES et al, idem, p. 125).

A vulnerabilidade na dimensão social diz respeito à estrutura econômica, as políticas públicas, em especial às de educação e saúde, a cultura, a ideologia, as relações de gênero, raciais e entre gerações, as crenças religiosas e a religiosidade viva, a pobreza, a exclusão social, modos de inclusão que mantenham a desigualdade (ALENCAR E CIOSAK, 2014, p. 3). Nesse sentido, a vulnerabilidade implica nos seguintes aspectos:

acesso à informação; b) quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais; c) acesso e qualidade dos serviços de saúde; d) nível geral de saúde da população, mediante comportamento de indicadores de saúde, como o coeficiente de mortalidade infantil; e) aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específicos, como a situação da mulher (menores salários, ausência de legislações de proteção específica, exposição à violência; restrições de exercício de cidadania etc.); f) grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade desses sujeitos fazerem ouvir suas necessidades nas diversas esferas decisórias; g) grau de prioridade política (e econômica) dada à saúde; h) condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, entre outros (AYRES *et al*, 2003, p. 125).

Por último, a vulnerabilidade programática (ou institucional) remete ao modo como os serviços de saúde e os demais serviços sociais, com destaque a educação, operam na mobilização de recursos necessários para a proteção das pessoas, à infecção e ao adoecimento pelo HIV. Trata-se, portanto, da existência de ações institucionais voltadas para o problema da AIDS, com ênfase nos seguintes elementos:

a) grau e tipo de compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema; b) ações efetivamente propostas por estas autoridades; c) coalizão interinstitucional e Inter setorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.) para atuação específica; d) planejamento das ações; e) gerenciamento dessas ações; f) capacidade de resposta das instituições envolvidas; g) financiamento adequado e estável dos programas propostos; h) sustentabilidade das ações; i) avaliação e retroalimentação dos programas, entre outras possibilidades (AYRES *et al*, 2003, p.126).

Com base nessas formulações acerca da noção de vulnerabilidades o autor (*idem*) anteriormente referenciado, enfatiza que o aprimoramento das ações de prevenção exige transcender as ideias de grupo de risco e comportamento de risco. Pois, esses conceitos; “rotulam, generalizam, descontextualizam e despolitizam”. Ainda alerta que é preciso “incluir como referência para essas práticas a compreensão das vulnerabilidades e, considerando os direitos humanos, as formas de combatê-las, bem como ter a redução de danos como atitude orientadora das práticas de prevenção” (AYRES, 2003, p. 16).

Em 2008, o Ministério da Saúde realizou uma campanha do Dia Mundial de Luta contra a AIDS, que tinha slogan “Sexo não tem idade. Proteção também não”. O público-alvo da campanha era a população heterossexual com mais de 50 anos de idade, e a escolha deste grupo ocorreu pelo aumento da incidência de AIDS nessa população. O foco eram homens maduros das classes C e D. A campanha tratava de uso do preservativo e de dicas para melhorar a vida sexual após os 50 anos. Foi a primeira vez que o órgão tratou esta população como alvo das campanhas de conscientização.

No ano de 2009, o Ministério da Saúde lança uma campanha de carnaval, tendo como grupo prioritário a população feminina com mais de 50 anos, respondendo a tendência de crescimento da epidemia entre a população desta faixa etária. A campanha tinha como um dos objetivos incentivar a mulher a negociar com o seu parceiro o uso do preservativo, além de alertar sobre o uso da camisinha feminina, como dispositivo de proteção em que a mulher tem o poder de decisão sobre o uso, e sobre o uso do gel lubrificante, para aumentar a lubrificação e diminuir a sensação de desconforto causada pela menopausa e pelo uso do preservativo.

Do material educativo usado nas ações de prevenção contra a AIDS, disponibilizado no meio virtual, no site do Ministério da Saúde, acessado em junho de 2021, apenas nos anos de 2008 e 2009 foram produzidos voltados para o público com mais de 50 anos.

Diante ao aumento do número de idosos com HIV, há a necessidade que os programas de prevenção sejam concretizados em todas as instâncias, principalmente pelas unidades de saúde da atenção primária, sendo estes os principais responsáveis pelas medidas de prevenção da doença (SILVA, PAIVA, 2006).

A Atenção Básica é o contato preferencial dos(as) usuários(as) com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, *idem*).

Em 2006, o Ministério da Saúde criou o “Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”, com a finalidade de oferecer alguns subsídios técnicos específicos em relação à saúde da pessoa idosa de forma a facilitar a prática diária dos(as) profissionais que atuam na Atenção Básica. Com uma linguagem acessível, disponibiliza instrumentos e promove discussões atualizadas no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população. Dentre os inúmeros assuntos relacionados a saúde do idoso, a sexualidade do idoso é tratada neste caderno.

O marco referencial para a implementação de ações de prevenção a DST/AIDS, descritas neste caderno, está baseado na avaliação das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas nas quais os sujeitos estão inseridos (BRASIL, *ibidem*).

A partir da avaliação das vulnerabilidades o profissional de saúde pode conduzir um processo de oferta de aconselhamento, testagem e orientações de prevenção para que o usuário dos serviços possa incorporá-las em sua vida cotidiana. A qualificação da atenção integral à pessoa idosa deve levar em conta os fatores acima descritos, para que procedimentos básicos possam ser incluídos, fazendo com que os serviços de saúde acolham esse grupo (BRASIL, *ibidem*).

As intervenções de prevenção dirigidas aos idosos devem considerar:

- Estímulo ao acesso e utilização correta dos preservativos masculino e feminino e a lubrificantes.
- Testagem, diagnóstico e tratamento com procedimentos que levem em consideração as necessidades desse grupo populacional.

- Inclusão da prevenção de DST-HIV/AIDS focando as especificidades desse grupo, na rede de Atenção Básica.
- Fomento da mobilização de organizações da sociedade civil e do protagonismo, para a realização de trabalhos preventivos específicos para idosos.
- Articulação intra e intersetoriais para a garantia de ampliação e continuidade das ações.

Os resultados dessa intervenção buscam reduzir o estigma que envolve as necessidades sexuais das pessoas idosas, para que estes possam discutir temas relacionados a sua sexualidade mais facilmente.

A realização das ações de prevenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) permitirá uma capilarização de ações, possibilitando que um número maior de pessoas idosas sejam orientadas e acessem os insumos. A integração da prevenção do HIV nos serviços específicos para esse grupo e capacitação de seus profissionais, assim como os profissionais de saúde de serviços de assistência e tratamento de AIDS, em relação ao processo de envelhecimento, tornará tais serviços sensíveis às necessidades das pessoas idosas (BRASIL, 2006).

Como exemplo de ações de prevenção, cito duas iniciativas premiadas pelo Ministério da Saúde como “Experiências Exitosas de Gestão Pública no Campo do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” que trabalharam a temática das infecções sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS (COUTINHO *et. al.* 2020).

A primeira iniciativa ocorreu em 2014, na primeira edição do prêmio. A ação foi realizada em 17 municípios, pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul em parceria com grupos de convivência de idosos dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS).

Com o título “Construindo uma abordagem para redução das vulnerabilidades da população idosa ao HIV/AIDS no Estado do Rio Grande do Sul: a experiência da Secretaria Estadual de Saúde (RS)”, os responsáveis pela ação estimaram à época que foram potencialmente beneficiados cerca de 1,5 milhões idosos. As atividades foram divididas em duas grandes linhas, da seguinte forma: (COUTINHO *et. al.* 2020).

- Educação em saúde: Criação de campanha com o desenvolvimento de folders informativos sobre HIV/AIDS e informações gerais sobre saúde sexual. Para abordagem do tema, foram utilizadas estratégias lúdicas como poesias, ensaios fotográficos e filme para estimular a adoção de preservativo e lubrificante nas relações sexuais.

- Ações de promoção da saúde: Sensibilização dos profissionais da rede de saúde dos municípios participantes da necessidade de inclusão da população idosa nas ações de prevenção às IST/AIDS. Além disso, também foram disponibilizados cursos e serviço para esclarecimento de dúvidas através do Telesaúde, uma ferramenta Web de educação em saúde criada para auxiliar e qualificar a prática em saúde no estado.

Esta ação baseou-se nos princípios fundamentais das práticas de prevenção, oferecendo informação adequada a população alvo e fortalecendo a rede de cuidado através da qualificação dos profissionais de rede de saúde. Ações como esta, realizadas de maneira contínua, permitem que a população permaneça atenta ao risco em saúde que se apresentam na vida cotidiana e tome decisões a partir das informações recebidas, além de encontrar nos serviços profissionais qualificados e atualizados na temática, capazes de prestar a assistência necessária e adequada a cada caso, seja na orientação de práticas de prevenção, testagem ou tratamento.

A segunda ação em saúde premiada pelo Ministério da Saúde, ocorreu em 2018. Foi intitulada como: “Fique sabendo e saia da dúvida! Testes rápidos nos idosos: um relato de experiência de Benedito Novo-SC”, realizada pela Secretaria Municipal de Saúde. Esta ação difere da maior parte das outras por ter sido demandada formalmente pela população idosa do Município, ali representada pelo presidente do conselho do idoso de Benedito Novo, devido a mudança no estilo de vida das pessoas idosas, que passavam a se expor a mais situações de risco à IST (COUTINHO *et. al.* 2020).

A ação foi constituída por diferentes atividades, desenvolvidas em dois grandes eixos, sendo eles:

- Com pessoas idosas: Realização de testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites B e C e aconselhamento (pré e pós testagem) nas pessoas idosas participantes dos grupos de idosos do Município. Durante o aconselhamento pré-teste, as pessoas idosas também respondiam um questionário sobre comportamentos de risco à IST, o que permitia aos profissionais a direcionar o aconselhamento às práticas de cada indivíduo.

- Com profissionais de Saúde: Integrar os processos de trabalho da vigilância em saúde, atenção básica e coordenação de grupo de idosos através da busca ativa, encaminhamento para tratamento e acompanhamento dos casos diagnosticados na população idosa.

No ano em que foi realizada a ação, durante três meses de trabalho, foram atingidas cerca de 105 pessoas idosas. O trabalho foi desenvolvido por uma equipe



multiprofissional, envolvendo profissionais da gestão e da atenção. (COUTINHO *et. al.* 2020).

Destaca-se o envolvimento de diferentes atores nesta iniciativa desde a sua concepção. A solicitação por parte da população idosa aponta para o interesse no cuidado a saúde.

Apesar do investimento em ações e campanhas para a prevenção da AIDS, a população idosa ainda é negligenciada no que se refere ao direcionamento das ações. Faz-se necessário destinar mais campanhas e ações educativas para este público, e não tratar o idoso como assexuado, mas compreender que o mesmo poder ter vida sexual ativa, e que as ações de prevenção de AIDS contribuem para um envelhecimento com qualidade de vida.

Nesse sentido, campanhas de prevenção contra as DSTs/AIDS para a população idosa são fundamentais, assim como para outras faixas etárias, entretanto somente o conhecimento, distribuição de preservativos masculinos e disseminação de informação não são suficientes para mudar o comportamento das pessoas vítimas de muito preconceito e estigma (JARDIM, PERUCCHI, 2012).

É necessário conhecer como os(as) idosos(as) percebem e vivenciam a sexualidade para poder levantar informações que permitam construir um conhecimento sobre o assunto, com o objetivo de acabar com os mitos, tabus e informações errôneas, como por exemplo, o equívoco de que o uso de preservativo é apenas um método contraceptivo e não preventivo contra DST/AIDS (FRUGOLI; MAGALHÃES JÚNIOR, 2011).

Ademais, a prevenção da AIDS na população idosa é cercada de complexidade e representa desafios para as atuais políticas de saúde, Cambuzzi e Lara (2012) afirmam que para haver um maior alcance de suas ações, os programas de prevenção devem ser desenvolvidos em locais frequentados por este público com uma linguagem de fácil entendimento. E juntamente com estas ações de prevenção, realizar a capacitação de profissionais de saúde, o que possibilita ampliar o número de idosos mais orientados sobre o assunto.

Diversas são as dificuldades para promover mudanças significativas na vida das pessoas idosas, principalmente por causa de costumes e crenças que foram enraizadas ao longo dos anos. Todavia, é possível gerar hábitos saudáveis por meio de políticas públicas de saúde claras e eficientes, direcionando ações de prevenção especialmente aos idosos com relação à contaminação pelo HIV, promoção da educação sexual, fortalecimento da

identidade sexual e de gênero entre as pessoas idosas, estimulando, sobretudo a vivência saudável e plena da sexualidade na terceira idade, eliminando os mitos e preconceitos que envolvem essa questão (CARDOSO, 2009).

A ações em saúde também devem objetivar a conscientização da população de que o sexo é uma atividade natural e que também faz parte da vida das pessoas idosas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como mencionado ao longo dessa pesquisa, no início da década de 1980 emergiu a epidemia de AIDS e, com ela, uma série de dúvidas e medos sobre a doença, além de estigmas e discriminações para com as pessoas diagnosticadas com o vírus. Esse estigma está relacionado ao fato de os primeiros casos da doença terem sido registrados entre os homossexuais e usuários de drogas, intensificando ainda mais a exclusão social sofrida por este grupo.

Todavia, a epidemia da AIDS vem sofrendo inúmeras transformações em seu perfil com o passar dos anos, dentre as quais destacam-se os fenômenos de feminilização, heterossexualização, juventudilização, pauperização e envelhecimento.

Apesar das mudanças comportamentais gradativas sobre a prática sexual entre idosos, tais mudanças não são acompanhadas do incentivo à prática de sexo seguro.

Nesse sentido, a possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece ser invisível aos olhos da sociedade, e dos(as) próprios(as) idosos(as), por ainda ser muito estigmatizados(as), pois é como se fosse algo inconcebível que o(a) idoso(a), além de fazer sexo, ainda contraísse o vírus. Ademais, a falta de informação, como consequência do preconceito e a desinformação, deixa o segmento idoso mais propenso e vulnerável às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), dentre elas, o HIV.

No entanto, ressalta-se que a prática sexual não aumenta a vulnerabilidade dos(as) idosos(as) em relação à infecção pelo HIV, mas, obviamente, a prática sexual desprotegida, fato que é atribuído a todas as idades e não apenas aos(as) idosos(as).

Como mencionado, a sexualidade da pessoa idosa é pouco investigada na sociedade e entre os(as) profissionais de saúde tem-se a noção que sexo e sexualidade não existem na velhice. Além disso, as mudanças culturais e as novas tecnologias para o prolongamento da vida sexual não impediram a disseminação do estereótipo de idoso assexuado, influenciando não apenas os(as) próprios(as) idosos(as), mas, também, as políticas públicas e programas de investigação, pois a sociedade em geral não consegue enxergar o(a) idoso(a) como uma pessoa possível de ser infectada pelo HIV.

A indústria farmacêutica e a medicina têm feito progressos em recursos para potencializar e prolongar a vida sexual da pessoa idosa. As drogas de estimulação sexual garantem aos idosos um melhor desempenho na prática sexual, sem necessariamente estar associado à prática do sexo seguro. Estudos mostram que a descoberta destes medicamentos aumentou a qualidade e o número de relações sexuais entre adultos

maiores de 50 anos, mas, sem fazer acompanhar maior adesão ao uso de preservativos (SANTOS E ASSIS, 2011).

O uso do preservativo torna-se um obstáculo para homens e mulheres idosos. Homens possuem resistência ao uso da camisinha por temerem perder a ereção e ainda acham que só é necessário nas relações com profissionais do sexo. As mulheres, por sua vez, não sentem necessidade de exigir o uso do preservativo porque já perderam a capacidade de engravidar e consideram que não necessitam de prevenção. Para mulheres na menopausa, sexo sem preservativo é particularmente arriscado, devido ao ressecamento das paredes vaginais, que podem favorecer o surgimento de feridas que facilitam caminho para o HIV (SANTOS E ASSIS, 2011).

Envelhecer com o diagnóstico soropositivo ou contrair o vírus na velhice representa um desafio duplicado para quem enfrenta essa situação. Além de toda a carga sociomoral que carrega o(a) soropositivo(a) de qualquer faixa etária, na velhice algumas construções sociais contribuem para o aumento das dificuldades enfrentadas pelo idoso(a) soropositivo(a) (SALDANHA, *et al* 2008).

Alencar (2012) assinala que, frente à realidade de preconceito e discriminação, além do sigilo em relação à doença, os(as) idosos(as) geralmente contam sobre seu diagnóstico apenas para algumas pessoas do meio familiar. Isso, por um lado, traz dificuldades para o idoso no enfrentamento da doença, uma vez que a família constitui uma das mais importantes redes de apoio psicossocial.

Nesse sentido, sabemos que a família exerce um papel muito importante na vida do idoso. Todavia, cada família possui uma maneira de reagir frente ao diagnóstico da AIDS, e isto está condicionado à sua crença, cultura e regras. Dessa forma, é comum ver até mesmo o afastamento dos membros da família e de pessoas do convívio social do idoso. Isso é consequência da dificuldade da família em aceitar a doença, com medo da contaminação, da diminuição da renda devido aos gastos com o tratamento, da falta de conhecimento a respeito da doença e, até mesmo, dos tabus relacionados à sexualidade na terceira idade (VIEIRA; ALVES; SOUSA, 2012).

A AIDS tem ampla repercussão que atinge não somente o paciente, mas, também, todo o contexto sociofamiliar deixando de ser somente um problema médico, mas também social, econômico, psicológico e político.

A rede social de apoio em torno da pessoa soropositiva é de suma importância para que ela não se sinta sozinha durante o processo de enfrentamento da doença, que é marcado pelo preconceito e pelo abandono. O suporte da família faz com que a pessoa

que vive com HIV/AIDS enfrente a doença com menos medo e continue tendo sua vida, com uma condição que exige cuidados diários como qualquer outra doença crônica.

Cumprir mencionar, ainda, que com o aumento da longevidade e qualidade de vida dos idosos, percebe-se que esta população mantém sua vida sexual ativa, pois a velhice não é sinônimo de assexualidade. A sexualidade nesta fase da vida apresenta-se, por vezes, de forma diferente, não se resumindo a ato sexual apenas, mas, também, a trocas de afeto e experiências.

O prolongamento da vida sexual dos idosos reflete no aumento do número de casos de AIDS, comprovando a necessidade de se direcionar uma maior atenção para essa faixa etária. No entanto, observa-se que essa população ainda não é vista como vulnerável, devido ao fato da população mais jovem apresentar números mais expressivos em relação aos casos de infecção pelo HIV/AIDS. Nesse sentido, existe uma escassez de ações governamentais direcionadas para a população idosa, no que se refere ao controle e prevenção dessa doença.

A população idosa insere-se nas ações governamentais voltadas para todas as faixas etárias e, dessa forma, por diversas vezes o próprio idoso não consegue se enxergar como vulnerável, pois as campanhas abordam alguns temas que para eles já não fazem mais sentido.

Logo, as únicas duas campanhas criadas pelo Ministério da Saúde estão voltadas para a população a partir dos 50 anos, ou seja, é voltada somente em partes a população acima de 60 anos em análise nesse estudo. Apesar do reconhecimento da sexualidade na terceira idade, e até mesmo do incentivo da prática sexual, as duas ações de prevenção do Ministério da Saúde são escassas para dar conta desta problemática de saúde pública, ilustrando, assim, a vulnerabilidade programática que o público idoso está inserido.

Por se tratar de um tema emergente, a literatura publicada a respeito da temática HIV/AIDS e população idosa ainda é bastante limitada, principalmente no âmbito do Serviço Social, portanto enfrentamos a dificuldade de selecionar um vasto material sobre a temática.

Durante a pesquisa realizada, por meio da revisão bibliográfica, percebeu-se que o tema da sexualidade na velhice é pouco abordado pelos(as) profissionais de saúde, concentrando maior abordagem por profissionais das ciências biológicas.

A sociedade e os familiares que cercam os idosos ignoram sua sexualidade e, pela falta de informações, conseqüentemente, geram mais preconceitos, falsas ideias

sobre as mudanças que ocorrem durante o envelhecimento, sejam elas de aspectos físicos, sociais e/ou psicológicos.

Para que as pessoas idosas tenham seus direitos, vontades e desejos respeitados, uma iniciativa importante, enquanto assistentes sociais, é contribuirmos nessa discussão, desenvolvermos estudos acerca da sexualidade dos idosos, com o intuito a desmistificar o tabu que permeia esse importante tema.

Segundo Nonato (2017), o(a) assistente social pode contribuir na luta pela liberdade de expressão sexual dos idosos contra uma cultura que supervaloriza o corpo e o desempenho sexual, construindo estratégias emancipatórias de valorização da sexualidade enquanto expressão do ser que, apesar de ter envelhecido, também tem direito à afetividade e ao bem-estar que a sexualidade e o sexo produzem.

É imprescindível, por consequência, aumentar o debate sobre a sexualidade dos idosos, contribuindo para o aumento da rede de apoio aos idosos para que se sintam seguros e confortáveis em conversar sobre esse assunto com as pessoas que os rodeiam, sejam elas familiares, amigos, profissionais de saúde, e entre eles.

Com relação aos(as) profissionais da área da saúde, indicamos a importância de se ampliar a capacitação, inclusive do(a) assistente social, para a abordagem adequada dessa temática, junto aos(as) idosos, pois, de acordo com algumas referências bibliográficas utilizadas na elaboração do presente trabalho, isso nem sempre ocorre da maneira necessária. É extremamente importante que o atendimento ao idoso esteja livre de qualquer preconceito ou mito, para que a pessoa idosa seja vista na sua integralidade.

Não obstante a implantação de Políticas Públicas de Saúde no Brasil para a população idosa significarem um grande avanço, os direitos não são garantidos como deveriam ser, principalmente, nas políticas públicas em HIV/AIDS. A ausência de políticas de prevenção ao vírus nessa faixa etária configura-se como sendo uma realidade preocupante. A falta de abordagem preventiva neste público favorece a não realização do diagnóstico ou que este seja feito tardiamente.

É necessário que haja ampliação de campanhas de prevenção do HIV/AIDS para que contemplem, também, os(as) idosos(as) e não somente os(as) jovens, utilizando uma linguagem adequada para que estes possam compreender e aderir aos meios de prevenção de ISTs e AIDS.

Cumpre mencionar que não é, de modo algum, nossa intenção encerrar esse trabalho de maneira pessimista. Contudo, somos invadidas por uma profunda angústia ao observar um Programa brasileiro como o de HIV/AIDS – que já foi referência no mundo

– atualmente tão sucateado, em razão de um governo essencialmente anticientificista, conservador, reacionário, contrário à educação (do ensino básico à pós-graduação), retrógrado e cujas ações não encontram precedentes na história desse país.

Por fim, como uma das limitações para a realização deste trabalho, destacamos a dificuldade em se obter informações sobre as ações governamentais direcionadas para a população idosa. Espera-se, nesse sentido, ter contribuído com algumas reflexões e informações sobre essa temática, assinalando a importância do reconhecimento e, sobretudo, do respeito para com a pessoa idosa em nossa sociedade e como sugestão indicamos a produção de mais estudos sobre esse tema e, concomitante a isso, a ampliação e fortalecimento de políticas públicas na defesa do direito da expressão integral da população idosa, em todas as áreas da sua vida.

## REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam; CASTRO, Mary Garcia; SILVA, Lorena Bernadete da. Juventudes e sexualidade. Brasília: Edições UNESCO Brasil, 2004.

ALENCAR, Danielle Lopes de et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 3533-3542, 2014.

ALENCAR, Rúbia Aguiar; CIOSAK, Suely Itsuko. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 69, p. 1140-1146, 2016.

ALENCAR, Rúbia de Aguiar. O idoso vivendo com HIV/AIDS: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ALMEIDA, T.; LOURENÇO, M. Reflexões: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, v. 6, n. 2, 23 out. 2010.

ALONSO, F.R.B. (2005). O idoso ontem, hoje e amanhã. *Rev. Kairós*, 82. São Paulo: Educ.

ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de et al. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Revista brasileira de Epidemiologia*, v. 10, p. 544-554, 2007.

ARCOVERDE, M. A. M. A percepção da sexualidade do corpo idoso. 2006. 88 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais *Interface. Comunic, Saúde, Educ*, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, p. 123-138, 2003.

BOZON, Michel. *Sociologia da Sexualidade*. Brasil, FGV, 2004.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 05 de outubro de 1988*. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).

BRASIL. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. 2007.

BRASIL. *Estatuto do Idoso. Lei nº10.741, de 1ª de outubro de 2003*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004, 44p.



BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST 2020. 2020. Disponível: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaid-2020>

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes, Coordenação Nacional de DST e Aids. ed.1, Brasília, 1999.

BRASIL. Política Nacional do Idoso. Lei nº8.842, de 4 de janeiro de 1994. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

BRIGEIRO, Mauro. A emergência da assexualidade: notas sobre política sexual, ethos científico e o desinteresse pelo sexo. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana* ISSN 1984.6487 / n. 14 . ago. 2013 . pp.253.283 / Dossier n.2 / Brigeiro, M. /Disponível em: [www.sexualidadsaludysociedad.org](http://www.sexualidadsaludysociedad.org). Acesso em 18 de novembro de 2021.

CALDAS, José; GESSOLO, Kleber Maurício. AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública. In: O VIH/SIDA na criança e no idoso: actas do VII congresso virtual de HIV/AIDS. 2007.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. Os novos idosos brasileiros: muito além dos, v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004.

CAMBRUZZI, Cláucia; LARA, Gustavo Muller. HIV/AIDS em idosos brasileiros. *Revista Conhecimento Online*, v. 1, 2012.

CAPODIECI, Salvatore. A idade dos sentimentos: amor e sexualidade após os 60 anos. Tradução de Antonio Angonese. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2000.

CASTRO, N. M. S.; REIS, C. A. C. Sexualidade na terceira idade: não posso, não quero ou não devo. O mito da dessexualização das idosas e a influência da estereotipia negativa as mesmas e suas consequências na vida afetiva e sexual. p. 1-21, 2. *Revista de Iniciação Científica Newton Paiva*. 2002.

CEZAR, V, M; DRAGANOV. A história e as políticas públicas do HIV no Brasil sob uma visão bioética. *Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde*, v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014.

COSTA, Fernanda Ferreira; DA SILVA, Maria Aparecida. As Ações Nacionais de Prevenção contra HIV/AIDS em Idosos. *Revista EVS-Revista de Ciências Ambientais e Saúde*, v. 40, n. 4, 2014.

COUTINHO, Carolina; TOLEDO, Lidiane; COSTA, Katia; BASTO, Francisco Inácio. Prevenção da infecção por HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis em pessoas idosas. In: ROMERO, Dalia; CASTANHEIRA, Débora. Boas práticas na gestão de saúde da pessoa idosa: políticas públicas e promoção da saúde na prática do SUS. Rio de Janeiro: ICICT-Fiocruz, 2020.

DA FONSECA, Suzana Carielo et al. Sexualidade e Aids na terceira idade. Revista Kairós: Gerontologia, v. 14, n. Especial10, p. 181-204, 2011.

DEBERT, Guita Grin. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 12, n. 34, p. 39-56, 1997.

DIAS, A. C. G. Representações sobre a velhice: o ser velho e o estar na terceira idade, In: CASTRO, O. P. (Org.). Velhice, que idade é esta? Porto Alegre: Edit. Síntese Ltda, 1998.

FONSECA A. F. (2005). Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde, (pp. 183-205). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 11ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

\_\_\_\_\_. História da sexualidade I. 1999.

Galvão J. AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia (34ª Ed.). Rio de Janeiro: ABIA. 2000.

FRUGOLI, Angélica; JÚNIOR, Carlos Alberto de Oliveira Magalhães. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, v. 15, n. 1, 2011.

GALVÃO, Jane. AIDS no Brasil: agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34, 2000. 256 p.

\_\_\_\_\_. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos antirretrovirais: privilégio ou um direito? Cadernos de Saúde Pública [online]. 2002, v. 18, n.

\_\_\_\_\_. COLEÇÃO ABIA. Políticas Públicas, nº 2. 1980-2001. Uma Cronologia da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo. - Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

HEILBORN, M. L. & BRANDÃO, E. R. Introdução. In: HEILBORN, M. L. (Org.) Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1999.

HEILBORN, Maria Luiza (orgs.) Sexualidade: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 197-208, 2003.

IBGE. Retratos a revista do IBGE, Rio de Janeiro, n. 16, 2019. Disponível: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/d4581e6bc87ad8768073f974c0a1102b.pdf)

JARDIM, Laíse Navarro; PERUCCHI, Juliana. Encrências de gênero nas campanhas brasileiras de prevenção ao HIV/Aids para a idade adulta avançada. *Ex aequo*, n. 26, p. 103-117, 2012.

JARDIM, Viviane Cristina Fonseca da Silva; MEDEIROS, Bartolomeu Figueiroa de; BRITO, Ana Maria de. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*, v. 9, p. 25-34, 2019.

JUNQUEIRA, E. D. S. *Velho. E, por que não?* Bauru: EDUSC, 1998. p 96.

LAURENTINO, N., BARBOZA, D., CHAVES, G., BESUTTI, J., BERVIAN, S., & PORTELLA, M. 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.

LOURO, Guacira Lopes. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. 3ª edição- Belo Horizonte: Autêntica Editora, 9-17, 37-54, 126-150, 2013.

MACHADO, A. K.; Machado Alves, R. & Câmara de Oliveira, H. AIDS na terceira idade: fatores associados ao diagnóstico tardio e medidas de enfrentamento. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 10(59), 4474-4481. 2020

MACHADO, Dalva de Jesus Cutrim. Quem foi que Disse que na Terceira Idade não se Faz Sexo?. *Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas*, v. 24, p. 11-14, 2014.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, v. 9, p. 41-65, 2002.

MASCHIO, M. B. M., BALBINO, A. P., DE SOUZA, P. F. R. & KALINKE, L. P. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 583-589, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JÚNIOR, Carlos EA. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: *Antropologia, saúde e envelhecimento*. 2002. p. 11-24.

MIRANDA, A. A. Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos. In: *Direitos humanos e HIV/aids: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social; n. 6. Brasília DF. 2008

MOTA, Murilo Peixoto. A construção da homossexualidade no curso da vida a partir da lembrança de gays velhos. *Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades*, v. 6, n. 07, 2012.

NONATO, Alice Alves Menezes Ponce de Leão. Pisando em ovos: dificuldades dos assistentes sociais para falar sobre a sexualidade. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo6/pisandoemovosdificuldade>

sdosassistentesociaisparafalarsobreasexualidadenavelhice.pdf. Acesso em: 05 mai. 2021.

Oliveira, M. R., de Oliveira Araújo, M. H. P., Silva, M. I., & de Amorim, B. M. O. Invisibilidade e solidão: a figura do homossexual idoso no Brasil. 2021

PARKER, Richard. Introdução Em Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar Editor. 1997.

ROZENDO, Adriano; JUSTO, José Sterza. Velhice e Terceira Idade: tempo, espaço e subjetividade. Revista Kairós: Gerontologia, v. 14, n. 2, p. 143-159, 2011.

SALDANHA, Ana Alayde de Werba; FELIX, Shenia Maria Felício; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Representações sobre a Aids na velhice por coordenadoras de grupos da terceira idade. Psico-usF, v. 13, p. 95-103, 2008.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 14, n. 1, p. 147-157, 2011.

SANTOS, J. V. D. O; ARAÚJO, L. F. D; NEGREIROS, Fauston. Atitudes e estereótipos em relação a velhice lgbt. Interdisciplinar, São Cristóvão, v. 29, n. 1, p. 61 e 62, jul. 2018.

SERRA, Allan et al. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. Saúde em debate, v. 37, p. 294-304, 2013.

SILVA, Leandro César da et al. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 18, p. 821-833, 2015.

SILVA, Lucineide Santos; PAIVA, Mirian Santos. Vulnerabilidade ao HIV/Aids entre homens e mulheres com mais de 50 anos. In: Anais do VII Congresso Virtual HIV/Aids, Lisboa. 2006.

SILVA, Luna Rodrigues Freitas. Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional?. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 18, p. 801-815, 2008.

SIMÕES, J. A. Velhice e espaço político. In: LINS DE BARROS, M. (Org.). Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

SOUSA, Jailson L. Sexualidade na terceira idade: uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para disfunção erétil. DST j. bras. doenças sex. transm, p. 59-64, 2008.

SOUZA, Bruna Bezerra et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. JPMHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750, v. 1, n. 1, p. 23-26, 2010.

SOUZA, Mariana de et al. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde e Sociedade*, v. 24, p. 936-944, 2015.

TRINDADE, Mably. Violência Institucional e Transexualidade: desafios para o Serviço Social. *Revista Praia Vermelha. Estudos de Política e Teoria Social*, v. 25, nº 1, 2015b.

TRINDADE. Em Busca de Reconhecimento: limites e desafios dos processos de requalificação civil de pessoas trans no Rio de Janeiro. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2019. 346 f.

UCHÔA, Elizabeth et al. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. *Antropologia, saúde e envelhecimento*, p. 25-36, 2002.

VANCE, Carole S. A antropologia redescobre a sexualidade: um comentário teórico. *Physis: revista de saúde coletiva*, v. 5, p. 7-32, 1995.

VERAS, Renato Peixoto. Fórum envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde pública*, 2007.

VERAS, Renato Peixoto.; CALDAS, Célia Pereira. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciências e Saúde coletiva*, v. 9, n. 2, p. 423-432. 2004.

VIEIRA, Gabriel D.; ALVES, Thaianne C.; SOUSA, Camila M. Análise dos dados epidemiológicos da aids em idosos no estado de Rondônia, Amazônia Ocidental. *DST-Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 24, n. 1, p. 49-52, 2012.