

SEXUALIDADE NA TERCEIRA NA TERCEIRA IDADE: UMA DISCUSSÃO DA AIDS, ENVELHECIMENTO E MEDICAMENTOS PARA DISFUNÇÃO ERÉTIL

SEXUALITY IN OLD AGE: A DISCUSSION ABOUT AIDS, AGING AND MEDICINES FOR ERECTILE DYSFUNCTION

Jailson L Sousa¹

RESUMO

Tendências recentes da epidemia da aids vêm colocando um novo grupo etário em destaque na discussão de vulnerabilidade: os idosos. Com o crescente envelhecimento populacional, muitos investimentos têm sido feitos para melhorar a qualidade de vida desse grupo etário; no qual essa população começa a viver a vida em sua plenitude, com aumento das relações sociais e também, por que não, sexuais – já que a libido não acaba com o aumento da idade. A comercialização dos medicamentos para disfunção erétil em 1998 no Brasil trouxe a necessidade de discutir seu impacto numa parcela da população em contínuo crescimento - uma que não teve o hábito de lidar com métodos preventivos em décadas passadas. Sendo assim, o presente artigo tem como objetivo apresentar uma revisão da literatura científica atual, abordando os temas da sexualidade na terceira idade, medicamentos para disfunção erétil e a tendência crescente de aids entre idosos.

Palavras-chave: síndrome da imunodeficiência adquirida, envelhecimento, disfunção erétil, farmacoterapia, DST

ABSTRACT

Recent trends of the AIDS epidemic have been placing a new age group in evidence of the discussion about vulnerability: the elderly. With the increasing populational aging, many investments have been made to improve the quality of life of such age group; in which the population is starting to live life in its fullness, with increased social relationships and also, why not, sexual relationships – once sexual desire does not end when the people get older. The marketing of medicines for erectile dysfunction in 1998 in Brazil has brought the necessity to discuss their impact in a part of the Brazilian population which is increasing intensively – the one that did not have the habit of dealing with preventive methods decades ago. Thus, this paper aims to present a review of current scientific literature, approaching the issues of sexuality in the old age, the medicines for erectile dysfunction and the increasing of cases of AIDS among the elderly people.

Keywords: acquired immunodeficiency syndrome, aging, erectile dysfunction, drug therapy, STD

INTRODUÇÃO

Muitos investimentos têm sido feitos para melhorar a qualidade de vida dos idosos, onde essa população começa a viver a vida em sua plenitude, com aumento das relações sociais e, porque não, sexuais, já que a libido não acaba com o aumento da idade. Com isso, riscos antes característicos de faixas etárias mais jovens estão cada vez mais acometendo pessoas a partir dos 60 anos.

Atualmente, têm-se percebido mudanças no curso da epidemia de aids, e uma delas é o aumento do número de casos entre idosos. Apesar disso, as informações quanto à doença mostra que esses cidadãos ainda estão invisíveis no que diz respeito às políticas públicas de prevenção. Embora não seja a faixa etária mais acometida pela aids, os idosos são mais atingidos, em todo o país, até mesmo que adolescentes, considerados como um dos grupos prioridade pelos gestores: de 1980 a junho de 2006, 9.918 casos de aids foram notificados em idosos, contra 9.222 notificações entre adolescentes¹.

Com a estimativa do aumento expressivo no número de idosos, surge um grande desafio para o Brasil, o estabelecimento de políticas públicas e estratégias que possam garantir a qualidade de vida dessas pessoas. Portanto, questões como a aids e o envelhecimento devem ser aprofundadas de modo a fornecer subsídios tanto para os cuidados com os portadores do HIV e da aids, quanto no desenvolvimento de ações e programas de prevenção².

Dessa forma, estudos que se proponham a descrever prováveis fatores relacionados com a incidência do HIV e da aids nesse grupo etário, justificam-se por vários motivos. Primeiro, pela necessidade de se discutir a difusão indiscriminada dos medicamentos para a disfunção erétil em uma parcela da população cada vez mais crescente e que não teve o hábito de lidar com métodos preventivos em décadas passadas e que não se sente vulnerável as DST. Segundo, no que pese esses dados, a literatura científica relativa a riscos para o HIV, esteve predominantemente preocupada com as características de risco em outros grupos da população, como os adultos jovens, os adolescentes e as crianças. E por último, pela possibilidade de direcionamento de campanhas preventivas, focadas para este grupo populacional específico, até então excluídos das discussões de vulnerabilidade ao HIV e aids.

OBJETIVO

Apresentar uma revisão da literatura científica atual, abordando os temas da sexualidade na terceira idade, medicamentos para a disfunção erétil e a tendência crescente de aids entre os idosos.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão de literatura nas principais bases de dados científicos: Medline, Lilacs, Cochrane, Scielo e Pubmed. Utilizando os termos: “HIV”, “aids”, “envelhecimento”, “sexualidade”, “disfunção erétil” e “medicamentos para disfunção erétil”.

¹Mestre em Saúde Coletiva.

Instituição: Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) – Universidade Federal de Pernambuco.

Fomento: CAPES (bolsa de mestrado).

DISCUSSÃO

Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um dos maiores trunfos da humanidade e também um dos nossos grandes desafios. Ao entrarmos no século XXI, o envelhecimento global causou um aumento das demandas sociais e econômicas em todo o mundo³.

Esse processo de envelhecimento representa um marco na história das relações sociais, exigindo novas posturas do poder público e da sociedade como um todo, no sentido de tornar mais humanas as condições de vida daqueles que atingem a terceira idade⁴.

O fenômeno de envelhecimento da população mundial é o resultado do processo de transição demográfica, que é conceituado como a passagem de níveis elevados de mortalidade e fecundidade para níveis extremamente baixos desses dois componentes, ou como um processo de modernização global com base em determinado padrão demográfico “tradicional”, até sua conversão em um padrão demográfico “moderno”⁵.

Apesar de a ênfase ser dada ao declínio da mortalidade, a teoria de transição demográfica é, sobretudo, uma teoria da natalidade, considerada uma variável dependente do declínio da mortalidade. Além disso, o declínio da fecundidade e as variáveis econômicas influenciaram-se mutuamente no processo de transição demográfica⁶.

Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento foi um processo gradual acompanhado de crescimento socioeconômico constante durante muitas gerações. Já nos países em desenvolvimento, este processo de envelhecimento está sendo reduzido em duas ou três décadas. Assim, enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem, os países em desenvolvimento estão envelhecendo antes de obterem um aumento substancial em sua riqueza⁷.

Em todos os países, especialmente nos desenvolvidos, a população mais velha está envelhecendo também. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento⁷.

O Brasil poderá situar-se entre as seis maiores populações de idosos no mundo, no ano de 2020, com 33 milhões de pessoas com mais de 60 anos, o que representará 14% da população total nacional⁸.

A situação no Brasil faz eco com o panorama mundial, caracterizando-se, entretanto, por algumas particularidades. Contrariamente aos países desenvolvidos, onde o aumento da esperança de vida resultou da melhoria considerável das condições de vida das populações, no Brasil, muitos indivíduos estão hoje vivendo por mais tempo sem, necessariamente, dispor de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias⁹.

O processo de envelhecimento apresenta variações que são constituídas culturalmente nos diferentes grupos sociais de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças e valores. A visão clínico-biológica não contempla essa perspectiva, ao diferenciar as fases da vida em infância, juventude, fase adulta e velhice, seguindo uma ordenação linear cronológica de

transformações do corpo. Nesta seqüência ocorre uma progressiva deteriorização das funções vitais, em que o envelhecimento é caracterizado por um período de falência gradativa dos órgãos, agregado a características como tristeza, abandono, desrespeito, exclusão dos meios de produção, carências afetivas e materiais¹⁰.

Dessa forma, o envelhecimento natural foi erroneamente caracterizado como um estado patológico, o que estimulou muito mais a tentativa de combatê-lo que de entendê-lo⁵.

Nas últimas três décadas tem-se assistido a uma maior preocupação na realização de estudos sobre o idoso, o envelhecimento e a velhice. A importância se justifica pelo crescente aumento desta população no mundo, representando novas demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem em desafios para os governantes e as sociedades.

Sexualidade na maturidade

Sabe-se que a sexualidade na maturidade é um tema emergente e que tem despertado, mais recentemente, um grande interesse científico. Vale salientar, mais uma vez, que a idade não dessexualiza o indivíduo, o que existe na verdade são apenas modificações quantitativas da resposta sexual, ou seja, a vida sexual transforma-se constantemente ao longo de toda a evolução individual, porém só desaparece com a morte¹¹.

Até recentemente, ainda se acreditava que por volta dos 50 anos o declínio da função sexual era inevitável face à menopausa feminina e à instalação progressiva das disfunções da ereção masculina. Além disso, a atividade sexual perdia fatalmente seu objetivo de procriação e, portanto, sua justificativa social. A concepção pioneira de Freud (1905-1969) afirmando o prazer como objetivo da sexualidade humana liberou-a da obrigação de resultado pela reprodução. A tese de Freud veio a ser confirmada com a recente emergência do conceito de saúde sexual e com a dissociação progressiva do conceito de reprodução, o que coloca em evidência a autonomização da vida sexual e sua importância para a realização e o bem-estar dos indivíduos durante toda a vida¹².

Para compreender a problemática da sexualidade nos idosos é preciso levar em conta os cinco fatores básicos que afetam o comportamento e a resposta sexual em qualquer idade¹³:

- Saúde física: a doença pode reduzir ou impedir o interesse pela sexualidade em qualquer idade. Segundo um outro estudo¹⁴, raramente o equipamento sexual se deteriora no envelhecimento normal, impedindo os adultos maduros de permanecerem sexualmente ativos enquanto tiverem saúde.
- Preconceitos sociais: a psicogerontologia tem assinalado que a experiência subjetiva do envelhecimento é amplamente influenciada pela ideologia cultural. A crença na progressiva e generalizada incompetência, assim como na impotência sexual dos idosos, faz parte intrínseca destes estereótipos. Acuados 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.
- Auto-estima: na sociedade contemporânea, os valores culturais orientados para a juventude tendem a depreciar os indivíduos idosos em termos de sua aptidão e atração sexual, particular-

mente as mulheres¹⁵. 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 auto-estima¹⁶.

- Conhecimentos sobre a sexualidade: estudos¹⁴ 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 auto-estima baixa, ficam receosos de não conseguirem uma ereção e acabam evitando ter relações para não serem confrontados com a frustração.
- *sStatus* 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.

Os idosos são vistos como “anjos da guarda com um corpo diáfano”, liberados de todo traço de sensualidade. Está fábula deve ser preservada a todo custo; se preciso for, sob o controle dos filhos que se tornam, por sua vez, guardiões da supressão. Ocorre, assim, uma inversão dos papéis que ocupavam na adolescência. Os idosos são então compelidos a ocultar cuidadosamente todo e qualquer interesse sexual sob pena de serem socialmente desconsiderados e afetivamente rejeitados pela própria família¹³.

Junto a essa revolução, na qual as pessoas com mais de 60 anos passam a ver a vida em sua plenitude de existência e não apenas esperando a morte chegar, veio também a redescoberta da extensão do interesse sexual. Esse interesse encontrava-se subestimado por se associar ao início do declínio da atividade coital, nas relações sexuais. Porém, a sexualidade como interação física íntima tem comportamento vitalício e desenvolvimentos evolutivos que vão desde o nascimento até a morte, evidenciando o desejo sexual que permanece intacto e a persistência da vontade de intimidade e afetividade, tão reprimida na velhice¹⁷.

Em relação à aids, devido à problemática do envelhecimento passar por uma questão cultural e de exclusão, há um grande desafio no enfrentamento da doença nesta faixa etária. O preconceito e a dificuldade para se estabelecerem medidas preventivas, especialmente no que se refere ao uso de preservativos, ainda são mais graves que nos outros segmentos populacionais. O problema principal está focalizado no tabu social relacionado ao sexo nessa idade, onde se imagina uma dessexualização. Provavelmente por esta razão são elaboradas poucas campanhas para esse público. Estudos revelam que o desejo sexual permanece mesmo em pessoas mais idosas, dessa forma, instituir ações de prevenção a DST e aids nesse público torna-se indispensável¹⁷.

Há uma falta de identificação do idoso com as campanhas de orientação e prevenção da aids, que tem sempre como foco o

jovem. Então, o idoso não se considera como um doente em potencial.

Espera-se que junto com a dilatação da esperança de vida e do progresso científico e técnico que o homem tem sido capaz de pôr em marcha, haja uma evolução social e cultural e uma mudança das mentalidades capazes de integrar a sexualidade das pessoas idosas harmoniosamente em tais avanços.

Medicamentos para disfunção erétil

Com o aumento da erotização da sociedade é natural esperar também os problemas relacionados com a esfera sexual¹⁸.

Disfunção erétil, anteriormente chamada de impotência sexual, é a incapacidade persistente de obter e manter uma ereção suficiente para um desempenho sexual satisfatório^{18, 19, 20}.

Não é raro que a disfunção erétil seja confundida com a diminuição da libido, com os distúrbios da ejaculação e até mesmo com a esterilidade masculina. Os mecanismos responsáveis pelo funcionamento de cada uma das funções mencionadas são completamente diferentes e separados uns dos outros^{19, 20}.

Embora a disfunção erétil não apresente riscos à vida do indivíduo, pode provocar uma série de transtornos, como a diminuição da auto-estima, aumento da ansiedade, comprometimento do relacionamento social e depressão, entre outros. Tais transtornos podem acabar causando repercussões no estado geral de saúde do paciente¹⁸.

Para chegarmos ao estágio atual de discussão do problema, a jornada foi longa e progressiva no decorrer do processo histórico. No início do século XX, os transtornos relacionados à atividade sexual eram, simplesmente, ignorados. Até a década de 1940, a disfunção erétil era considerada como uma evolução natural para o homem ao envelhecer. Nessa época destacam-se as pesquisas de Alfred Kinsey sobre o comportamento sexual, que resultou no conhecido Relatório Kinsey, que chocou e revolucionou a conservadora sociedade americana. Na década de 1950, os estudos de William Master e Virgínia Johnson, sobre a fisiologia da resposta sexual humana, deram aos profissionais de saúde maiores subsídios sobre a sexualidade. Apesar disso, a quase totalidade dos casos ainda era considerada como tendo sua origem na esfera emocional. No campo do tratamento, a década de 1970 pode ser considerada como a época das próteses penianas. Nos anos 1980, cresceu o uso das injeções intracavernosas. A década de 1990 caracterizou-se pelo desenvolvimento das pesquisas de medicamentos de uso oral¹⁸.

Uma pesquisa¹⁸ classifica a disfunção erétil em três categorias: primária, secundária e circunstancial ou situacional. A primária se dá quando o indivíduo nunca conseguiu ter uma ereção ou apresenta o problema desde o início de sua iniciação sexual. Para os indivíduos onde o problema surge em uma determinada época da vida, sendo que antes apresentava ereções consideradas normais, consideramos a disfunção como secundária. Já a disfunção circunstancial ou situacional, é aquela em que o indivíduo consegue uma ereção com uma(um) determinada(o) parceira(o) ou em determinada condição, enquanto que com outra pessoa ou em outra situação a ereção não é possível.

A disfunção erétil pode ter sua origem em causas psicológicas (psicogênicas) ou físicas (orgânicas), ainda que não seja inco-

numa ocorrência de origem mista. Quando desencadeada por fatores psicológicos, pode levar, eventualmente, a uma disfunção erétil física e/ou vice-versa²¹.

Alguns urologistas acreditam que, de um modo geral, as causas da disfunção erétil são 70% dos casos ocasionados por problemas psicológicos e os 30% restantes, seriam decorrentes de problemas orgânicos²².

Dentre as causas físicas apontadas pela literatura para a disfunção erétil, podemos citar hipertensão arterial, doença isquêmica do coração, doença vascular periférica, idade avançada, *diabetes mellitus*, álcool e tabagismo, efeitos colaterais de drogas e medicamentos, malformações genéticas ou congênitas do órgão reprodutor masculino, bem como trauma ou cirurgia envolvendo o sistema nervoso ou o suprimento sanguíneo do pênis^{19,23}.

Com relação ao dimensionamento da população atingida, sabe-se que há uma importante subestimativa das estatísticas, pois apenas uma ínfima parcela dos portadores de disfunção erétil procuram tratamento. Essa não-procura pode envolver desde aspectos culturais à escassez de serviços especializados públicos ou privados, bem como a própria categoria médica apresenta suas dificuldades em lidar com o assunto. Médicos generalistas e de outras especialidades não foram treinados para lidar com o problema das disfunções sexuais, portanto, não estão acostumados a investigar as questões ligadas à esfera da sexualidade^{18, 24}.

Milhões de homens no mundo são acometidos pela disfunção erétil e as estatísticas mostram uma incidência de até 5% nos homens de 40 anos e até 25% nos de 65 anos. De modo geral, quase todos aqueles que são sexualmente ativos já experimentaram um episódio de disfunção erétil pelo menos uma vez na vida²⁵.

Alguns estudos demonstram¹⁸⁻²¹ que a disfunção erétil ocorre com mais frequência à medida que o indivíduo envelhece, porém não é uma consequência obrigatória do processo de envelhecimento.

O envelhecimento levará naturalmente a algumas alterações na resposta aos estímulos sexuais. O fato pode ser bem compreendido quando entendemos que as doenças que favorecem o aparecimento das disfunções sexuais ocorrem com maior incidência em pessoas de idade mais avançada²⁵.

Os tratamentos para a disfunção erétil são tão variados quanto as suas causas. Os procedimentos médicos mais utilizados para o tratamento são a psicoterapia, as próteses penianas, as cirurgias e os medicamentos, que podem ser por via oral ou por injeções locais no pênis^{18, 25}.

A vida sexual na terceira idade foi impulsionada, em 1998, com a introdução no mercado de medicamentos para a disfunção erétil. Os inibidores de fosfodiesterase 5 melhoram a ereção em 70 a 85% dos casos²⁵.

Apesar de vários tipos de medicamentos comercializados, dentre os principais, como citrato de sildenafil, vardenafila e tadalafila, a grande maioria desses medicamentos apresenta o mesmo mecanismo de ação, inibindo a enzima fosfodiesterase 5, provocando o relaxamento do sistema vascular de esvaziamento dos corpos cavernosos do pênis²⁶.

O princípio ativo dessas drogas são inibidores competitivos e seletivos da fosfodiesterase 5, a qual está presente nas células

musculares lisas do corpo cavernoso e dos vasos sanguíneos e nas plaquetas circulantes. A ação da enzima fosfodiesterase 5 é inativar a GMPc (monofosfato cíclico da guanosina), interrompendo o mecanismo da ereção. Em modelos animais, evidenciou-se que durante a estimulação sexual ocorre a ativação da GMPc, por aumento dos níveis de óxido nítrico no pênis, resultando na ereção peniana. Dessa forma, os medicamentos intensificam a ereção peniana, interrompendo a ação da fosfodiesterase de inibir a GMP cíclica. Assim, se não houver estímulo sexual (excitação), não haverá também ereção, isto é, as drogas para a disfunção erétil não aumentam o desejo (libido), apenas aumentam a resposta da ereção (manutenção) durante a excitação do homem²⁶.

Apesar da larga comercialização dessa nova categoria de medicamentos, ainda são escassos os estudos que se propõem a verificar seu impacto na vida sexual e na saúde dos usuários, pois se constata que essas drogas estão provocando uma verdadeira revolução na vida não só de homens mais jovens, mas principalmente em casais idosos, já que é uma parcela da população que conviveu muito pouco com métodos preventivos na adolescência ou na fase adulta e que não se enxergam mais como potenciais infectados por HIV/aids e outras DST.

Aids e envelhecimento

Em duas décadas e meia de epidemia, a aids já acarretou a morte de cerca de 25 milhões de pessoas em todo o mundo. Atualmente, o Unids estima em cerca de 40,3 milhões o número de pessoas infectadas pelo HIV no planeta, sendo cerca de 64% dos casos concentrados na região da África subsaariana²⁷.

No Brasil, foram notificados 371.827 casos de HIV/aids entre 1980 e junho de 2005. Hoje, estima-se que 600 mil brasileiros vivam com HIV/aids. Desses, dois terços nem sequer sabem que estão infectados, enquanto 161 mil soropositivos notificados estão em tratamento com medicamentos anti-retrovirais fornecidos gratuitamente pelo SUS²⁸.

Enquanto a aids é freqüentemente percebida como uma doença de pessoas na idade reprodutiva, indivíduos acima dos 60 anos de idade têm sua representação no total da epidemia da aids, em provável crescimento, a partir da estimativa de que pessoas com essa faixa etária têm, no mínimo, o sexo desprotegido como um fator de risco para contrair o HIV²⁹.

A aids acomete indivíduos de todas as idades, mas só muito recentemente tem sido dada ênfase às características da epidemia em pessoas com idades mais avançadas, pelo aumento da proporção de indivíduos mais velhos infectados com o HIV e o subsequente aumento do número de casos de aids nesse segmento populacional^{30,31}.

Em um estudo²⁹ verificou-se que cerca de 10% dos americanos com 60 anos ou mais tinham pelo menos um fator de risco para adquirir o HIV, e que proporções muito pequenas, nessa faixa etária, com comportamento de risco para adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DST), usavam preservativos durante o ato sexual. No que pese esses dados, a literatura científica relativa a riscos para o HIV, esteve predominantemente preocupada com as características de risco em outros grupos da população, como os adultos jovens, os adolescentes e as crianças.

A proporção de pessoas com aids que têm mais de 60 anos, na década de 1990, era de aproximadamente 11% do número total de casos no Canadá, de 10,9% na Austrália, e de 10% nos Estados Unidos da América. Mas, nesses mesmos países, em comunidades com grandes populações de pessoas mais velhas, estes valores podem subir para 15%^{29,31-34}.

Em praticamente todas as regiões do mundo o grupo etário mais acometido pela aids situa-se entre 25 e 44 anos; no entanto, o número de casos em indivíduos com 60 anos ou mais vem apresentando um crescimento tanto em número absoluto quanto proporcional nos últimos anos, inclusive no Brasil³⁵.

No Brasil, a incidência da aids na faixa etária de 60 a 69 anos subiu de 6,84 casos/100.000 habitantes em 1990, para 18,74 casos/100.000 habitantes em 1998³⁶.

O crescimento da aids em idosos é relacionado pelo Ministério da Saúde ao envelhecimento populacional e à melhora da qualidade de vida dessa população, prolongando, conseqüentemente, a vida social e sexual²⁶.

Estudos realizados em São Paulo^{36,37}, constataram um crescente aumento no número de casos de aids em idosos, com alto índice de mortalidade, decorrente, muitas vezes, de não se cogitar, precocemente, sobre esse diagnóstico na avaliação inicial dos pacientes.

Em um estudo da tendência da aids em pessoas com 50 anos ou mais (adultos maduros e idosos) no Brasil, foi detectado crescimento da incidência de aids de 3,13 em 1990 para 11,73 em 2003, para cada 100.000 habitantes, representando incremento de 375%. Esse crescimento foi acompanhado por todas as macrorregiões: 6.336% no Norte, 720% no Sul, 522% no Centro-Oeste, 405% no Nordeste, e 300% na região Sudeste. Outro aspecto importante da epidemia nesse grupo etário é que 84% dos casos de aids acumulados em todo o período estudado estão concentrados no Sudeste e no Sul, mostrando pouca participação das regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, demonstrando semelhanças com o início da epidemia em todas as faixas etárias, quando a magnitude da aids era característica dos grandes centros urbanos³⁹.

Ao se considerar a transmissão do HIV entre a população idosa, destacam-se importantes fatores biológicos que corroboram com a expansão da epidemia nesse segmento, dentre os quais a diminuição da função imune com a progressão da idade, mudanças vaginais pós-menopausa e a maior possibilidade de contrair outras doenças de transmissão sexual pela maior vulnerabilidade biológica e social desse grupo etário. As mudanças de ereção do pênis podem causar situações difíceis no uso do preservativo e, nas mulheres, as mudanças que acontecem na vagina, por causa da idade, podem fazê-las mais vulneráveis à infecção do HIV³⁰.

Os estudos da literatura^{30,39} apontam para uma provável influência retardada dos vários fatores listados acima, dentre eles os medicamentos para a disfunção erétil, como uma possível explicação para descrever a tendência de aids em idosos. Retardada porque, infelizmente, a não disposição de dados de infecção pelo HIV em idosos, já que a infecção não é objeto de notificação compulsória no Brasil, salvo os casos em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, dificulta a aná-

lise precisa da magnitude desses fatores na epidemia de aids, já que é bem claro na literatura que a enfermidade aids pode apresentar períodos de latência longos. Assim, a própria infecção pelo HIV, com certeza, seria mais sensível para a influência imediata desses tais fatores. Contudo, estudos que trabalham com a infecção pelo HIV se fazem a partir de estimativas e não de dados de notificação.

Em relação aos medicamentos para a disfunção erétil mais especificamente, os 6 anos analisados para o período posterior à introdução dos medicamentos para a disfunção erétil no país (1998), provavelmente são insuficientes para uma descrição mais fiel da sua possível influência na epidemia de aids em pessoas com 50 anos ou mais, embora a literatura aponte esses medicamentos como uma possível variável relacionada ao aumento de aids nessa faixa etária, necessitando de estudos futuros com metodologia apropriada que investiguem essa associação^{30,39}.

Em se tratando de mortalidade da aids, as pessoas mais velhas que adquirem a doença têm taxas maiores que os mais jovens⁴⁰, e assim como elas possuem uma sobrevida menor, têm também um período mais curto entre o início da infecção pelo HIV e o diagnóstico da aids^{31,41}. Estudos⁴² têm demonstrado que o curso da doença parece ser mais rápido com o aumento da idade e como causa de esse tempo ser mais rápido, o fato de a contagem de células TCD4+ cair para níveis mais baixos, mais rapidamente e, com isso, passar a existir um grande risco de progressão para a aids. Vários fatores são determinantes para a maior ou menor progressão da doença, entre os quais, o diagnóstico tardio, a conveniência da terapia anti-retroviral, os fatores socioeconômicos, o déficit de função dos órgãos, a função imune, o estado nutricional e o estado mental^{33,43}.

CONCLUSÃO

Tendências recentes apontam a necessidade de aprofundar a discussão sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids para grupos etários além de adultos, crianças e adolescentes, tidos como prioridades em se tratando desse agravo. Os idosos estão nesse novo grupo que urge pela inclusão em programas e ações de promoção e prevenção das DST/HIV/aids. Para uma abordagem mais integral da aids nessa população, há a necessidade, primeiro, de entender o processo biológico e cultural envolvido na sexualidade e o envelhecimento autônomo e saudável, no qual se vê atualmente a superação da figura de um idoso dependente, doente e esperando sua morte. A sexualidade tem que ser discutida com os idosos e estimulada dentro de uma prática saudável e sem estigmas, para que represente, assim, mais um fator que contribua para uma vida autônoma e plena dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Análise do banco de dados nacional de aids, 1980 a 2006 e gestante HIV+, 2000 a 2006. Boletim Epidemiológico Aids 2006; 3(1): 7-45.
2. Alves FAP. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior a 50 anos em Pernambuco, 1990 a 2000 [Dissertação Mestrado]. Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco; 2002.
3. Brundtland GH. Envelhecimento global: triunfo e desafio. In: Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. p. 60-72.

4. Campelo SO. Atendimento a saúde do paciente idoso no Hospital dos Servidores do Estado de Pernambuco [Monografia Especialização]. Recife, PE: Universidade de Pernambuco, Recife; 1998.
5. Santos SSC. Enfermagem Gerontogeriatrica: da reflexão à ação cuidativa. 2ª Ed. São Paulo: Robe Editorial; 2001.
6. Paes-Sousa R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500034&lng=en&nrm=iso Acessado em: 02/04/2006.
7. Kalache A & Keller I. The greying world: a challenge for the 21st century. *Science Progress* 2000; 83(1): 33-54.
8. Chaimowicz F. Os idosos brasileiros no século XXI: Demografia, Saúde e Sociedade. Belo Horizonte: Post Graduate do Brasil; 1998.
9. Kalache A. Os jovens e as pessoas idosas. Rio de Janeiro: Robe Editorial; 2006.
10. Heck MR, Langdon EJ. M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em uma comunidade rural. In: Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA. Antropologia, Saúde e Envelhecimento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
11. Lopes GP. Sexualidade humana. Rio de Janeiro: Medsi; 1989.
12. Giami A. Sexual health: the emergence, development and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research* 2003; 38(8): 919-923.
13. Vasconcellos D, Novo RF, Castro OP, Vion-Dury K, Ruschel A et al. A sexualidade no processo de envelhecimento: novas perspectivas – comparação transcultural. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000300003&lng=en&nrm=iso Acessado em: 19/03/2006.
14. Master WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown, 1970.
15. Leiblum SR. Sexuality and the midlife woman. *Psychology of Women Quarterly* 1990; 14(4): 495-508.
16. Macnab F. The thirty vital years. New York: Wiley, 1994.
17. Ribeiro, A. Sexualidade na terceira idade. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Neto M. Geriatria. São Paulo: Atheneu, 1996.
18. Berg OLD. Afinal, o que é disfunção erétil? Verdades e mentiras sobre a impotência sexual. Rio de Janeiro: Dunya, 2000.
19. Chew KK, Earle CM, Stuckey BG, Jamrozik K, Keogh EJ. Erectile dysfunction in general medicine practice: prevalence and clinical correlates. *Int. J. Import. Rev* 2000; 12(1): 41-45.
20. Fedele D, Coscelli C, Cucinotta D, Forti G, Santeusano F et al. Incidence of erectile dysfunction in Italian men with diabetes. *J. Urol* 2001; 166(1): 1368-1371.
21. Yassumoto G, Bezerra CS, Facio Junior FN, Azoubel R. Avaliação da função erétil e da qualidade de vida sexual em pacientes com insuficiência renal crônica em tratamento dialítico no Hospital de Base de São José do Rio Preto – FAMERP. *Ciências da Saúde* 2004; 11(2): 67-69.
22. Fabbri A, Caprio M, Aversa A. Pathology of erection. *J Endocrinol Invest* 2003; 26(3): 87-90.
23. Rodrigues MAF, Neto AF, Fittipaldi JAS, Moreira Jr. ED. The epidemiology of erectile dysfunction and its correlates in men with chronic renal failure on hemodialysis in Londrina, southern Brazil. *Int J Impot Rev* 2002; 14(2): 19-26.
24. Cerqueira J, Moraes M, Glina S. Erectile dysfunction: prevalence and associated variables in patients with chronic renal failure. *Int J Impot Rev* 2002; 14(2): 65-71.
25. Silva JM. Disfunção Erétil. Disponível em: <http://www.unimeds.com.br/layouts/capa/tematico>. Acessado em: 08/02/2006.
26. Nogueira DM. Disfunção Erétil. Disponível em: <http://www.uro.com.br/viagra.htm>. Acessado em 10/01/2006.
27. Lopes CR. A epidemia mudou e o mundo também. *Radis* 2005; 40: 10-16.
28. Lopes CR. Os novos números da epidemia. *Radis* 2006; 41: 9-11.
29. Stall R & Catania J. Aids risk behaviors among late middle aged and elderly americans. *Archiv Internal Medicine* 1994; 154: 57-63.
30. Linsk NL. HIV older adults: age-specific issues in prevention and treatment. *The aids Reader* 2000; 10(7): 430-440.
31. Butt AA, Dascomb KK, Desalvo KB, Bazzano L, Kissinger PJ et al. Human immunodeficiency virus infection in elderly patients. *Southern Medical Journal* 2001; 4(94): 397-400.
32. Ship JA, Wolff A, Selik RM. Epidemiology of acquired immune deficiency syndrome in persons aged 50 years or older. *J. Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1991; 4(1): 84-88.
33. Ferro S & Salit IE. HIV infections in patients over 55 years of age. *J Acquired Immunodeficiency Syndrome Human Retrovirol* 1992; 5(4): 348-353.
34. Kernutt GJ, Price AJ, Judd FK, Burrows GD. Human immunodeficiency virus infection, dementia and the older patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1993; 27: 9-19.
35. Sanches K. Características epidemiológicas dos casos de aids em idosos no Estado do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiologia* 2002; 2(1): 308-315.
36. Matsushita RY & Santana RS. Uma análise da incidência dos casos de aids por faixa etária. *Boletim Epidemiológico AIDS* 2001; 14(2): 3-5.
37. Noritomi DT. Mortalidade por aids na cidade de São Paulo. In: Anais do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 1997.
38. Gorzoni ML. Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) em idosos assistidos em um hospital geral. In: Anais do Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 1997.
39. Sousa JL, Silva MDP, Montarroyos UR. Tendência de AIDS no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução dos medicamentos para disfunção erétil: Brasil, 1990 a 2003. *Rev Bras Geriatria e Gerontologia* 2007; 10(2): 203-216.
40. Brito AM. A epidemia da aids em Pernambuco: sobrevida dos doentes no período de 1983 a 1995 [Dissertação Mestrado]. Recife, PE: Universidade Federal de Pernambuco, 1997.
41. Martin JN. Effect of older age on survival in human immunodeficiency virus (HIV) disease. *American J Epidemiology* 1995; 142(11): 1221-1230.
42. Phillips AN. More rapid progression to aids in older HIV – infected people: the role of CD4+ T-cell counts. *J. Acquired Immunodeficiency Syndrome Human Retrovirol* 1991; 4(2): 970-975.
43. Justice AC, Weissman S. The relationship between age and clinical course of HIV infection. In: *HIV/Aids and Aging Conference* 1997, Bethesda, 1997.

Endereço para correspondência:

JAILSON LOPES DE SOUSA

Avenida Múcio Uchôa Cavalcanti, 510 Bloco B, Aptº 201,

Engenho do Meio. Recife-PE

CEP: 50730-670;

Tel: 55 81 3272-6005; 8743-2046

E-mail: jailsonsaudecoletiva@yahoo.com.br

Recebido em: 21/02/08

Aprovado em: 15/08/2008



Sociedade Brasileira de SBDST Doenças Sexualmente Transmissíveis

Ficha de Sócio

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel: () _____ Fax: () _____ E-mail: _____

CPF: _____ Carteira de Ident.: _____ CRM: _____

Instituição de Trabalho: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel: () _____ Ramal: _____ Fax: () _____

Cargo/Função: _____

Obs.: _____

VALOR DA ANUIDADE: R\$ 100,00

Assinatura: _____

IMPORTANTE:

- Este valor inclui a assinatura do **DST-JBDST**, com direito a receber gratuitamente, em seu domicílio, todos os números publicados no período de sua anuidade (em geral 4 exemplares) e atividades científicas com preços especiais.
- Enviar **cheque nominal e cruzado** para a **Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis**
Av. Roberto Silveira, 123 - Icarai - Niterói - RJ - CEP: 24230-150
- **Se residente em Estado que possui Regional, enviar o pagamento para a mesma:**
 - ALAGOAS:** SBDST - AL - Rua Barão de Anadia, 5 - Centro, Maceió, AL - CEP 57020-630 - A/C Dra. Cledna Bezerra
 - AMAZONAS:** SBDST - AM - Rua Codajás, 24 - Cachoeirinha - Manaus - AM - CEP: 69065-130 - A/C Dr. José Carlos G. Sardinha
 - BAHIA:** Av. Sete de Setembro 400 - Edifício Fundação Politécnica, Bloco B, Sala 62 - Salvador - BA - CEP 40060-903 - A/C Dr. Roberto Dias Fontes
 - CEARÁ:** SBDST - CE - Rua Carolina Sucupira, 770, aptº 202 - Aldeota - Fortaleza - CE - CEP: 60140-120 - A/C Dr. Ivo Castelo Branco Coêlho
 - ESPÍRITO SANTO:** SBDST - ES - Rua Jair Andrade, 315 - Praia de Itapoã - Vila Velha - ES - CEP: 29101-700 - A/C Dra. Maria Angélica Espinosa
 - GOIÁS:** SBDST - GO - Assoc. Méd. de Goiás, DPTO GO, Av. Mutirão, 2653 - Setor Marista - Goiania - GO - CEP: 74155-020 - A/C Dra. Rosane Alves
 - PARÁ:** ABCDST-PA - Av. Gov. José Malcher, 168/313, Nazaré, Belém, PA. CEP: 66035-100 - A/C Dr. Jorge Vaz
 - PARANÁ:** SBDST - SOGIPA - Rua Buenos Aires, 995, Curitiba - PR - CEP: 80250-070 - A/C Dr. Newton Sérgio de Carvalho
 - PERNAMBUCO:** SBDST - PE - Rua Benfca, 352 - Madalena - Recife - PE - CEP: 50750-410 - A/C Dr. Carlos Alberto S. Marques
 - RIO DE JANEIRO:** ADSTRJ - RJ - Av. Roberto Silveira, 123 - Icarai - Niterói - RJ - CEP: 24230-150 - A/C Dr. Mauro Romero Leal Passos
 - RIO GRANDE DO NORTE:** SDSTRN - Rua Raimundo Chaves, 1562, Res. West Park. BLV 84 Res. J 30. Candelária, Natal - RN - CEP: 59064-390 - A/C Dr. Jair Maciel
 - RIO GRANDE DO SUL:** SBDST - RS - Av. Duque de Caxias, 250 - Pelotas, RS - A/C Dra. Mariângela Silveira
 - RONDÔNIA:** ADSTRO - Rua Dom Pedro II, 637 s/409, Centro, Porto Velho, RO - CEP: 78900-000 - A/C Dr. Alberto Tibúrcio
 - SÃO PAULO:** SBDST - SP - Rua. Don Francisco de Campos Barreto, 145, Campinas - SP - CEP: 13092-160 - A/C Dr. Paulo Giraldo

