UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RÚBIA DE AGUIAR ALENCAR

*O IDOSO VIVENDO COM HIV/AIDS: A SEXUALIDADE,
AS VULNERABILIDADES E OS ENFRENTAMENTOS NA
ATENÇÃO BÁSICA*

São Paulo
2012

RÚBIA DE AGUIAR ALENCAR

**O IDOSO VIVENDO COM HIV/AIDS: A SEXUALIDADE,
AS VULNERABILIDADES E OS ENFRENTAMENTOS NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Fundamentos teóricos e filosóficos do cuidar

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Alencar, Rúbia de Aguiar

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

162 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Suely Itsuko Ciosak

Área de concentração: Enfermagem

1. Idosos 2. Profissionais da Saúde 3. Síndrome de imunodeficiência adquirida 4. Vulnerabilidade 5. Diagnóstico clínico I. Título.

Nome: Rúbia de Aguiar Alencar

Título: O idoso vivendo com HIV/Aids: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovada em: _____

Banca Examinadora

Prof Dr _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof Dr _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*Dedico, com todo o meu amor, este trabalho à **minha família...***

*A minha querida filhinha **Flora**, que nasceu durante esta trajetória, proporcionando-me viver o amor puro e incondicional. Obrigada, minha florzinha, por seus sorrisos, que alegraram ainda mais a minha vida.*

*Ao meu marido **Leandro**, uma pessoa maravilhosa, com quem tenho a oportunidade de compartilhar a minha vida. Obrigada por estar, também, ao meu lado durante todo o percurso da tese e por me fazer acreditar que sou capaz! Amo muito você... Meu Anjo!*

*Aos meus pais **Osmar Rubens e Vera Lúcia**, que me ensinaram que precisamos voar cada vez mais alto na busca de nossos ideais, pois, mesmo que isso nos leve para longe, temos a certeza da volta. Obrigada pela oportunidade de serem os meus pais e me ensinaram o verdadeiro valor da família e do trabalho.*

*Aos meus amados irmãos **Melina e Osmar Rubens Filho**, por todo carinho e cumplicidade, sempre; à minha sobrinha **Ana Luiza** e ao meu cunhado **Junim**.*

*A minha avó **Ismenia**, que, mesmo no seu jeitinho quieto de ser, torce muito por mim. Ao meu avó **Antônio** (in memoriam), que espero que receba a vibração de mais um momento especial em minha vida...*

*A família do meu esposo, que também é minha família, **Dona Fátima, Dr. Braz, Mariana, Fabiana, Danilo, Rubens e Tia Wilma**, que sempre torcem e se alegram por cada conquista por mim alcançada.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, que nos concede, a cada dia, uma página de vida nova no livro do tempo. Aquilo que colocarmos nela, corre por nossa conta. (Emmanuel)

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Suelly Itsuko Ciosak, pela simplicidade, pela inestimável dedicação, pelo carinho, seriedade e amor que me ofertou durante este percurso. Pela amizade sem barreiras, pelas oportunidades de aprendizagem e pelo cuidado dispensado para que eu pudesse superar obstáculos. Foi um privilégio ter ao meu lado uma pessoa tão especial!

Aos Profs. Drs. Lúcia Yasuko Izumi Nichiata e Marco de Tubino Scanavino, pela disponibilidade e valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

Ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EE-USP e ao serviço de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, em particular a Silvana Maximiano e Lúcia Aparecida Nepomuceno, por toda atenção dispensada durante o doutorado.

Aos idosos vivendo com HIV, enfermeiros e médicos, sujeitos da minha pesquisa, que confiaram a mim suas vivências.

A toda equipe do Hospital-dia HIV/Aids, que me receberam com muito carinho e não mediram esforços para me ajudar, em especial ao Dr. Domingos Alves Meira (in memorian), à Dra. Lenice do Rosário de Souza, ao Dr. Ricardo Augusto Monteiro de Barros Almeida, ao Dr. Alexandre Naime Barbosa, à Dra. Mônica Bannwart Mendes, à assistente social Maria José Fontes, à Enfa. Luciene Ferreira Daltin e ao funcionário André Eduardo Mioni..

À Fundação Organização Social UNI e à Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu, em especial à Enfa. Camila Cesar Winckler Diaz Baptista e à Enfa. Maria Cristina Heinzle da Silva Machado.

À Faculdade Marechal Rondon, em especial, à Carla Regiani Conde (Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem) e ao Jefferson Capeletti (Diretor Acadêmico), que me proporcionaram condições para desenvolver a tese.

Aos colegas de trabalho, que direta e indiretamente participaram da minha trajetória e me impulsionaram a superar dificuldades, em especial a Lucía, Carla, Patrícia, Noeli, Flavinha, Tatiane, Amanda, Rafael, Flávia e Solange.

Aos meus alunos, que compartilharam comigo esta fase da minha vida, em especial Fernanda Cristina Basques e Bianca Fioravanti Nicolosi Garcia. Muito obrigada pelo carinho e pela descoberta de novas amizades.

À Marta Andrade, por toda dedicação, ajudando-me a entender que, se cada um de nós consertarmos de dentro o que já está desajustado, tudo por fora estará certo.

A Jeniffer Meire Ramires e Simone Soares da Silva, por cuidarem com tanta dedicação e carinho da minha filha e da minha casa durante a conclusão da tese.

“Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados.”

(Simone Du Beauvoir -1976)

ALENCAR, R. A. O idoso vivendo com HIV/Aids: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar as vulnerabilidades e os enfrentamentos dos idosos vivendo com HIV/Aids na atenção básica de saúde. Para realização da pesquisa, utilizou-se a abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico a abordagem psicossocial e emancipatória, segundo o conceito de vulnerabilidade baseada nos direitos humanos. O estudo foi realizado no município de Botucatu, em todas as unidades de saúde que adotam a Estratégia Saúde da Família e no Hospital-dia HIV/Aids, da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista. Participaram do estudo 11 idosos vivendo com HIV que descobriram a doença após os 60 anos, 12 médicos e 11 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas analisadas de acordo com o referencial da Análise de Conteúdo de Bardin, mais especificamente, a Análise Temática. Buscando entender as razões que levaram os idosos a estarem em situação vulnerável à infecção pelo HIV, foram adotadas para análise as seguintes categorias: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática. Foram encontradas como categorias empíricas: - Infecção e formas de contágio do HIV; - Enfrentando a soro positividade: o cotidiano dos idosos vivendo com HIV; - Acesso do idoso aos serviços de saúde x solicitação da sorologia para HIV; - Marcos da relação entre o profissional de saúde e o idoso; - Planejamento, compromisso e responsabilidade dos profissionais para com os idosos. A articulação das subcategorias que emergiram das categorias empíricas permitiu identificar duas categorias centrais: O viver com HIV/Aids e Diagnóstico Tardio. O conceito de vulnerabilidade no quadro dos direitos humanos possibilitou visualizar aspectos que podem contribuir para a emancipação psicossocial

do idoso. Para isso, é necessário reconhecer o idoso como um sujeito cidadão, sujeito sexual e sujeito de direito, abordando esse idoso e compreendendo-o como sujeito do seu cotidiano e de direitos. Conclui-se que, enquanto os serviços de saúde não englobarem os idosos como sujeitos coautores das ações direcionadas à prevenção das DST/Aids, poucos serão os avanços na luta contra a epidemia. São necessários, portanto, esforços dos organismos de saúde, por meio de programas específicos, e dos profissionais de saúde, que devem buscar o olhar sobre o idoso, incluindo sua sexualidade, para que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida deste segmento populacional.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Profissionais da Saúde. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Vulnerabilidade. Diagnóstico Clínico.

ALENCAR, R. A. The elderly living with HIV/Aids: sexuality, vulnerability and challenges in primary health care [Thesis]. São Paulo: Nursing School, São Paulo University; 2012.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the vulnerability and challenges of the elderly living with HIV/Aids in primary health care. In order to conduct the research, we followed the qualitative approach, having as a theoretical reference the psychosocial and emancipatory approach according to the concept of vulnerability based on human rights. The study was performed in Botucatu at all health units that adopt the Family Health Strategy and at the partial hospitalization for HIV/Aids of São Paulo State University Medical School in Botucatu. 11 elderly people who were diagnosed with HIV after their 60th birthday, 12 physicians, and 11 nurses working at Family Health Strategy took part in the study. The data were obtained with semistructured interviews analyzed according to Bardin's Content Analysis, more specifically Thematic Analysis. Seeking to understand the reasons that have made the elderly vulnerable to the HIV infection, we adopted for analysis the following categories: individual, social and programmatic vulnerability. We established as empirical categories: - HIV infection and forms of contagion; - Facing seropositivity: the daily life of the elderly living with HIV; - Access of the elderly to health services vs. request for HIV serology; - Milestones in the relationship between health professionals and the elderly; - Planning, commitment and responsibility of professionals towards the elderly. The articulation of the subcategories arising from the empirical categories enabled us to identify two central categories: Living with HIV/Aids and late diagnosis. The concept of vulnerability in the context of human rights enabled us to view aspects that can contribute to the psychosocial emancipation of the elderly. To that purpose, it is necessary to recognize the elderly as social, sexual, and rightful individuals, as actors of their lives and rights. In conclusion, unless health services engage the elderly in actions geared at

the prevention of STD/AIDS, there will be few advances in the struggle against the epidemic. Therefore, health organizations, by means of specific programs, and health professionals, who have to take the elderly into consideration, including their sexuality, should strive to contribute to a better quality of life for this demographic.

KEYWORDS: Elderly, Health Professionals, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Vulnerability, Clinical Diagnosis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico dos idosos que vivem com HIV e que tiveram a sorologia positiva após os 60 anos de idade e frequentam o Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” em Botucatu/SP – 2011.....61

Tabela 2 – Inserção e tratamento dos idosos que vivem com HIV e que tiveram a sorologia positiva após os 60 anos de idade e frequentam o Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” em Botucatu/SP – 2011.....65

Tabela 3 – Caracterização dos enfermeiros e médicos que atuam em unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Botucatu/SP – 2011.....68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Dimensões da vulnerabilidade fundamentadas nos Direitos Humanos.....48

Quadro 2 – Apresentação do referencial teórico, categorias analíticas, centrais, empíricas e subcategorias.....72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Taxa de incidência de Aids no Brasil de 1998 a 2010 (por 100.000 hab.) em pessoas com 60 anos ou mais, segundo sexo e ano de diagnóstico.....	38
--	----

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABHS	Hospital Associação Beneficente dos Hospitais Sorocabana
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sigla originada do inglês: Acquired Immunodeficiency Syndrome)
ARV	Antirretroviral
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla originada do inglês: Human Immunodeficiency Virus)
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SAEI/DAM	Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira”
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral altamente ativa
CD4	Linfócitos T CD4 <i>helper</i>
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	22
1.1 FENÔMENO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO	29
1.2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA SEXUALIDADE NA VELHICE	32
1.3 A FALSA CRENÇA DA ASSEXUALIDADE ENTRE IDOSOS	34
1.4 CONTEXTUALIZANDO A QUESTÃO DA AIDS E O ENVELHECIMENTO	36
2 OBJETIVOS	40
2.1 OBJETIVO GERAL	41
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
3 REFERENCIAL TEÓRICO	42
3.1 VULNERABILIDADE NO QUADRO DOS DIREITOS HUMANOS	43
4 CAMINHO METODOLÓGICO	51
4.1 CENÁRIO DE ESTUDO	52
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	54
4.2.1 Profissionais de saúde	54
4.2.2 Idosos vivendo com HIV	55
4.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	55
4.4 COLETA DE DADOS	56
4.4.1 Profissionais de Saúde	57
4.4.2 Idosos vivendo com HIV	57
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	58
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	58
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	59

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO	60
5.1.1 Idosos	60
5.1.2 Profissionais de Saúde	67
5.2 CONTEXTUALIZANDO A VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA	70
5.2.1 Vulnerabilidade Individual	73
A) Infecção e formas de contágio do HIV	73
B) Enfrentando a soro positividade: o cotidiano dos idosos vivendo com HIV	83
5.2.2 Vulnerabilidade Social	97
A) Acesso do idoso aos serviços de saúde x solicitação da sorologia para HIV	97
B) Marcos da relação entre profissional de saúde e o idoso	118
5.2.3 Vulnerabilidade Programática	125
A) Planejamento, compromisso e responsabilidade dos profissionais para com os idosos	126
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS	142
APÊNDICES	156
ANEXOS	161

APRESENTAÇÃO

Durante a Graduação em Enfermagem, o interesse em estudar mais profundamente a temática da sexualidade e DST/Aids ocorreu após o estágio extracurricular, no Ambulatório Especial de Moléstias Infectocontagiosas (atualmente o Hospital-dia do HIV/Aids), especificamente no atendimento a pacientes vivendo com HIV.

A partir desta oportunidade, comecei a refletir sobre a importância da Educação em Saúde para prevenção do HIV. Desde então, o interesse sobre sexualidade e DST/Aids foi emergindo durante o desenvolvimento de trabalhos científicos. Neste investimento, a educação preventiva foi a base fundamental destes estudos.

No entanto, durante o tempo da residência em Saúde da Família, notei a minha dificuldade em lidar com as questões da sexualidade junto aos pacientes. Sabendo que a sexualidade é parte intrínseca do ser humano e está presente em todas as etapas do ciclo da vida, acredito que o enfermeiro deva desenvolver uma abordagem adequada concernente ao assunto; para isso, é necessário ter embasamento suficiente sobre o tema nas diferentes fases da vida.

Foi com esse pensamento que houve o interesse em ingressar no mestrado, que foi desenvolvido na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, finalizado em 2007, cujo título foi “Pesquisa-ação sobre sexualidade e vulnerabilidade às IST/Aids com alunos de graduação em enfermagem”.

No mesmo ano, ingressei na Especialização em Sexualidade Humana da Faculdade de Medicina da USP, onde tive a oportunidade de sistematizar e aprofundar o conhecimento na área. Dando continuidade ao mestrado, o objetivo da monografia da especialização foi pesquisar, por meio da revisão de literatura, a abordagem ou não do tema da sexualidade humana nas escolas de ensino superior das ciências da Saúde.

Com intenção de dar continuidade na pós-graduação *strict sensu*, entrei em contato com a Profa Emiko Yoshikawa Egry, que me aconselhou a procurar a Profa. Suely Itsuko Ciosak.

Durante o encontro com a Profa. Suely, a docente mostrou seu interesse em estudar idosos e, como eu estava cursando a especialização em Sexualidade Humana, pensamos em desenvolver uma pesquisa sobre a

vulnerabilidade do idoso ao HIV, tendo em mente o problema do diagnóstico tardio para essa parcela da população.

Frente ao desafio de estudar os idosos, pois até o momento o meu estudo era voltado para os adolescentes, embarquei nessa viagem e adorei!

Durante a caminhada do doutorado, tive a oportunidade de fazer inúmeras disciplinas, no entanto a disciplina “Gêneros e sexualidades em contextos psicossociais diversos”, da Profa. Vera Paiva, foi responsável por me fazer entender melhor os conceitos de gênero e sexualidade através do campo das Ciências Sociais e da Saúde, além de conhecer os movimentos por direitos sexuais e reprodutivos estimulados pela epidemia do HIV/AIDS.

Nessa oportunidade, também conheci o referencial teórico da vulnerabilidade no quadro dos Direitos Humanos, que foi utilizado no presente estudo.

Atuo como docente da disciplina de Saúde Coletiva e Saúde da Família desde 2005 e nos últimos dois anos orientei trabalhos científicos, sendo que em alguns foram estudados as temáticas: sexualidade, DST/Aids e idosos. Dois trabalhos foram apresentados e premiados em congressos: em 2010, com o trabalho “Percepção dos idosos sobre a transmissão e prevenção das DST/Aids”, no 2º Simpósio Internacional de Aids e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da FMUSP, e em 2011, com o trabalho “Comportamento sexual e a vulnerabilidade às DST/AIDS: percepção das pessoas acima de 50 anos”, no VIII Congresso da Sociedade Brasileira de DST e IV Congresso Brasileiro de Aids.

Estudando os idosos vivendo com HIV e os profissionais de Saúde que atuam na ESF, tive a oportunidade de reavaliar a minha atuação como enfermeira na atenção básica, e acredito que a abordagem psicossocial e emancipatória abordada segundo o conceito de vulnerabilidade no quadro dos Direitos Humanos seja a escolha mais interessante para trabalharmos com as pessoas vivendo com HIV.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é sem dúvida um dos principais fenômenos do século 20 e faz parte da realidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Nos países desenvolvidos, o envelhecimento populacional está acontecendo associado às melhorias nas condições gerais de vida, graças às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de antibióticos e vacinas. Já nos países em desenvolvimento, tem ocorrido um rápido processo de urbanização, sem alterações da distribuição de renda e sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes (Kalache, 2007; Nasri, 2008).

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento faz parte das mudanças ocorridas nos indicadores de saúde, que pode ser observado pela queda da fecundidade e de mortalidade, aumento da esperança de vida e desenvolvimento tecnológico no tratamento de doenças, especialmente as doenças crônicas (Brasil, 2006; Ciosak et al., 2011).

A fecundidade apresentou redução quando comparada a década de 1960 com o ano 2000, quando a taxa de 6,28 caiu para 2,38 filhos por mulher. Em contraposição, a expectativa de vida, que era de 66,57 anos em 1960, passou a ser de 72,78 anos em 2008 (IBGE, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a proporção de pessoas acima de 60 anos está aumentando mais rapidamente do que qualquer outro grupo etário em quase todos os países (OMS, 2012). A política de saúde pública bem-sucedida e o desenvolvimento socioeconômico podem ser responsáveis pelo envelhecimento populacional, mas deve ser considerada a necessidade de políticas públicas que permitam o envelhecimento digno e saudável (São Paulo, 2011).

Para Silva (2003) e Rodrigues et al. (2007), o aumento da expectativa de vida do idoso no Brasil é decorrente da difusão de benefícios farmacêuticos, médicos e sanitários que caminham à frente das condições sociais, econômicas, culturais e políticas.

Nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, o envelhecimento é um indicador da melhoria da saúde global. Em 2025, o Brasil será a sexta maior população de idosos no mundo, com aproximadamente 32 milhões de

peessoas acima de 60 anos. Os idosos acima de 65 anos deverão responder por cerca de 15% da população brasileira no ano de 2050 (Nasri, 2008).

A população mundial com 60 anos ou mais é de 650 milhões, e estima-se que até 2050 chegará a dois bilhões, sendo a maioria deles localizada em países em desenvolvimento (OMS, 2011).

Embora o prolongamento da vida seja em si um demonstrativo de melhores condições de sobrevivência, o envelhecimento deve ser concebido com base em indicadores de qualidade da existência. Não basta viver muito, é importante viver bem.

Diante dessa perspectiva, entende-se que o envelhecimento bem sucedido é um fenômeno determinado por condições positivas de natureza biopsicossocial, cultural e espiritual, sendo evidenciado por bom estado de saúde, capacidade funcional física, mental e social, autonomia, senso de auto eficácia, autoestima e satisfação com a vida (Fernandes et al., 2011).

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos - senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga, doenças, acidentes e estresse emocional podem ocasionar uma condição patológica que requer assistência - senilidade (Brasil, 2006).

Para a OMS, o envelhecimento ativo é o processo de melhorar as oportunidades para ter um bem-estar físico, mental e social em toda a vida. O objetivo é aumentar a qualidade e a expectativa de vida em idades mais avançadas. É importante manter-se participativo, socialmente e mentalmente ativo, além de continuar a ser ativo fisicamente (OMS, 2001).

O grande objetivo do chamado envelhecimento ativo e saudável é fazer que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. Na 8ª Conferência de Saúde, foi definido que o conceito ampliado de saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social e de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de

vida (Brasil, 1986). Se o conceito de saúde for entendido de forma ampliada, torna-se necessária uma mudança no contexto atual, em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

Perante o contexto do envelhecimento da população brasileira, no ano de 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, por meio da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso. No ano de 2002, foi proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002). Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria/GM nº 399, o Pacto pela Saúde, no qual se inclui o Pacto pela Vida. Neste documento, a Saúde do Idoso apareceu como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (PNSPI), criada em 2006 pela Portaria GM nº 2.528, representando, assim a atualização da antiga Portaria nº 1935/94. A presente portaria estabelece que a atenção ao idoso terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável. Em 2009, por meio do Decreto nº 6.800, a Coordenação da Política Nacional do Idoso passa a ser de responsabilidade da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (Brasil, 2010).

As políticas com foco no envelhecimento ativo atuam no sentido da promoção de saúde, sendo considerada fundamental a abordagem das questões relacionadas à sexualidade (São Paulo, 2011). Partindo dessa perspectiva, fazem parte do cuidado ao idoso as demandas da sexualidade humana, que, mesmo sendo um tema ainda pouco explorado nos serviços de saúde e pelos profissionais de saúde, envolve mitos e preconceitos a serem vencidos (Gomes, Silva, 2008; Alencar, Ciosak, Bueno, 2010).

A sexualidade é uma dimensão importante do ser humano, incluída entre as necessidades humanas básicas, sendo essencial no atendimento holístico.

De acordo com a Declaração dos Direitos Sexuais, aprovada durante o XV Congresso Mundial de Sexologia, ocorrido na China em 1998, saúde sexual é um direito fundamental (Almeida, Silva, Araújo, 2005; Montero, Gonzalez, 2010).

Mesmo assim, a sexualidade do idoso acaba não sendo considerada parte integrante da vida cotidiana das pessoas mais velhas. O fato de a sexualidade em idosos ser pouco investigada cria na sociedade e mesmo nos profissionais de saúde a noção de que sexo e sexualidade não existem na velhice (Perez, Gasparini, 2005; Santos, Assis, 2011).

Essa visão contradiz os dados encontrados na pesquisa realizada no Estado do Mato Grosso, com 165 homens e mulheres entrevistados com idade entre 50 e 66 anos, 72,4% relataram atividade sexual nos seis últimos meses anteriores à pesquisa (Olivi, Santana, Mathias, 2008).

Um estudo sobre a vida sexual do brasileiro verificou que a média da relação sexual das mulheres acima de 60 anos é menos de uma por semana, mas que o desejado seria ter três relações sexuais. Os homens da mesma faixa etária têm 1,8 relações sexuais e gostariam de ter o dobro. Outro dado interessante, mas de certa forma preocupante, encontrado pela mesma autora é sobre o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Enquanto 88,8% de homens e mulheres entre 18 a 25 anos fazem uso do preservativo, apenas 31,7% dos idosos com idade igual ou maior que 61 anos utilizam sempre o preservativo (Abdo, 2004).

Fica explícito, portanto, que o desejo sexual permanece nas pessoas idosas. Acredita-se que o idoso deve ser encorajado e apoiado neste sentido, bem como ter a possibilidade de adquirir conhecimento sobre a sua sexualidade e o modo de prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), assim como receber um tratamento adequado (Silva, 2003; Oliveira et al, 2011).

Segundo o Boletim Epidemiológico da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e DST de 2011, enquanto na primeira fase da epidemia da Aids (1980/1997) foram notificados no Brasil apenas 2191 homens e 656 mulheres com AIDS, com idade superior a 60 anos, em momento posterior o número de casos nessa faixa etária vem crescendo

sistematicamente, chegando a 8355 homens e 5025 mulheres contaminados no período de 1998 a 2010. Até junho de 2011, foram identificados 64561 casos de Aids em pessoas acima de 50 anos, o que representa 10,6% do total de casos (Brasil, 2011).

Dessa maneira, observa-se que, em relação ao total de casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), está acontecendo um aumento substancial do número de idosos com essa infecção.

Diversos autores acreditam que o aumento gradativo da incidência de HIV/Aids em idosos poderia ser explicado por fatores ligados ao aumento da expectativa de vida ao nascer e à atividade sexual (devido, por exemplo, aos tratamentos de reposição hormonal para as mulheres e de impotência sexual para homens) e ao não-reconhecimento do risco pelos idosos e, conseqüentemente, a não-realização do sexo seguro (Pottes et al. 2007; Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007; Zornitta, 2008). Já outro pesquisador relata que os idosos que possuem maiores recursos financeiros para acesso aos prazeres (ter relação sexual com profissionais do sexo) e serviços disponíveis (boates, casas noturnas) têm uma vida sexual mais ativa (Zornitta, 2008).

O termo vulnerabilidade enfoca, basicamente, os 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-se, entretanto, que os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que estes indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência (Ayres, França Junior, Calazas, 1997; Ayres et al., 2009).

Silva e Takahashi (2008) enfatizam que o conceito de vulnerabilidade permite um olhar que contempla o papel do usuário, enquanto sujeito ativo no processo de intervenção, tanto no nível individual como no social, uma vez que, de posse dessas condições, ele pode elaborar representações que

orientam o seu comportamento, o que o torna menos ou mais vulnerável à infecção pelo HIV ou outra DST.

Muitas vezes, os idosos, por estarem em uma fase avançada da vida, não são vistos pelos profissionais de saúde como pessoas vulneráveis à infecção pelo HIV, pois acreditam que esses não sejam sexualmente ativos e muito menos que façam uso de drogas injetáveis. Assim, a visão distorcida da realidade em relação ao idoso é um dos fatores para o diagnóstico tardio do HIV.

Um segundo o fator é que os profissionais de saúde acabam por atribuir alguns sintomas do HIV a outras morbidades mais significativas na população idosa. Por fim, há ainda o fato de o idoso não se reconhecer como um indivíduo vulnerável às DST/Aids (Brañas, Serra, 2009).

Estes três fatores apresentados contribuem para o problema do diagnóstico tardio do HIV entre os idosos, sendo que o maior problema é o prognóstico ruim da doença, pois, no momento em que é realizado o diagnóstico, muitas vezes, o idoso já possui doenças oportunistas. Se o diagnóstico fosse realizado no início da infecção, o uso dos antirretrovirais certamente poderia contribuir para longevidade e qualidade de vida dessa parcela da população (Castilla et al., 2002; Nogueras et al. 2006; Nguyen, Holodniy, 2008; Brañas, Serra, 2009).

O diagnóstico precoce está diretamente relacionado ao modo como o profissional de saúde enxerga a sexualidade do idoso. A partir do momento em que esse profissional compreender a existência da sexualidade nessa faixa etária, poderão ser solicitados os exames para HIV e outras DST de uma forma natural, como se faz para os grupos etários mais jovens. O fato de solicitar o exame de HIV não diminui o número de infectados, mas permite que idosos com essa infecção possam iniciar precocemente o tratamento, melhorando o tratamento durante o percurso dessa infecção. Outro ponto importante é que, se os profissionais perceberem o idoso como um indivíduo sexualmente ativo, conseguirão abordar temas da sexualidade de uma forma mais natural, orientando e educando na prevenção. Assim, poderá haver uma diminuição dos casos de HIV entre os idosos.

Frente às questões apresentadas, o presente estudo visa a conhecer os motivos que levam os profissionais de saúde a solicitarem ou não o exame do HIV para a população idosa, bem como verificar as percepções e ações desses profissionais sobre a sexualidade do idoso. Espera-se ainda conhecer, também, a trajetória e os enfrentamentos dos idosos infectados pelo HIV.

1.1 FENÔMENO SOCIAL DO ENVELHECIMENTO

As várias etapas da vida são social e culturalmente construídas. Partindo desse pressuposto, acredita-se que as sociedades constroem diferentes práticas e representações sobre a velhice. Para que haja o entendimento do lugar social do idoso, é preciso compreender a forma como a sociedade organiza a estrutura, as funções e os papéis de cada grupo etário específico (Minayo, Coimbra Junior, 2002).

No presente estudo, utilizando como referência Minayo e Coimbra Junior (2002), a idade cronológica não será referenciada como um “objeto” naturalmente dado e imutável ao longo da história. A idade será evidenciada discutindo a sua forma de representação, partindo do princípio de que os sentidos e significados dados às idades da vida não são sempre os mesmos, pois fazem parte de uma construção sócio-histórica.

A partir do século XIX, algumas nomenclaturas foram utilizadas para denominar a velhice e o envelhecimento: “velho”, “velhote”, “idoso”, “terceira idade”, “melhor idade”, e assim estabeleceram diferentes significados, levando em consideração o momento histórico e o pertencimento social (Peixoto, 2000). No Brasil, houve uma substituição do termo “velho” (que denotaria uma pessoa envelhecida, com traços decadentes, frequentemente ocasionados pela pobreza), pelo termo “idoso”, que denota sinônimo de respeitabilidade e caridade com o velho (Silva, 2005).

Segundo Debert (2003), a “cronologização do curso da vida” culminou na elaboração de padrões da infância, da adolescência, da idade adulta e da velhice, os quais podem ser encontrados nas mudanças ocorridas no sistema de produção, assim como nas transformações ocorridas na

intervenção do Estado Moderno, em que questões da ordem privada e familiar transformam-se em problemas de ordem pública. Dessa forma, o Estado passou a determinar o que é permitido e proibido, do nascimento até a morte, da escolarização à aposentadoria, orientando ações e projetos individuais e coletivos.

Um exemplo dessas intervenções seria os programas voltados para a “terceira idade” ou “melhor idade”, desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, que por sua vez provocam a homogeneização e podem descaracterizar diferenças étnicas, sociais e de gênero presentes na velhice.

Em poucas décadas, o Brasil dobrou o nível de esperança de vida ao nascer, numa velocidade maior que nos países europeus, os quais demoraram 140 anos para o envelhecimento. Em 1900, a esperança de vida ao nascer dos brasileiros era de 33,7 anos; em 1950, de 43; em 1990, de 65; em 2000, de 70, e há previsão de que ultrapasse os 75 anos em 2025 (Veras, 1995; Minayo, Coimbra Junior, 2002).

De acordo com o Censo 2010 do IBGE, o percentual de idosos no Brasil cresceu nas últimas décadas e superou o número de crianças com até quatro anos. No ano passado, o país tinha 13 milhões e 800 mil crianças com até quatro anos, contra 14 milhões de pessoas acima dos 65 anos. Entre 1991 e 2010, o percentual de pessoas idosas no país aumentou de 4,8 para 7,4% da população. As regiões Sul e Sudeste são as que têm maior número de idosos, além de possuírem um percentual acima da média nacional: 8,1% da população (IBGE, 2010).

Minayo e Coimbra Junior (2002) enfatizam que o envelhecimento não é um processo homogêneo. Cada sujeito vivencia essa fase da vida de uma forma, levando em conta a sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero e etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas.

O processo de envelhecimento é pessoal e diferenciado. Netto (2004) considera que o envelhecimento humano faz parte de um padrão de modificações e não um processo unilateral, sendo a soma de vários processos entre si, os quais envolvem aspectos biopsicossociais. Para Rezende, Lima e Rezende (2009), cada ser humano irá envelhecer de uma

maneira, podendo assim o idoso optar por diferentes posturas e formas de ser e de se comportar diante deste processo.

A sociedade e mesmo os idosos observam o acontecimento do envelhecimento com estigmas da discriminação, deixando de enxergar o envelhecimento como um tempo produtivo específico da vida emocional, intelectual e social, e sem reconhecer o que há de importante e específico nessa etapa da vida (Lins-de-Barros, 2000).

Para Minayo (2006), existem três mitos que podem contribuir com o processo discriminatório da velhice. Em primeiro lugar, a redução da velhice ao processo orgânico e cronológico, desconsiderando que a vida é muito mais do que processos biológicos. O segundo é a consideração do velho com ser descartável e decadente. Por fim, a interpretação da velhice como um problema, atravessando todas as classes e instituições sociais.

A desnaturalização da velhice como problema, como doença e como lugar social estereotipado que o aparente lugar social lhe reservou “o recolhimento interior” (eufemismo para afastamento do trabalho); a “inatividade” (rotulação para aposentados(as)); a “prevenção de doenças na velhice” (medicalização da idade); ou as “festinhas da terceira idade” (infantilização dessa etapa da vida) (Minayo, 2006, p.49).

Um dos motivos para a visão depreciativa dos mais velhos, segundo Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002) é a ideologia “produtivista” que alimenta a sociedade capitalista industrial, para a qual, se uma pessoa não é capaz de trabalhar e de ter renda própria, de pouco ou nada serve para sua comunidade ou seu país.

Oliveira, Araújo e Saldanha (2006) também afirmam que na sociedade moderna a ênfase continua sendo dada à juventude e à capacidade de produção, ou seja, ser velho representa um afastamento do mundo social. Portanto, na sociedade brasileira, capitalista, a única maneira de o indivíduo não se sentir “velho” é ele se manter produtivo (Eiras, 2002).

Para a medicina e para a saúde pública, o envelhecimento tem se tornado sinônimo de problema. Mesmo sem ter as soluções dos problemas relacionados às crianças, adolescentes e aos trabalhadores, ambas terão de se equipar para dar conta de respostas eficientes relativas à prevenção de doenças e à atenção aos idosos enfermos (Minayo, Coimbra Junior, 2002).

Além disso, no Brasil, um país marcado pelas desigualdades, o processo do envelhecimento pode reforçar essas disparidades em termos de qualidade de vida e do bem-estar entre diferentes estratos da população, ajudando a aumentar a chance de exclusão dos idosos (Berquó, 1999). O elemento fundamental para garantir uma sobrevivência digna a todos os idosos é a inclusão do envelhecimento da população brasileira como parte das elaborações de novas políticas e na agenda de investigações científicas do novo milênio.

Para compreensão do fenômeno do envelhecimento, necessita-se de teorias e propostas que englobem o próprio idoso como um ator social. Como o envelhecimento é vivido de modo diferente de um indivíduo para outro, de uma geração para outra e de uma sociedade para outra, a elaboração de políticas públicas mais adequadas às características dos idosos devem levar em consideração as suas particularidades culturais (Minayo, Coimbra Junior, 2002).

1.2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA SEXUALIDADE NA VELHICE

A sexualidade na velhice ainda se constitui como um tema delicado para ser discutido no âmbito da pesquisa e no discurso acadêmico. Dessa forma, optou-se por estabelecer, de acordo com alguns autores, o modo como será interpretada a sexualidade nesse estudo.

Para Weeks (1999), a sexualidade é uma construção social, que naturalmente tem base nas possibilidades do corpo. Moore (1997) acredita que tanto o sexo quanto o gênero devem ser compreendidos como construções sociais.

Weeks (1999) considera que o sentido e o peso que atribuímos à sexualidade são modelados em situações sociais concretas. A sexualidade está envolvida nos modos pelos quais o poder atua na sociedade moderna, e esse poder também atua por meio de mecanismos complexos e superpostos que produzem dominação e subordinação no mundo da sexualidade, formando três eixos interdependentes: classe, gênero e raça.

Moore (1997) reafirma que gênero não é um único eixo de diferenciação social em uma sociedade, podendo haver diferenças explícitas entre as mulheres, devido a classe, raça, religião ou etnicidade. Isso faz que nem todas as mulheres sejam subordinadas aos homens.

Weeks (1999) enfatiza a diferença entre sexualidade e sexo, este entendido como um termo que descreve as diferenças anatômicas básicas internas e externas ao corpo do homem e da mulher. Ressalte-se que, embora essas distinções anatômicas sejam dadas ao nascimento, os significados a elas associado são históricos e sociais. Para Moore (1997), a distinção entre sexo biológico e gênero possibilitou demonstrar que as relações entre mulheres e homens e os significados simbólicos associados às categorias “mulher” e “homem” são socialmente construídos e não podem ser considerados naturais, fixos ou predeterminados. Portanto, as diferenças de gênero e as relações de gênero são cultural e historicamente variáveis.

O único propósito da sexualidade, segundo Gagnon (2006), é aquele que criamos numa data época e num dado lugar. O autor acredita que no indivíduo a tensão crucial é administrar a relação entre o público e o privado. O público são os cenários culturais e os roteiros interpessoais, enquanto o campo intrapsíquico é o campo privado.

O estudo de Gagnon (2006) tem como tema a vida erótica; para ele, a sexualidade é construída por causas sociais rotineiras. Ressalta ainda que a vida social consiste em atuações, ou seja, são pessoas atuando em espaços sociais. Os roteiros aproximam-se mais do performativo do que o discurso.

Dessa forma, acredita-se que a sexualidade na velhice não deva ser vista apenas como uma questão pessoal ou de foro íntimo, mas fundamentalmente como uma questão política, atravessada por relações de poder, negociação, dispositivos sociais e institucionais.

Paiva (2008) relata que a produção construcionista no campo da sexualidade conseguiu revolucionar o que é natural, universal e essencial. A autora enfatiza que a descoberta dessa sexualidade socialmente construída é inovadora, fato observado na interpretação dos novos desafios impostos com a epidemia da Aids, principalmente em contexto de desigualdade e violação de direitos.

Assim, como se vê, a abordagem construcionista possibilita o enfoque da prevenção baseada na análise de gênero e compreensão de cenários, cenas, scripts e trajetórias de sujeitos sexuais.

1.3 A FALSA CRENÇA DA ASSEXUALIDADE ENTRE IDOSOS

Acreditar que o idoso volta a ser criança e deixa de viver a sexualidade é um equívoco que pode ocultar a realidade dessas pessoas.

Em virtude da estigmatização da velhice, a sociedade, os familiares e os profissionais de saúde negam-se a pensar na sexualidade dos idosos, pois acreditam que esse seja um assunto particularmente repleto de preconceitos, atribuídos apenas às pessoas jovens em função de seu vigor físico (Gradim, Sousa, Lobo, 2007; Oliveira et al., 2011).

Todas as mudanças inevitáveis que ocorrem no processo do envelhecimento não necessariamente afetarão a vida sexual do idoso, pois, mesmo com essas alterações, eles poderão usufruir de uma relação sexual prolongada e o ato sexual poderá ser uma experiência sensual e prazerosa (Gradim, Sousa, Lobo, 2007). Não se deve esquecer de que, assim como ocorre o fenômeno do envelhecimento, a sexualidade é uma construção social, que naturalmente tem base nas possibilidades do corpo (Weeks, 1999).

Independentemente de todos os preconceitos e tabus referentes à sexualidade, os idosos conservam a necessidade sexual. Não existe idade na qual a atividade sexual, os pensamentos sobre sexo ou o desejo se esgotem (Brasil, 2006).

Até pouco tempo acreditava-se que, por volta dos 50 anos, ocorria o declínio da função sexual, face à menopausa feminina e à progressiva manifestação das disfunções da ereção masculina. Dessa maneira, a atividade sexual perdia fatalmente seu objetivo de procriação e, portanto, não se justificava a vida sexual no idoso, já que não poderia mais reproduzir (Vasconcellos et al., 2004).

A liberdade ideológica só pode tornar-se realidade com o descobrimento dos hormônios sintéticos e medicamentos para a disfunção

erétil, que impulsionaram a vida sexual do idoso. Para as mulheres, passou a ser possível tanto a contracepção quanto a terapia de reposição hormonal, que pode facilitar e manter a vida sexual prazerosa após a menopausa. Nos últimos anos, fármacos como o sildenafil e o tadalafil ajudaram o enfrentamento dos homens na dificuldade de ereção.

Dessa maneira, os progressos na área da saúde voltados para a sexualidade tentam minimizar as barreiras biológicas que afetam diretamente as pessoas na terceira idade (Papeléo Netto, 2002).

O estereótipo tradicional “velhice assexuada” vem sendo desafiado em decorrência da mudança sociocultural. A função sexual passou a ser vista como um componente vital para alcançar uma velhice saudável (Perez, Gasparini, 2005).

A crença de que o idoso não tem mais vida sexual leva muitos profissionais de saúde a não abordarem questões relativas à sexualidade. No entanto, com o aumento do número de casos de Aids nessa fase da vida, a sexualidade deixou de ser invisível (Lima-Costa, Barreto, 2003; Perez, Gasparini, 2005; Zornitta, 2008; Diniz, Saldanha, 2008).

Oliveira, Araújo e Saldanha (2006) apontam que há uma visão mecanicista do atendimento adotado por alguns profissionais de saúde, com a consequente subestimação dos aspectos psicológicos e sociais no tratamento dos indivíduos. Como a sexualidade é um tema complexo e envolve, acima de tudo, questões relacionadas aos sentimentos, esses profissionais, por não terem apreendido como lidar com tal fato, optam por não realizar essa abordagem junto ao paciente.

O fato de os idosos e da sociedade considerarem tabus os temas relativos à sexualidade e ao uso de drogas, minimizando a Aids como ameaça, levou muitos profissionais de saúde a não solicitarem o teste de HIV nos exames de rotina. Outros aspectos, como a associação dos sintomas a outras doenças, acabaram contribuindo para o diagnóstico tardio. Conviver com o vírus HIV na terceira idade traz consigo contradições e desafios a serem enfrentados, tornando visível o invisível (Araújo et al., 2007; Zornitta, 2008; Alencar, Ciosak, 2010b).

Por outro lado, a epidemia da Aids trouxe à tona novas questões para o campo de prática da saúde do idoso, entre as quais se destacam: a abordagem da sexualidade na terceira idade, o uso de drogas, os direitos humanos, o acesso aos serviços e os insumos de prevenção. Assim, quando se observa o número de idosos com Aids, um primeiro aspecto a ser abordado deveria ser a sexualidade das pessoas idosas, questão não exclusiva e relacionada com outros fatores que, também, são determinantes da infecção pelo HIV (Brasil, 2006; Sousa, Suassuna, Costa, 2009).

Santos e Assis (2011) enfatizam que, pior do que estigmatizar, discriminar ou lidar com o preconceito em relação à sexualidade e seus riscos após os 50 anos, é torná-la invisível.

1.4 CONTEXTUALIZANDO A QUESTÃO DA AIDS E O ENVELHECIMENTO

No começo da epidemia da Aids, a imprensa apresentava imagens dos pacientes vivendo com HIV em camas de hospital, em processo de total degradação. Desse modo, a categoria que passou a predominar foi a do paciente *aidético*, uma identidade estigmatizada. Depois surgiram as categorias *soropositivo*, *portador* ou *HIV-positivo*, sendo consideradas menos estigmatizantes e adotadas por muitos profissionais de saúde e pelas próprias pessoas com HIV/Aids (Valle, 2002). *Pessoas vivendo com HIV* tem sido a categoria unificadora e consagrada no movimento da sociedade civil em resposta à epidemia, assim como a noção de solidariedade, que busca envolver todos os brasileiros na luta contra a epidemia (Daniel¹, 1994 apud Paiva, 2009). Diante do exposto, como referência aos idosos infectados pelo HIV, será utilizado no presente estudo a categoria *idosos vivendo com HIV e com Aids*.

Para se compreender os aspectos sociais da complexa dinâmica da epidemia de HIV/Aids, há necessidade de se conhecer as dimensões do sexo, da sexualidade, das identidades sexuais e de gênero. Acredita-se que

¹ Daniel H. A alma do cidadão. In: Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, Parker R. A AIDS no Brasil (1982-1992). Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ Relume-Dumará; 1994.

tais concepções revelem o modo como cada sociedade e cultura relacionam-se com as questões do corpo, do desejo e do respeito às múltiplas identidades sexuais e de gênero (Silva, 2005).

Apesar de grandes esforços, a epidemia de HIV continua presente mundialmente. Em torno de 25% das pessoas permanecem sem ter conhecimento do seu estado sorológico (Klein et al., 2003; Lyons et al., 2008).

Os idosos, no início da epidemia da Aids, praticamente não foram acometidos. Nos primeiros cinco anos da epidemia no Brasil, apenas quatro casos foram diagnosticados em pessoas com 60 anos ou mais. Contudo, acreditava-se que o idoso não tinha vida sexual (Godoy et al., 2008). A Aids tem se mostrado uma epidemia multifacetada e de difícil controle. Um dos aspectos é o aumento silencioso da população com idade igual ou superior a 50 anos infectadas pelo HIV (Rodrigues, Praça, 2010).

Com uma menor porcentagem de casos entre os idosos, quando comparada com outras faixas etárias, a Aids no Brasil confere uma nova realidade à epidemia, uma vez que vem contrariando a tendência de estabilização e/ou a redução do número de casos registrados nos últimos anos (Feitoza, Sousa, Araújo, 2004; Dourado et al., 2006). O aumento no número de casos em idosos tem sido denominado de leve “envelhecimento” da epidemia (Godoy et al., 2008).

A relevância da epidemia pode ser evidenciada pela análise de dados epidemiológicos nacionais. Até junho de 2011, foram notificados 608.230 casos de Aids no país; destes, 2,76% dos casos corresponde a pessoas com 60 anos ou mais. Vale citar que a transmissão heterossexual, desde a notificação do primeiro caso de Aids, é a via de infecção predominante (Brasil, 2011).

É notável o aumento da taxa de incidência de Aids entre as pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, no Brasil, como pode ser observado na Figura 1.

Figura 1- Taxa de incidência de Aids no Brasil de 1998 a 2010 (por 100.000 hab.) em pessoas com 60 anos ou mais, segundo sexo e ano de diagnóstico.

Fonte: Boletim Epidemiológico DST/Aids, 2011.

Nos Estados Unidos, o número de casos de HIV entre pessoas maiores de 50 anos está aumentando exponencialmente desde o começo da epidemia. Atualmente 10% das pessoas que vivem com Aids têm 50 anos ou mais. No ano de 1990, havia 16.288 casos; em dezembro de 2001, 90.513 casos, e, no final de 2006, 280.000 pessoas infectadas. No futuro, em 2015, acredita-se que 50% das pessoas infectadas serão indivíduos com 50 anos ou mais. Na Espanha, desde o ano de 2000, duplicou-se o número de pessoas maiores de 50 anos infectadas pelo HIV (Brañas, Serra, 2009). Os autores ressaltam que a população idosa com HIV se constitui em dois grupos: pessoas que se infectaram em idade avançada e pessoas que se infectaram quando jovens, mas, devido ao uso da terapia antirretroviral altamente ativa (TARV), tiveram aumento da sobrevida.

A epidemia da Aids na população idosa tem algumas características, como a heterossexualização e a feminização, relacionados, sobretudo, à transmissão sexual. Dentre os fatores que podem estar contribuindo para esse novo perfil da epidemia, está o aumento da atividade sexual entre os idosos, a disposição de tecnologia que melhora e prolonga a vida sexual e a resistência em usar o preservativo (Santos et al., 2002; Links, 2000; Andrade, Silva, Santos, 2010).

Estudo realizado para identificar quais fatores podem ter propiciado a infecção pelo HIV em adultos com idade superior a 50 anos revelou que 73,07% dos idosos participantes de grupos da terceira idade já ouviram falar em DST e HIV/Aids, mas avaliam que não possuem risco de contrair estas doenças (Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007). Em outro estudo, com o objetivo de conhecer o comportamento sexual das pessoas acima de 50 anos, encontrou-se que 81,32% não fizeram uso de preservativo na última relação, 64,84% nunca utilizaram o preservativo nas relações sexuais e 67,03% acreditam que não apresentam risco de adquirir DST/Aids (Alencar, Ciosak, 2010a).

Como dito anteriormente, a sexualidade na velhice ainda é um assunto pouco discutido no campo da saúde, pouco conhecido e menos ainda entendido pela sociedade, pelos próprios idosos e pelos profissionais de saúde (Oliveira et al., 2011). Estes fatores, provavelmente, têm contribuído para o aumento no número de casos de HIV/Aids entre os idosos.

Frente a esse contexto, discute-se a necessidade de proporcionar espaços públicos onde as pessoas que envelhecem possam participar efetivamente da discussão dos problemas que os afligem nessa fase da vida, como a questão do HIV e da AIDS, assim como outros agravos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as vulnerabilidades e os enfrentamentos dos idosos vivendo com HIV/Aids na atenção básica de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o itinerário terapêutico dos idosos que vivem com HIV/Aids;
- Verificar como o idoso enfrenta a infecção pelo HIV/Aids;
- Verificar como o médico e o enfermeiro que atuam na rede básica reconhecem a sexualidade do idoso;
- Conhecer as situações nas quais os profissionais solicitam o teste do HIV para paciente idoso;
- Identificar as vulnerabilidades dos idosos frente à exposição e ao enfrentamento ao HIV/Aids.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 VULNERABILIDADE NO QUADRO DOS DIREITOS HUMANOS

Por acreditar que a epidemia da Aids responde a determinantes que vão além da ação patogênica de um agente viral específico é que o presente estudo tem como aporte teórico a abordagem psicossocial e emancipatória, abordada segundo o conceito de vulnerabilidade baseada nos Direitos Humanos.

O termo “vulnerabilidade” foi originário da área de advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem. Sua expressão penetra mais amplamente no campo da saúde em 1992, por meio do livro *Aids in the World*, publicado nos Estados Unidos e parcialmente reeditado no Brasil em 1993 (Mann, Tarantola, Netter, 1993).

Especificamente aplicado à saúde, o conceito de vulnerabilidade pode ser considerado o resultado do processo de progressivas interseções entre o ativismo da epidemia de Aids e o movimento dos Direitos Humanos. A utilização desse conceito na saúde pública contemporânea deu-se em tempo relativamente recente, no contexto da construção de respostas à epidemia de HIV/Aids (Ayres et al., 2009).

Mann, Tarantola e Netter (1993) e Ayres et al. (2006a) afirmam que a vulnerabilidade designa um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menor disponibilidade de recursos para sua proteção.

Antes da consolidação do conceito para a aplicação no campo da Aids, surgiram outros, como “grupo de risco” e “comportamento de risco”.

Com o aparecimento da Aids em 1980, houve grande empenho por parte dos pesquisadores em busca de explicações sobre a etiologia da doença e constatou-se que alguns grupos da população estavam adoecendo. Dessa forma, foram identificados quatro subgrupos, então chamados quatro Hs (homossexuais, hemofílicos, haitianos e viciados em heroína), nos quais a chance de se encontrar pessoas com Aids era significativamente maior. Em virtude dessa abordagem, ocorreu o isolamento sanitário de tais grupos, também chamados de aidéticos, como sendo os

únicos a receberem propostas de prevenção de como abster-se de ter relações sexuais, doar sangue e usar drogas injetáveis. Contudo, a abordagem do conceito de grupo de risco mostrou-se limitada, exaltando preconceitos e discriminação, tornando ainda mais difícil a situação social e clínica das pessoas já afetadas pela Aids (Ayres et al., 2009; Ayres, Paiva, França Junior, 2010).

O movimento gay norte-americano, que enfatizou o uso dos preservativos na política de prevenção, trouxe uma nova proposta para se evitar o isolamento sexual. Outras estratégias para a redução de risco também foram utilizadas, como o controle dos bancos de sangue, divulgação universal de informações sobre a AIDS, uso de preservativos, testagem, aconselhamento e estratégia de redução de danos para usuários de drogas (Ayres, Paiva, França Junior, 2010).

Contudo, as estratégias apresentadas acima passaram a enfatizar o conceito de comportamento de risco, que possibilitou a universalização, estimulando o envolvimento ativo das pessoas com a prevenção e o aumento das iniciativas para aliviar o estigma associado aos grupos de maior incidência. Porém, trouxe, também, aspectos negativos, como a tendência em responsabilizar exclusivamente os indivíduos que se infectaram por não terem aderido a um comportamento seguro. Dessa maneira, esses modelos comportamentalistas e individualizados foram criticados pelo movimento das mulheres e dos homossexuais, ressaltando que as medidas de prevenção, como o uso de preservativos, não estavam atreladas apenas a informação e vontade pessoal, mas dependia de outras questões de caráter social e interpessoal. Buscando compreender as bases sociais e implicações éticas e políticas por trás dos comportamentos de risco é que se originaram as discussões sobre o conceito de vulnerabilidade (Nichita et al., 2008; Bertolozzi et al., 2009; Ayres, Paiva, França Junior, 2010).

O conceito de vulnerabilidade considera, assim, a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultado de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que

acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento (Ayres et al., 2006a; Nichiata et al., 2008; Bertolozzi et al., 2009; Paiva, 2009).

Nesse contexto é que surgem os conceitos de vulnerabilidade individual, social e programática, que, de acordo com Paiva (2009), foram responsáveis por mudar a forma de compreender atualmente a epidemia da Aids, especialmente no Brasil, ajudando a superar as noções de “grupo de risco” e “aidético” dos primeiros anos da doença.

Segundo Ayres et al. (1999, 2009), para que as pessoas e as comunidades possam se defender do adoecimento ou participar da prevenção, são necessários diversos recursos de todas as ordens, sendo eles de alcance social e estrutural, considerando, além das ações governamentais, as dos movimentos sociais organizados e a adoção dos Direitos Humanos como referência ético-política.

Foi no final da década de 80 que o quadro dos Direitos Humanos foi nomeado, pela primeira vez explicitamente, como estratégia de saúde pública pela OMS, em resposta à epidemia da Aids. Diante de tal fato, foi possível dar ênfase à responsabilidade e à ação de governos e dos programas públicos de saúde, sendo responsável pelos determinantes contextuais e sociais no processo saúde-doença (Paiva, 2009; Ayres, Paiva, França Junior, 2010).

Baseado no exposto, França Junior e Ayres (2003) afirmam que pessoas e grupos que não têm seus direitos respeitados e garantidos têm piores perfis de saúde, de sofrimento, da doença e da morte. Gruskin e Tarantola (2008) asseguram que, onde há maior violação ou negligência dos direitos ao trabalho, como moradia decente, acesso a serviços de saúde de qualidade, à educação, ao lazer e ao viver a sexualidade como cada pessoa a define, encontra-se maior vulnerabilidade ao HIV e à Aids.

Dessa maneira, o quadro dos Direitos Humanos proporciona um ponto de referência para a análise da epidemia da Aids, porque identifica situações potenciais de vulnerabilidade e, se identificarmos populações e grupos marcados pela violação de direitos, torna-se um guia para planejamentos. (Paiva, 2006).

Para que haja superação da vulnerabilidade social, individual e programática ao HIV e à Aids, é necessário considerar cada pessoa como sujeito de direitos, assim como verificar o quanto e como os governos regulamentam, respeitam, protegem e efetivam os direitos consagrados nas definições de cidadania. Mantendo-se nessa perspectiva, em qualquer processo saúde-doença-cuidado serão identificados e inter-relacionados os que de alguma forma estão implicados nesse processo. É necessária a qualidade do processo nas relações baseadas nos Direitos Humanos para a redução da vulnerabilidade (Paiva, 2009, 2010).

As abordagens fundamentadas nos Direitos Humanos, incluídas oficialmente para intervir sobre processos de produção do adoecimento, precisamente no caso da pandemia da Aids², contribuíram “com um conjunto de princípios, normas, padrões e instrumentos que moldam políticas públicas e fortalecem a atribuição de responsabilidades”. Dessa forma, além do fortalecimento e da compreensão sobre os determinantes sociais no processo saúde-doença, como propõe o modelo da Promoção da Saúde, instituíram-se critérios para estabelecer prioridades com base nos princípios de justiça, equidade e dignidade e definição de quem se responsabilizar pelo processo decisório sobre essas prioridades (Gruskin, Tarantola, 2008; Ayres, Paiva, França Junior, 2010).

Segundo Ayres et al. (2009) e Ayres, Paiva e França Junior (2010), o conceito de vulnerabilidade baseado no quadro dos Direitos Humanos trouxe uma nova forma de apreender a epidemia da Aids, considerando os três planos analíticos interdependentes: vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática (Quadro 1):

- Vulnerabilidade individual: refere-se ao grau e à qualidade de informação que os indivíduos possuem sobre os problemas de saúde, a elaboração das informações e sua aplicação prática (Ayres et al., 2006b). Cada pessoa é concebida como sujeito de direitos, para depois identificar que aspectos da sua

² Foi incluído no plano estratégico de 1996 a 2000 da UNAIDS – o programa conjunto de Aids das Nações Unidas.

vida (físicos e psicossociais observados na dinâmica de sua vida cotidiana) as expõem à infecção ou ao adoecimento (Ayres, Paiva e França Junior 2010).

- Vulnerabilidade social: refere-se à estrutura econômica, às políticas públicas, em especial de educação e saúde, à cultura, à ideologia, às relações de gênero, raciais e entre gerações, às crenças religiosas e à religiosidade viva, à pobreza, à exclusão social ou aos modos de inclusão que mantenham a desigualdade (Nichita et al., 2008; Ayres, Paiva, França Junior, 2010).
- Vulnerabilidade programática: refere-se às políticas públicas de enfrentamento do HIV/Aids, assim como às políticas e às instituições, especialmente aquelas de saúde, educação, bem-estar social, justiça e cultura, que atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos em seus contextos (Nichita et al., 2008; Ayres, Paiva, França Junior, 2010).

O quadro da vulnerabilidade e dos Direitos Humanos vem destacar a perspectiva dos sujeitos e de seus contextos de intersubjetividade como a base necessária para identificar e transformar as relações sociais que produzem agravos e os meios para superá-los (Ayres, Paiva, França Junior, 2010). Dessa forma, a atenção psicossocial é a dimensão do cuidado mais adequada para o processo de emancipação, permitido reconhecer as pessoas como portadoras do direito à prevenção e apoiá-las como sujeitos de seu cotidiano (Paiva 2009).

Quadro 1 - Dimensões da vulnerabilidade fundamentadas nos Direitos Humanos

INDIVIDUAL	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
Reconhecimento da pessoa como sujeito de direito, dinamicamente em suas cenas	Análise das relações sociais, dos marcos da organização e da cidadania e cenário cultural	Análise de quanto e como governos respeitam, protegem e promovem o direito à saúde
Corpo e estado de saúde Trajetória pessoal <u>Recursos pessoais</u> Nível de Conhecimento Escolaridade Acesso à informação Relações familiares Redes de amizade Relações afetivo-sexuais Relações profissionais Rede de apoio social <u>Subjetividade</u> <u>Intersubjetiva</u> Valores (em conflito?) Crenças (em conflito?) Desejos (em conflito?) Atitudes em cena Gestos em cena Falas em cena Interesses em cena Momento emocional	Liberdades Mobilização e participação Instituições e poderes Relações de gênero Relações raciais e étnicas Relações entre gerações Processos de estigmatização Proteção ou discriminação sistemática de direitos <u>Acesso a:</u> emprego/ salário saúde integral educação/prevenção justiça cultura lazer/esporte mídia/internet	Elaboração de políticas específicas Aceitabilidade Sustentabilidade Articulação multi-setorial Governabilidade <u>Organização do setor saúde e dos serviços com qualidade</u> Acesso e Equidade Integralidade Integração entre prevenção, promoção e assistência Equipes multidisciplinares/ enfoques interdisciplinares Preparo tecno-científico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Participação comunitária na gestão dos serviços Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços Responsabilidade social e jurídica dos serviços

Fonte: Ayres, Paiva, França Junior (2010)

A abordagem psicossocial tem sido aplicada no campo da assistência aos portadores de sofrimento mental, em que há intenção de aprofundar a integralidade, que “cuida da pessoa e suas várias necessidades” e não leva em conta apenas um “problema” definido por alguma psicopatologia (Paiva, 2006, 2009).

Paiva (2009, p.46) apresenta oito pressupostos da abordagem psicossocial emancipatória para uma prevenção integrada ao cuidado:

1. A dimensão individual da vulnerabilidade ao adoecimento seja pensada como a do plano do sujeito de direitos e a de sujeitos da vida cotidiana.
2. A pessoa vivendo com HIV não será reduzida à sua condição biológica e comportamental/intrapsíquica; deve ser significada como sujeito-cidadão e portador de direitos;
3. As pessoas socialmente mais vulneráveis à infecção e ao adoecimento sempre dependerão de movimentos sociais que transformem mentalidades, que desnaturalizem a injustiça e a desigualdade ou iniquidade; dependerão da solidariedade e da mobilização social.
4. A atenção psicossocial deverá considerar os saberes técnicos como um ponto de partida para uma vívida interação e promover a inclusão no diálogo dos projetos pessoais de felicidade, assim como promover a compreensão do sujeito sobre o seu contexto e cotidiano, colaborando para sua realização.
5. Em encontros marcados pela ética do cuidado, devemos fazer o saber técnico-científico ser devolvido à sua condição de provisório e histórico.
6. Os saberes a serem compartilhados com pacientes na atenção psicossocial, na atenção integral, devem incluir, além das informações tipicamente biomédicas:
 - a. os fatos acumulados pela pesquisa social, e o que cada pessoa também sabe sobre o seu cotidiano e contexto sociocultural;
 - b. a compreensão de que a vulnerabilidade ao adoecimento é, também, resultado da negligência ou da violação de direitos.
 - c. saberes práticos, como “notícias” sobre os modos já experimentados por outras pessoas para lidar com conflitos de desejo, com valores e crenças contraditórias, com o medo do abandono, com a desinformação e a violação de direitos.

d. ênfase no poder que todos temos de ampliar repertórios, depois de identificar e decodificar cada contexto social e intersubjetivo, observar e compreender nossos atos (falas, gestos, práticas) como performance intersubjetiva.

7. Valorização da atenção psicossocial como parte do “tratar” e da promoção de direitos individuais e sociais.

8. Profissionais isolados não podem operar essa transformação se forem inconscientes das metáforas que construíram historicamente suas práticas e formação no campo do HIV/Aids ou se significarem as pessoas vivendo com Aids como “alvo” de suas práticas, definindo-as apenas como objeto de sua especialização e não como parte da solução.

A abordagem psicossocial e emancipatória no quadro da vulnerabilidade baseada nos Direitos Humanos permitiu reconhecer em cada sujeito a humanidade que nos iguala em liberdade e dignidade, defendendo a igualdade “sempre que a diferença gerar inferioridade e defendendo a diferença sempre que a igualdade implicar descaracterização” (Paiva, 2009; Santos, 2003 p.458).

4. CAMINHO METODOLÓGICO

Entende-se que, para trabalhar com a temática do idoso vivendo com HIV, a qual envolve crenças, hábitos, costumes, além da intimidade e privacidade, há a necessidade de uma abordagem diferenciada que pode ser mais bem explorada com o enfoque qualitativo.

Diante desse contexto, optou-se pela utilização do método qualitativo, que, segundo Minayo (2008), permite desvelar processos sociais referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Esse método se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças e das percepções. Para melhor conhecer as populações do estudo, foi utilizada a abordagem quantitativa para explorar os dados sócio demográficos.

Diante do conjunto de dados quantitativos e qualitativos, Minayo (1994) afirma que os mesmos não se opõem, mas, pelo contrário, complementam-se, uma vez que a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.

4.1 CENÁRIO DE ESTUDO

A escolha por desenvolver o estudo em Botucatu foi decorrente de dois aspectos que facilitaram a consecução do projeto: o fato de a pesquisadora residir na cidade há 13 anos e com isso já ter atuado na Atenção Básica do município, e a cidade possuir o Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” - SAEI/DAM, também, chamado de Hospital-dia HIV/Aids da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista (UNESP).

O município de Botucatu, localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, está distante a 240 km da capital e faz ligação com outras cidades pelas rodovias Castelo Branco e Marechal Rondon e pela linha férrea da antiga Fepasa. Sua extensão é de 1.522 km², com uma área urbana de 154 km². De acordo com a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), até 1º de julho de 2011, Botucatu possuía

129.234 mil habitantes, sendo que 13,36% correspondiam à população idosa com 60 anos ou mais (Fundação SEADE, 2012).

A atenção básica no município de Botucatu é formada por dois centros de saúde escola administrados pela UNESP, porém, o sistema de informação e os insumos são fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), seis unidades básicas de saúde (gestão da SMS) e 11 unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF), que estão locadas por 14 equipes de saúde da família. Estas unidades estão sob a gestão da Fundação Organização Social UNI. Ressalta-se que, no período da coleta de dados, uma unidade com ESF ainda não havia sido inaugurada.

Ainda faz parte da atenção básica o Espaço Saúde, também chamado de Núcleo de Gestão Assistencial, que possui serviços de apoio, como o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), programa de DST/Aids, clínica do bebê, farmácia municipal e algumas especialidades médicas, como: otorrinolaringologia, ortopedia, gastroenterologia, ginecologia, urologia e psiquiatria.

As unidades com ESF são responsáveis pelo atendimento de até 4.000 habitantes ou 1.000 famílias que façam parte da área de abrangência da unidade. Cada uma delas é composta por um enfermeiro, um médico, quatro a seis auxiliares ou técnicos de enfermagem, quatro a oito agentes comunitários de saúde, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais.

A atenção básica de Botucatu possui apoio matricial da equipe de saúde mental, composta por psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

Também fazem parte dos serviços de saúde o Hospital Misericórdia Botucatuense (não conveniado ao Sistema Único de Saúde), o Hospital Associação Beneficente dos Hospitais Sorocabana (ABHS), o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), da Universidade Estadual Paulista (UNESP), o Pronto Socorro Municipal, o Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) “Professor Cantídio de Moura Campos” (formado pelo Hospital Psiquiátrico, dois Centros de Atenção Psicossocial,

um ambulatório de saúde mental e uma oficina terapêutica) e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST).

A pesquisa foi desenvolvida em todas as unidades com ESF e no Hospital-dia HIV/Aids da FMB-Unesp.

O Hospital-dia HIV/Aids foi fundado no ano de 2004, sendo uma referência para acompanhamento e tratamento de casos de HIV diagnosticados na região. O serviço possui assistência multiprofissional, que inclui triagem, reuniões de grupo, pré-consulta de enfermagem, consulta médica, pós-consulta de enfermagem, orientação farmacêutica, terapia ocupacional, fisioterapia, psiquiatria, psicologia, ginecologia, assistência social e odontologia.

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

O presente estudo teve a participação de dois grupos populacionais: os profissionais de saúde (enfermeiro e médico) que atuam na ESF e os idosos vivendo com HIV que frequentam o Hospital-dia HIV/Aids.

4.2.1 Profissionais de saúde

Enfermeiros e médicos foram os profissionais de saúde escolhidos para este estudo, por serem os responsáveis pela solicitação do exame de HIV aos idosos, conforme protocolo estabelecido.

O Conselho Regional de Enfermagem (COREN) estabeleceu a regulamentação da consulta de enfermagem no âmbito nacional através da Lei nº 7.498/1986, bem como o Decreto nº 94.406/1987, que dispõem sobre a regulamentação do exercício de enfermagem (COFEN, 1986).

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) número 195/1997, estabelece sobre o exercício profissional no que tange a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiros (COFEN, 1997).

O município de Botucatu, respaldado pela resolução acima citada, elaborou o Protocolo de Assistência à Saúde, que é utilizado na Atenção

Básica do Município. Esse protocolo foi encaminhado ao COREN e aprovado. Dessa maneira, o enfermeiro tem autonomia para solicitar alguns exames aos pacientes, entre eles, o exame para HIV.

Para participar da pesquisa, os enfermeiros e médicos que atuam na ESF deveriam atender aos seguintes critérios: estar atuando na ESF há pelo menos um ano, realizar atendimento à população idosa e concordar em participar da entrevista, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

4.2.2 Idosos vivendo com HIV

Foram selecionados idosos com idade igual ou acima de 60 anos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, diagnóstico do HIV com 60 anos ou mais, conhecimento sobre a sua condição sorológica, contactuação com a realidade e condições de responder a entrevista, além da aceitação e participação da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, foram elaborados dois modelos de instrumento com questões semiestruturadas, sendo um para os enfermeiros e médicos (Apêndice C) e outro para os idosos vivendo com HIV/Aids (Apêndice D).

O roteiro de entrevista semiestruturada combina perguntas abertas e fechadas, em que o sujeito pesquisado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, enquanto o entrevistador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas e ficar atento para dirigir, no momento que achar oportuno, a discussão para o assunto que lhe interessa, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões, direcionando o tema e intervindo, a fim de que os objetivos sejam alcançados (Minayo, 2008; Boni, Quaresma, 2005).

O instrumento aplicado aos enfermeiros e médicos, em sua primeira parte, constou de dados sócios demográficos como: idade, sexo, religião,

tempo de formado, tempo que atua na rede básica e especificamente na ESF. Na segunda parte, constaram questões abertas que buscaram compreender como ocorria a solicitação do exame de HIV para o idoso, quais as circunstâncias que levaram a este ato, se o profissional saberia identificar o perfil do idoso que poderia contrair o HIV, como ocorria a abordagem da sexualidade durante as consultas, se reconheciam os possíveis sinais e sintomas do HIV/Aids e se desenvolviam ações educativas na ESF no campo da sexualidade, direcionadas aos idosos. Também incluía sugestões de ações dos profissionais de saúde para diminuir o número de idosos com HIV, bem como questões que verificariam se os profissionais acreditam ou não na necessidade de capacitação para trabalharem com a sexualidade dos idosos.

O instrumento elaborado para a coleta de dados com os idosos constou, da mesma forma, de dados sócios demográficos como: idade, sexo, religião, estado civil, profissão, renda, com quem vive, tempo de diagnóstico do HIV, tempo que frequenta o Hospital-dia HIV/Aids, o uso e o esquema de antirretroviral e o comparecimento nas consultas.

Partindo do princípio de que o diagnóstico do HIV ocorre tardiamente na população idosa, como pode ser constatado na literatura (Brañas, Serra, 2009; Oliveira et al., 2011; Driemeier et al., 2012), o instrumento buscou contemplar questões abertas que elucidassem o percurso percorrido até chegarem ao diagnóstico do HIV, assim como as mudanças ocorridas na sua vida após o diagnóstico.

4.4 COLETA DE DADOS

Diante da complexidade do assunto pesquisado e buscando aprofundar o conhecimento da temática estudada, optou-se por realizar a entrevista utilizando-se de um instrumento semiestruturado, já descrito acima, com auxílio de um gravador, cujo conteúdo posteriormente, foi transcrito na íntegra. Assim, com esses instrumentos, os entrevistados poderiam expressar suas percepções e sentimentos sem dispersão sobre a temática.

4.4.1 Profissionais de saúde

Buscou-se realizar as entrevistas com a totalidade dos profissionais das unidades com ESF, que, no período previsto para a coleta de dados, era constituída de 13 equipes.

Participaram desse estudo 11 enfermeiros e 12 médicos que atuam na ESF. Duas enfermeiras estavam de licença maternidade e um médico, de férias. Os profissionais foram convidados pessoalmente ou por meio de contato telefônico, ocasião em que eram explicados os objetivos e procedimentos da pesquisa. Todos os profissionais abordados aceitaram participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas com os profissionais de saúde nos consultórios na própria unidade com ESF e ocorreram no período de julho a dezembro de 2011.

4.4.2 Idosos vivendo com HIV

Em janeiro de 2011, foi solicitado ao Hospital-dia HIV/Aids uma lista de todos os pacientes que frequentavam o hospital. No total, havia 527 pacientes em atendimento; dentre esses, 30 com idade acima de 60 anos vivendo com HIV, sendo que 15 deles descobriram a sorologia positiva para o HIV com mais de 60 anos.

Utilizando os critérios de inclusão e exclusão expostos anteriormente, os 15 pacientes foram convidados a participar da pesquisa; desses, 11 fizeram a entrevista, pois dois pacientes não tinham conhecimento da condição sorológica e não tinham condições de responder as questões, enquanto outros dois não aceitaram participar.

Para realizar a entrevista, seguiu-se o agendamentos das consultas de rotina dos idosos no Hospital-dia HIV/Aids. A coleta de dados foi realizada de janeiro a junho de 2011. No dia da consulta, o paciente era abordado, explicando-se o objetivo da pesquisa, seguido de convite para participação. Todas as entrevistas foram realizadas nos consultórios no Hospital-dia HIV/Aids.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (Anexo A) e aprovada pelo Parecer nº 565/10)

Também atendendo a essa mesma resolução, todos os idosos e profissionais de saúde entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi escrito segundo as recomendações da Resolução 196/96, elaborado em duas vias, sendo a primeira via do sujeito da pesquisa e a segunda, arquivada pela pesquisadora.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sócio-demográficos foram analisados por meio de porcentagem simples e apresentados por meio de tabelas.

As respostas das questões abertas foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com o referencial da Análise de Conteúdo de Bardin, mais especificamente, a Análise Temática, que está diretamente ligada à afirmação, podendo ser apresentada por meio de uma frase ou mesmo uma palavra. Ao realizar a Análise Temática, visa-se encontrar núcleos de sentido do conteúdo que está sendo analisado (Minayo, 2008).

Seguindo as orientações de Minayo (2008), a análise se desdobrou em três fases: pré-análise, exploração do material e interpretação.

a) Pré-análise: nesta fase, realizou-se uma leitura flutuante.

b) Exploração do material: ocorreu logo após a pré-análise e consistiu em uma fase de operações de codificação, classificação e agregação, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. O investigador busca alcançar categorias que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

c) Interpretação: nesta fase, a partir dos significados encontrados, foram classificadas as categorias empíricas, centrais e analíticas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo teve a participação de 34 sujeitos, sendo 11 idosos que frequentavam o Hospital-dia HIV/Aids e 23 profissionais de saúde, sendo 11 enfermeiros e 12 médicos que atuavam na ESF do município de Botucatu.

Considerando as características da abordagem desta pesquisa e para facilitar a exposição, os dados coletados serão apresentados em dois tópicos: primeiramente a caracterização da população de estudo, tanto dos idosos como dos profissionais de saúde, seguida da contextualização da vulnerabilidade da pessoa idosa.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE ESTUDO

5.1.1 Idosos

Na população de pacientes idosos que vivem com HIV participantes da pesquisa, a faixa etária variou de 60 a 75 anos, com predomínio (45,4%) da faixa etária entre 66 e 70 anos, sendo a maioria (77,2%) do sexo masculino, numa relação de 2,7 homens para cada mulher (Tabela 1).

Os idosos tinham baixa escolaridade, sendo que 54,5% tinham ensino fundamental; 54,5% eram casados; as profissões predominantes foram caminhoneiros e trabalhadores rurais (lavoura/tratorista). Houve, como se esperava, maior número de aposentados e sem trabalho no momento da entrevista (63,6%), tendo como renda um a dois salários mínimos (45,5%) e vivendo com esposas e filhos (Tabela 1).

Estudo realizado num hospital de referência do Estado do Ceará, com o objetivo de descrever as características dos portadores da Aids em pessoas com 60 anos ou mais, mostrou que a faixa etária mais comprometida foi a de 60 a 69 anos (77,5%), e que 44,0% tinha baixo nível de escolaridade (Araújo et al., 2007).

Tabela 1 – Perfil sócio demográfico dos idosos que vivem com HIV e que tiveram a sorologia positiva após os 60 anos de idade e frequentam o Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” em Botucatu/SP – 2011

Caracterização	Masculino N = 8		Feminino N = 3		Total N = 11	
	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária (anos)						
60 — 65	3	37,5	0	0,0	3	27,3
66 — 70	2	25,0	3	100	5	45,4
71 — 75	3	37,5	0	0,0	3	27,3
Escolaridade						
Analfabeto	0	0,0	1	33,3	1	9,1
Ensino Fundamental	5	62,5	1	33,3	6	54,5
Ens. Médio Completo	1	12,5	1	33,3	2	18,2
Ens. Médio Incompleto	2	25,0	0	0,0	2	18,2
Estado Civil						
Casado	5	62,5	1	33,3	6	54,5
Viúvo	3	37,5	2	66,6	5	45,5
Profissão						
Vendedor de aço	1	12,5	0	0,0	1	9,1
Caminhoneiro	2	25,0	0	0,0	2	18,2
Caseiro	1	12,5	0	0,0	1	9,1
Pedreiro	1	12,5	0	0,0	1	9,1
Lavoura/Tratorista	3	37,5	1	33,3	4	36,4
Doméstica	0	0,0	2	66,6	2	18,2
Aposentadoria						
Sim	5	62,5	2	66,6	7	63,6
Não	3	37,5	1	33,3	4	36,4
Trabalha atualmente						
Sim	3	37,5	1	33,3	4	36,4
Não	5	62,5	2	66,6	7	63,6
Renda (Salário Mínimo)						
0 — 1	1	12,5	0	0,0	1	9,1
1 — 2	3	37,5	1	33,3	4	36,4
2 — 4	2	25,0	1	33,3	3	27,2
4 — 6	2	25,0	1	33,3	3	27,2
Com quem vive						
Esposa(o)	3	37,5	1	33,3	4	36,4
Esposa(o) e filhos	2	25,0	0	0,0	2	18,2
Filha(o), genro/nora e netos	0	0,0	2	66,6	2	18,2
Sozinho	3	37,5	0	0,0	3	27,3

De acordo com o Boletim Epidemiológico Aids e DST 2011 (ano base 2010), foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), 608.230 casos de Aids, acumulados de 1980 a junho de 2011, sendo 397.662 (65,4%) do sexo masculino e 210.538 (34,6%) do sexo feminino. O número de casos novos entre pessoas com 60 anos e mais no Brasil passou de 702, em 2000, para 1441, em 2010, um aumento de 105%. As pessoas com 60 anos ou mais correspondem a 2,7% dos casos de Aids no Brasil. A relação homem/mulher, em 1985, é, a cada 26 de homens, um é feminino. Em 2010, essa relação foi de 1,7 homens para cada caso em mulheres (Brasil, 2011).

Na presente pesquisa, acredita-se que devido ao pequeno número de idosos entrevistados, evidenciou-se uma relação homem/mulher diferente da encontrada em dados nacionais.

Dentre os indicadores mais importantes para mensurar os níveis socioeconômicos associados à saúde da população, estão o grau de instrução, a renda e a ocupação, variáveis que evidenciam os níveis de estratificação social (Kunst, Mackenbach, 1994; Fonseca, Szwarcwald, Bastos, 2002).

Fonseca, Szwarcwald e Bastos (2002), estudando a evolução temporal da epidemia de Aids no Brasil entre 1989 e 1997, no nível individual e tomando a escolaridade como variável indicadora da condição social, verificaram que a epidemia de Aids no Brasil teve início nos estratos sociais de maior escolaridade e depois se expandiu entre as populações com menor escolaridade, principalmente do sexo feminino.

Pesquisa sobre conhecimento relacionado à transmissão do HIV, práticas sexuais e comportamento de vulnerabilidade quanto à infecção pelo HIV, aponta que, quanto menor o grau de instrução, menor o percentual de acerto sobre conhecimento correto referente às formas de transmissão do HIV (Szwarcwald et al., 2005).

De acordo com Silva et al. (2011), o baixo nível de escolaridade, como o encontrado neste estudo, é um indicador importante para o aumento das taxas de idosos infectados, uma vez que pessoas com menos tempo de estudo tendem a assimilar as informações de forma inadequada, como foi dito. O reduzido acesso a informações faz que mais pessoas com menor escolaridade sejam atingidas pela Aids, que por sua vez tem se direcionado aos segmentos menos favorecidos da sociedade (Parker e Camargo Junior, 2000; Maia, Guilhem e Freitas, 2008).

Gabriel, Barbosa e Vianna (2005), estudando o perfil de uma população com Aids, entre 1988 e 1999, verificaram que, em pouco mais de 10 anos, o número de indivíduos com até o primeiro grau completo passou de 28,6% para 60,7%.

A escolaridade é uma variável importante de estratificação social, tornando os indivíduos com menor escolaridade mais vulneráveis ao HIV (Castilho, Rodrigues-Junior, 2004; Araújo et al, 2007; Sousa, Suassuna, Costa, 2009; Silva et al., 2011).

Assim, Batista et al. (2011) afirmam que a baixa escolaridade pode contribuir para uma deficiente apreensão do conhecimento sobre a doença, ainda que o indivíduo receba informações corretas e de fontes fidedignas.

Ferreira (2008) ressalta que apenas informações sobre Aids não são suficientes para que uma pessoa adote um comportamento protetor, mas que a falta de informações básicas contribui diretamente para o aumento da vulnerabilidade ao HIV/Aids.

Outra influência da baixa escolaridade está relacionada às opções de ocupação profissional, visto que baixos salários e uma condição socioeconômica precária influenciam o acesso a uma melhor qualidade na prevenção e assistência aos idosos com HIV/Aids (Pottes et al., 2007).

Apesar de a maioria dos sujeitos entrevistados terem baixas condições econômicas, muitos deles são responsáveis pela sustentação das casas, agindo como arrimo de família, como apontam dados do Censo 2000 e 2010 (IBGE, 2010). Dessa maneira, os recursos provenientes da aposentadoria desses idosos são muito importantes, pois grande parte deles é considerada chefe ou pessoa de referência no domicílio, mostrando a sua

importância social e econômica para a manutenção da família, desmistificando assim a tese de sua dependência econômica e inutilidade social (Silva, 2005).

Dentre todos os diagnósticos para HIV, apenas dois não foram realizados na Faculdade de Medicina de Botucatu, sendo um deles realizado na atenção básica e outro na cidade de São Paulo. Conforme aponta a Tabela 2, há idosos que descobriram a infecção há cerca de 8 e 11 anos e todos iniciaram o tratamento no serviço que realizou o diagnóstico. Dessa forma, a mesma tabela aponta que nem sempre o tempo de diagnóstico é igual ao tempo de acompanhamento no Hospital-dia HIV/Aids de Botucatu. Parte dos idosos faz uso da terapia antirretroviral altamente ativa (TARV) há mais de oito anos, sendo as drogas Bivir e Efavirenz as mais utilizadas no tratamento dos idosos. Nota-se também que todos os entrevistados apresentam um bom vínculo com a equipe de saúde do serviço, pois todos os idosos compareceram em pelo menos em 80% dos atendimentos (Tabela 2).

Estudo realizado com idosos entre 60 e 65 anos com HIV em dois serviços do Rio de Janeiro mostrou que o tempo de diagnóstico variou entre dois meses a 11 anos, e o de acompanhamento no serviço, de um a 10 anos. A autora explica que o intervalo entre a descoberta e o início do acompanhamento é caracterizado pela aceitação do paciente a sua nova condição de saúde (Gross, 2005).

O controle da infecção pelo HIV está associado ao uso correto dos antirretrovirais (ARV). Os principais objetivos do tratamento antirretroviral são: reduzir morbidade e mortalidade associadas ao HIV, melhorar a qualidade de vida, preservar e, quando possível, restaurar o sistema imunológico e suprimir de forma sustentada a replicação viral (Brasil, 2008).

O benefício da TARV já foi claramente demonstrado em pacientes com doença sintomática avançada e naqueles que, apesar de assintomáticos, apresentam imunodeficiência acentuada expressa na contagem de Linfócitos T CD4 *helper* (CD4) abaixo de 200/mm³. Atualmente, no Brasil, estão disponíveis quatro classes de antirretrovirais, mais potentes,

menos tóxicos e com posologia confortável, em esquemas que tornam possível apenas uma ou duas doses diárias (Brasil, 2008).

Tabela 2 – Inserção e tratamento dos idosos que vivem com HIV e que tiveram a sorologia positiva após os 60 anos de idade e frequentam o Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” em Botucatu/SP - 2011

Inserção e tratamento do HIV pelo idoso	Masculino N = 8		Feminino N = 3		Total N = 11	
	N	%	N	%	N	%
Tempo de diagnóstico do HIV						
< 1 ano	1	12,5	0	0,0	1	9,1
1 a 3 anos	2	25,0	1	33,3	3	27,3
4 a 7 anos	2	25,0	0	0,0	2	18,2
8 a 11 anos	3	37,5	2	66,6	5	45,4
Tempo que frequenta o HD-HIV/Aids						
< 1 ano	1	12,5	0	0,0	1	9,1
1 a 3 anos	2	25,0	2	66,6	4	36,3
4 a 7 anos	2	25,0	0	0,0	2	18,2
8 a 11 anos	3	37,5	1	33,3	4	36,3
Tempo de uso da TARV¹						
< 1 ano	1	12,5	0	0,0	1	9,1
1 a 3 anos	2	25,0	1	33,3	3	27,3
4 a 7 anos	2	25,0	1	33,3	3	27,3
8 a 11 anos	3	37,5	1	33,3	4	36,3
Esquema TARV						
3TC ² , Kaletra ³ , Estavudina	1	12,5	0	0,0	1	9,1
Biovir ⁴ , Efavirenz	6	75,0	2	66,6	8	72,7
Kaletra, 3TC, Tenofovir	1	12,5	0	0,0	1	9,1
Kaletra e Biovir	0	0,0	1	33,3	1	9,1
Atendimento no HD-HIV/Aids						
Compareceu ⁵	8	100,0	3	100	11	100,0
Não Compareceu	0	0,0	0	0,0	0	0,0

¹. TARV – Terapia antirretroviral altamente ativa

². 3TC – Lamivudina

³. Kaletra – Lopinavir + ritonavir

⁴. Biovir – Lamivudina + zidovudina

⁵. Compareceu a pelo menos 80% das consultas agendadas (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, dentista) ou consultas eventuais.

A primeira década da epidemia da Aids foi caracterizada por acometer exclusivamente a população mais jovem, que apresentava uma evolução mais frequente e grave da Aids, com uma imunodepressão mais profunda. Após a introdução da TARV, foi possível observar pela primeira vez que há dois grupos de pacientes idosos: aqueles que se infectaram quando jovens

(e com o uso da TARV conseguiram aumentar a sua expectativa de vida e chegaram à terceira idade) e aqueles que se infectaram já na idade avançada (Ship, Wolff, Selik, 1991; Mack e Ory, 2003; Manfredi, 2004; Brañas e Serra, 2009).

Quando comparado a indivíduos mais jovens, as pessoas acima de 50 anos apresentam maior dificuldade em obter incremento de CD4. Diante disso, a terapia antirretroviral deve ser introduzida o mais rapidamente possível, a fim de maximizar a resposta virológica e minimizar o risco de resistência viral (São Paulo, 2011; São Paulo, 2009).

No entanto, a terapia antirretroviral não deve ser iniciada até que a importância da adesão ao tratamento seja entendida e aceita pelo paciente, objetivo que deve ser buscado pelas equipes e serviços de saúde, estabelecendo-se uma relação de corresponsabilidade entre estes e o paciente (Brasil, 2008).

Barbosa (2006) avaliou a adesão dos idosos que vivem com Aids aos antirretrovirais. A taxa de adesão verificada foi 80,5%. Os pacientes que mais aderiram foram aqueles com 60 a 69 anos, comparado aos com 70 anos ou mais, mais escolarizados, aposentados e usando no máximo de cinco comprimidos ARV/dia.

Apesar de não ter sido questionado diretamente sobre a adesão ao uso dos antirretrovirais, os idosos pesquisados relataram no decorrer das entrevistas que, mesmo diante dos efeitos colaterais, não deixaram de fazer uso das medicações.

Vale lembrar que o uso de medicamentos antirretrovirais e profilaxias para infecções oportunistas podem fazer surgir patologias, como diabetes mellitus e a hipertensão. Como essas patologias também requerem tratamento, isso pode resultar em poli farmácia, elevando o risco de surgir efeitos colaterais e interações medicamentosas (São Paulo, 2011).

O Hospital-dia HIV/Aids do município de Botucatu possui equipe de saúde integrada e capacitada para trabalhar com as pessoas que vivem com HIV. Durante as entrevistas foi possível observar o vínculo existente e a confiança que os pacientes têm em relação a esses profissionais, fato

comprovado pelo comparecimento e manutenção do tratamento no Hospital-dia HIV/Aids.

É indispensável o papel dos profissionais de saúde na adesão ao tratamento, pois, ao estruturarem uma relação profissional-paciente fundamentada na abertura ao diálogo, há o estabelecimento de um vínculo entre ambas as partes, cada uma delas compreendendo sua responsabilidade sobre o tratamento (Almeida et al., 2011).

5.1.2 Profissionais de saúde

Os profissionais de saúde envolvidos na pesquisa apresentavam idade entre 20 e 57 anos, com predomínio na faixa etária entre 26 a 30 anos (47,8%), o que configura uma população jovem, sendo a maioria do sexo feminino (74,0%) e católico (56,5%) - Tabela 3.

Diante de um grupo de profissionais jovens, já era esperado que a maioria apresentasse pouco tempo de formado. Evidencia-se que grande parte dos profissionais iniciou a carreira na atenção básica há menos de cinco anos (65,2%), atuando particularmente na ESF (69,5%) - Tabela 3.

Atualmente o Brasil possui 1,5 milhão de profissionais da saúde registrados em conselhos profissionais que fazem parte da força de trabalho na saúde, sendo que o SUS é o principal empregador do país: 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são funcionários públicos. Em 2010, a ESF possuía 10,9% dos enfermeiros e 4,9% dos médicos. No entanto, a força de trabalho ideal para atendimento no SUS – ou seja, profissionais qualificados, orientados para evidência e bem treinados e comprometidos com a igualdade na saúde – não corresponde ao perfil dos profissionais que operam o sistema (Almeida-Filho, 2011).

Tabela 3 – Caracterização dos enfermeiros e médicos que atuam em unidades da Estratégia Saúde da Família no município de Botucatu/SP – 2011.

Caracterização	Enfermeiros N = 11		Médicos N = 12		Total N = 23	
	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária (anos)						
20 — 25	2	18,1	0	0,0	2	8,7
26 — 30	6	54,5	5	41,6	11	47,8
31 — 35	1	9,1	2	16,6	3	13,0
36 — 40	1	9,1	2	16,6	3	13,0
41 — 45	1	9,1	2	16,6	3	13,0
46 —	0	0,0	1	8,4	1	4,4
Sexo						
Feminino	10	90,9	7	58,3	17	74,0
Masculino	1	9,1	5	41,6	6	26,0
Religião						
Católico	6	54,6	7	58,3	13	56,5
Evangélico	5	45,4	2	16,6	7	30,4
Budista	0	0,0	1	8,4	1	4,4
Não tem	0	0,0	2	16,6	2	8,7
Tempo de Formado (anos)						
1 — 5	8	72,7	5	41,6	13	56,5
6 — 10	2	18,1	4	33,2	6	26,0
11 — 15	0	0,0	1	8,4	1	4,4
16 — 20	1	9,1	1	8,4	2	8,7
21 — 25	0	0,0	0	0,0	0	0,0
26 —	0	0,0	1	8,4	1	4,4
Atuação na AB¹ (anos)						
1 — 5	8	72,7	7	58,3	15	65,2
6 — 10	2	18,1	2	16,6	4	17,4
11 — 15	1	9,1	3	25,0	4	17,4
Atuação na USF² (anos)						
1 — 5	8	72,7	8	66,6	16	69,5
6 — 10	3	27,2	3	25	6	26,0
11 — 15	0	0,0	1	8,4	1	4,4

¹. AB – Atenção Básica

². USF – Unidade de Saúde da Família

Com relação ao atendimento ao idoso, ressalta-se que todos os entrevistados afirmaram prestar atendimento à pessoa idosa. Contudo, é necessário que se empregue como ferramenta o princípio da integralidade, um dos princípios do SUS, tão apregoado pela ESF para as práticas de saúde, para que os profissionais de saúde enxerguem seus idosos como vulneráveis ao vírus HIV (Santos e Assis, 2011).

5.2 CONTEXTUALIZANDO A VULNERABILIDADE DA PESSOA IDOSA

A análise dos dados, sustentada pelo referencial teórico da abordagem psicossocial e emancipatória abordada segundo o conceito de vulnerabilidade baseada nos Direitos Humanos, permitiu compreender as vulnerabilidades e os enfrentamentos dos idosos vivendo com HIV/Aids, assim como as percepções e comportamentos dos profissionais de saúde que atuam na ESF no reconhecimento da sexualidade do idoso, além das situações em que solicitam o teste de HIV para o idoso.

A atenção à saúde do idoso deve oportunizar o cuidado integral e contextualizado, através do reconhecimento de necessidades e de aspectos individuais e coletivos.

De acordo com Sousa, Miranda e Franco (2011), as formas de adoecimento devem ser compreendidas levando em consideração os aspectos culturais, socioeconômicos, políticos, as questões de gênero, a etnia, ou seja, todo e qualquer tipo de situação que implique suscetibilidade ao adoecimento.

Em relação à Aids, Mann, Tarantola e Netter (1993) e Ayres (2009) acreditam que a adoção do termo vulnerabilidade permite traduzir a complexidade dos aspectos individuais e coletivos relacionados à exposição ao HIV e ao adoecimento por Aids. Como discutido, o conceito de vulnerabilidade possibilitou substituir as noções de grupos de risco, até então associadas a ideias rotuladoras, responsáveis por motivar o preconceito e a estigmatização, e também o termo comportamento de risco, que tinha como foco os aspectos comportamentais individuais de prevenção (Garcia, Souza, 2010).

Tendo como referência o quadro dos Direitos Humanos, foi possível analisar situações de vulnerabilidade ao HIV/Aids por meio de três eixos interligados: componente individual, social e programático (Paiva, 2003; Ayres et al., 2006a; Paiva, Pupo, Barboza, 2006; Ayres et al., 2009).

Ayres et al. (2009) afirmam que, se considerarmos o quadro da vulnerabilidade como uma forma de raciocínio sistemático que nos prepara

para ação, mas que não pretende controlá-la integralmente, talvez seja possível usar as análises de vulnerabilidade.

Utilizando a Análise Temática como referencial para a análise das entrevistas dos sujeitos, emergiram duas categorias centrais: *O viver com HIV/Aids* e o *Diagnóstico tardio*, que possibilitaram o desenvolvimento de um processo analítico e explicativo das ações e interações que compõem o cenário da epidemia da Aids envolvendo a população idosa.

Nesse sentido, foi elaborado um quadro referencial (Quadro 2) com a intenção de captar e avaliar as vulnerabilidades em níveis interdependentes de análise. Neste Quadro estão sumarizadas as categorias analíticas (individual, social e programático), categorias centrais, categorias empíricas e subcategorias.

No corpo do texto, as categorias empíricas são apresentadas em negrito. Cada categoria, por sua vez, é composta por subcategorias, que são apresentadas sublinhadas. Foram realizadas algumas observações no decorrer das falas dos sujeitos, as quais estão entre colchetes.

Com a intenção de manter o anonimato dos participantes, cada um deles foi identificado com número, que se encontra ao final dos trechos das entrevistas entre parênteses, ilustrando a apresentação dos resultados.

Dentro da perspectiva da necessidade de entender as razões que levam os idosos a estarem em situação vulnerável à infecção pelo HIV, optou-se por dividir a apresentação dos resultados das entrevistas com os idosos e profissionais de saúde a partir das categorias de análise escolhidas para esse estudo: vulnerabilidade individual; vulnerabilidade social e vulnerabilidade programática.

Quadro 2 – Apresentação do referencial teórico, categorias analíticas, centrais, empíricas e subcategorias.

Referencial Teórico	Categorias Analíticas	Categorias Centrais	Categorias Empíricas	Subcategorias
Abordagem psicossocial e emancipatória no quadro da vulnerabilidade e direitos humanos	Vulnerabilidade Individual	O viver com HIV/Aids	Infecção e formas de contágio do HIV	<ul style="list-style-type: none"> - Transmissão sexual - Atitudes, práticas e informações sobre o processo de prevenção - Transfusão de sangue - Não sabe como adquiriu HIV
			Enfrentando a soro positividade: o cotidiano dos idosos vivendo com HIV	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização dos antirretrovirais - (Con)viver com HIV - Preconceito e a discriminação
	Vulnerabilidade Social	Diagnóstico Tardio	Acesso do idoso aos serviços de saúde x solicitação da sorologia para HIV	<ul style="list-style-type: none"> - Serviço primário de saúde - Serviço secundário de saúde - A (in)visibilidade da sexualidade do idoso - Perfil do idoso que leva o profissional a pensar na infecção pelo HIV
			Marcos da relação entre profissional de saúde e o idoso	<ul style="list-style-type: none"> - Relações entre gerações - Relação de gênero - Estigma à pessoa idosa vivendo com HIV - Violação dos direitos do idoso
	Vulnerabilidade Programática		Planejamento, compromisso e responsabilidade dos profissionais para com os idosos	<ul style="list-style-type: none"> - Preparo técnico científico - Acolher com responsabilidade - Direitos da pessoa idosa - Intervenções direcionadas à população idosa

Legenda:

Categorias identificadas durante a entrevista com os idosos – em azul

Categorias identificadas durante a entrevista com os profissionais de saúde – em vermelho

Categorias identificadas durante a entrevista com os profissionais de saúde e idosos – em verde

5.2.1 Vulnerabilidade Individual

De acordo com Bertolozzi et al. (2009), a vulnerabilidade individual é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção).

Ayres, Paiva, França Junior (2010) acrescentam que a análise da dimensão individual da vulnerabilidade parte do princípio de que toda pessoa pode experimentar um processo de adoecimento ou se proteger dele, o que envolve aspectos que vão de sua constituição física ao seu modo próprio de gerir seu cotidiano. Também enfatizam que o indivíduo é compreendido como intersubjetividade e como ativo co-construtor e não apenas resultado das relações sociais, que devem, então, ser remodeladas para garantir o comportamento saudável.

Baseado na categoria analítica da vulnerabilidade individual e na análise das falas dos idosos foi possível identificar duas categorias empíricas: **Infecção e formas de contágio do HIV** e **Enfrentando a soro positividade: o cotidiano dos idosos vivendo com HIV**

A) Infecção e formas de contágio do HIV

No Brasil, a principal forma de transmissão do HIV entre os idosos é a via sexual, fato que contradiz com a percepção da sociedade e de alguns profissionais de saúde que acreditam na assexualidade do idoso.

No presente estudo, todos os idosos relataram orientação heterossexual, sendo que a infecção pelo HIV, para a maioria dos idosos, aconteceu por meio da transmissão sexual.

Tive relacionamento fora do casamento com outra mulher durante as viagens como caminhoneiro (...) a gente desconfia quem era depois, mas é de longe daqui (...) eu nunca mais viajei pra aquela região de novo (...) o culpado sou eu, não sei quem é a outra parte. (Idoso 3)

Após 30 anos do início da epidemia da Aids no Brasil, o país apresenta uma epidemia estável, concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. Os primeiros casos de Aids no Brasil foram identificados no início da década de 1980, acometendo principalmente “gays”, adultos, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Hoje, a Aids vem sofrendo transformações em seu perfil no decorrer dos anos, dentre os quais os fenômenos de feminilização, heterossexualização, juventudilização, pauperização e envelhecimento (Brasil, 2011).

O grupo de idosos está, portanto, dentro do perfil epidemiológico de Aids no Brasil, como descrito nas estatísticas do Ministério da Saúde, que revela que grande parte da infecção do HIV nos idosos acontece pela via sexual. Esse fato foi, também, demonstrado em estudo realizado com idosos vivendo com HIV, o qual revelou que 72,8% contraíram a infecção por via sexual e que nunca haviam utilizado o preservativo nas relações sexuais antes de saberem o diagnóstico (Bertoncini, Moraes, Kulkamp, 2007).

A sexualidade faz parte da vida de qualquer indivíduo em qualquer idade, porém, quando associada à população idosa, apresenta-se cercada de mitos e crenças. É comum a associação, mesmo que equivocadamente, do processo de envelhecimento com a perda do desejo sexual (Andrade, Silva, Santos, 2010).

Devido ao aumento da expectativa de vida dos idosos, aliada às facilidades da vida moderna, que nesse caso incluem a reposição hormonal e as medicações para impotência, os idosos estão tendo a oportunidade de redescobrir experiências, dentre elas a vivência da sexualidade (Laroque et al., 2011).

Sendo assim, enfatiza-se que a sexualidade não torna as pessoas mais vulneráveis a contrair o HIV, mas sim as práticas sexuais desprotegidas, sendo este um pressuposto estendido a todas as idades e não apenas aos idosos (Andrade, Silva, Santos, 2010).

Além de enfatizarem a sua heterossexualidade, houve idosos que fizeram questão de reafirmar a sua masculinidade.

Logicamente foi com mulher, né? Mas eu procurava sair em bons lugares lá, mas aconteceu o que vai fazer, nem sei como, porque eu não sabia realmente não sabia, senão não tinha nem saído com ela, né? (Idoso 1)

Eu sempre fui mulherengo, morei no Rio Grande do Sul, morei em Curitiba, morei em Santa Catarina, morei no Rio e eu era muito mulherengo, pegava meu dinheirinho e ia fazer folia e eu não ligava pra esse negocio de camisinha, isso é bobagem, isso é pra quem toma droga, fui levando a vida, aconteceu né, vou culpar alguém agora? (Idoso 4)

Estudo com homens motoristas de ônibus e integrantes de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidentes em São Paulo, buscando identificar aspectos da masculinidade relacionados à vulnerabilidade dos homens à infecção pelo HIV, realizado por Guerriero, Ayres e Hearst (2002) constatou que alguns aspectos como sentir-se forte, imune a doenças, ser impetuoso, correr riscos, ser incapaz de recusar uma mulher, considerar que o homem tem mais necessidade de sexo do que a mulher e de que esse desejo é incontrolável, além de a infidelidade masculina ser considerada natural, são fatores que tornam os homens mais vulneráveis ao HIV.

Silva et al. (2011) relatam que muitos idosos viveram uma juventude culturalmente aceita e estimulada a ter várias parcerias, como sinal de masculinidade, e sem o apelo ao uso do preservativo.

Na sociedade brasileira, algumas questões culturais, como a infidelidade e a multiplicidade de parceiras, ainda são socialmente aceitas como algo natural na trajetória de vida dos homens, principalmente da geração que hoje tem mais de 60 anos (Santos, Assis, 2011), fato também evidenciado na pesquisa de Garcia e Souza (2010), cujos resultados mostraram que homens mais velhos de Recife não usavam preservativo nas relações extraconjugais, por considerarem como relações estáveis, e não eventuais.

Um exemplo dessa visão seria o trecho da fala da paciente idosa citada abaixo, que revelou ter sido contaminada pelo marido, o seu único parceiro na vida, que teve um relacionamento fora do casamento. Ressaltou que o parceiro é esclarecido, mas não tomou o cuidado necessário. Mesmo o marido assumindo a traição, a paciente ainda questiona se a relação

extraconjugal realmente aconteceu. Observa-se também que a mulher transfere toda a responsabilidade da prevenção para o homem.

Não fazia uso do preservativo, mas eu acho que foi falha dele né porque ele jamais poderia ter (...) se é que ele teve algum caso fora [mesmo o marido contando que teve um relacionamento extraconjugal] (...) ele deveria ter tomado mais cuidado né. (...) eu acho mesmo que foi que ele [o marido] teve um caso com uma pessoa fora e se contaminou só que ele tinha que ter me falado, ou pelo menos ele ter mais cuidado porque ele não é uma pessoa assim ... é uma pessoa bem esclarecida. (Idosa 8)

Nota-se assim que se torna necessário conhecer quais são as atitudes, práticas e informações sobre o processo de prevenção que os idosos têm vivenciado. Durante a entrevista, todos os idosos relataram que, antes de se infectarem, não faziam uso do preservativo nas suas relações sexuais, fato preocupante, pois demonstra o desconhecimento da importância do preservativo como uma forma de proteção na transmissão do HIV, assim como também mostra a escassez de políticas públicas destinadas à prevenção do HIV/Aids junto aos idosos.

Apenas hoje faço uso do preservativo com a esposa [que também é HIV positivo], porque mesmo assim é aconselhado fazer, né? Não usei preservativo na relação que tive fora de casa, depois de um tempo sim, mas essa pessoa que eu desconfio que talvez tenha acontecido, eu não tive muito [muitas relações sexuais], eu nunca fui assim de ter muita coisa fora. Mas pra aparecer isso aí ... (Idoso 3)

Estudos realizados em tempos diferentes com idosos vivendo com HIV revelaram dados semelhantes ao presente estudo, uma vez que os autores encontraram idosos que não faziam uso de proteção antes de saberem do diagnóstico (Lovejoy et al., 2008; Sousa, Suassuna, Costa, 2009)

Quanto à orientação, um paciente relatou ter sido orientado e disse estar, no momento, fazendo uso do preservativo.

Não, não fazia [uso do preservativo]. E eu nem gostava desse negocinho, que incomoda, mas tem que usar né

senão transmite pra outras mulheres (risos) (...) a gente que tem culpa né (...) depois que me falaram, agora tem que usar (risos) (...) hoje em dia estou [usando preservativo]. Eu falo pra moça [funcionária do posto de saúde], me dá uns 40, 50 preservativos pra eu levar embora e ela dá e fala que se eu precisar é pra ir buscar mais (Idoso 7)

No entanto, o trecho descrito abaixo evidencia que ter informação não significa mudança de comportamento. Mesmo após saber da infecção pelo HIV e receber orientações sobre o uso do preservativo, o paciente afirma não usar a camisinha. Na concepção desse idoso, a principal função do preservativo é evitar a gravidez, deixando de lado o risco da transmissão do HIV.

É importante [perguntar sobre a vida sexual] porque às vezes você pode preparar né, o uso da camisinha.... é importante falar né, mas não tem muita validade não porque eu fui avisado [sobre a camisinha], e depois ela não pedem mais nada [a parceira não pede mais para usar a camisinha] porque uma fez laqueadura e outra acha que não tem mais perigo e aí esquece dessa parte, então se juntasse os dois e falasse que só iria ter relação se tivesse proteção, então ela também não liga não, mas na verdade a mulher não gosta de usar né, nem o homem gosta, num sei porque, principalmente depois de uma certa idade. (Idoso 10)

Diversos autores acreditam que somente a informação não é suficiente para a mudança de comportamento. No entanto, o indivíduo que não possui informações básicas sobre a transmissão do HIV está mais vulnerável à infecção (Ferreira, 2008; Oliveira et al., 2011). Dessa maneira, as desigualdades socioeconômicas e de escolaridade no Brasil influenciam diretamente na dinâmica da Aids (Parker e Camargo Junior, 2000). A realidade encontrada em estudo sobre conhecimento, prática e comportamento de vulnerabilidade ao HIV nos indivíduos com menor grau de instrução revelou menor percentual de acerto sobre o conhecimento correto referente às formas de transmissão de HIV (Szwarcwald et al., 2005).

Ferreira (2008) destaca que a construção do conhecimento não está restrita apenas a questões informativas, mas envolve também a percepção individual sobre o problema, sendo que a transformação desse conhecimento em práticas protetoras está diretamente ligada às questões de gênero, raça, classe social e outros componentes sociais.

Sendo assim, vale lembrar que, no presente estudo, mais da metade dos idosos possuía apenas o ensino fundamental e pouca condição socioeconômica.

Em relação ao aumento do número de idosos notificados com Aids, nota-se que, embora haja maior número de homens notificados no Brasil, a velocidade de crescimento da epidemia é, como em outros países, maior entre as mulheres do que entre os homens (Santos et al., 2009; Brasil, 2011).

Rodrigues et al. (2012) apontam explicações para o fato mencionado acima. Para eles, homens e mulheres adotam condutas diferentes em relação à realização de exames/higiene e o uso do preservativo. Os autores constataram que as mulheres são responsáveis pelos cuidados com a higiene e pela realização de exames periódicos relacionados com a saúde sexual, enquanto o uso da camisinha é uma ação exclusivamente do homem. Esses papéis e funções diferenciados são reproduzidos por construções sociais e culturais.

Uma das idosas pesquisadas foi contaminada pelo marido e ficou sabendo do diagnóstico do parceiro pelo médico, que solicitou o exame sem autorização do paciente. A paciente solicitou ajuda dos filhos para revelar o resultado ao marido e ao mesmo tempo tirar satisfação sobre como ocorreu a transmissão do HIV. Essa reação demonstra o quanto algumas mulheres não conseguem discutir com seu parceiro questões relativas ao seu relacionamento, como confiança, fidelidade, traição, uso do preservativo e sexualidade, além de mostrar que, mesmo diante do grande sofrimento, a mulher não vê alternativa a não ser continuar com o parceiro e tentar perdoar.

(...) então eu comentei com os meus filhos [que o pai era HIV] e nós já ficamos preparados pra quando ele chegasse porque é uma conversa né, e assim foi feito e na hora ele falou na frente dos meus filhos que, seu eu quisesse, ele sairia de casa, iria embora né, mas o que adiantaria pra mim com um casamento de tantos anos, com mais de 40 anos de casado, então eu sofri bastante, mas tentei perdoar e fui levando (...) bom, através disso, com certeza foi né [a esposa sabe que o marido adquiriu o HIV através de relação extraconjugal], e meus filhos falaram pra mim “bom mãe, se

a senhora acha que dá pra continuar, a vida é da senhora nós não vamos interferir...” mas a minha nora fala: “Aí, o seu “fulano” não poderia ter feito isso pra senhora de jeito nenhum”, mas o que a gente vai fazer né?! (Idosa 8)

Outra idosa revelou que, mesmo tendo contraído o HIV do marido e relatando que nunca vai esquecer tal acontecimento, mantém a relação sexual e questiona o comportamento do marido, caso a situação tivesse acontecido de modo inverso.

(...) hoje a relação sexual não é aquela coisa como antes, mesmo por causa da idade e também já vai ficando aquela coisa né, mas não, vivemos bem e ... é aquilo que eu te falo, eu acho que eu nunca vou esquecer, vou morrer e vou levar isso comigo né, porque eu penso as vezes, será que se eu tivesse errado, ele teria feito o mesmo, não sei né. (Idosa 9)

Dessa forma, pode-se considerar que a desigualdade de gênero é um fator de vulnerabilidade, pois as mulheres têm menor liberdade de falar sobre a sua vida sexual e menor poder de decisão acerca do sexo com preservativo (Silva, Lopes, Vargens, 2010).

Como consequência das relações desiguais de gênero e poder, há uma maior vulnerabilidade das mulheres em adquirir o HIV, contribuindo para o aumento do número de casos de HIV nessa parcela da população, a chamada feminilização.

Tal fato pode ser evidenciado no estudo feito com gestantes infectadas pelo HIV, que demonstrou que, antes de elas se infectarem, algumas sabiam ou suspeitavam de que o parceiro era soropositivo e mesmo assim mantinham as relações sexuais sem proteção (Preussler, Eidt, 2007).

Pesquisa realizada com homens e mulheres sobre o uso do preservativo aponta que os sujeitos acreditam que a fidelidade e a confiança são responsáveis por garantir o sexo seguro para o casal, e não o uso do preservativo. Dessa forma, enfatiza-se que, quando há sentimentos, é desnecessário o uso de proteção (Madureira, Trentini, 2008).

Ratificando a informação acima, muitas vezes o casamento ou uma relação estável é destacado pelas mulheres como um fator de proteção ao

HIV, pois acreditam, em uma visão romântica, que a fidelidade, o respeito, a confiança e a cumplicidade estariam protegendo o casal, o que pode levar ao abandono do uso do preservativo (Silva, Vargens, 2009; Andrade, Silva, Santos, 2010).

No entanto, Garcia e Souza (2010) afirmam que a expressão de confiança tem significados diferentes para os homens e mulheres. Para os homens, está relacionada à fidelidade da parceira, ou seja, na exclusividade sexual. Já para as mulheres, está atrelada à crença de que o seu parceiro faz o uso do preservativo nas relações extraconjugais e por isso deixa de usar a proteção em casa.

O discurso abaixo mostra a realidade de muitos casais, em que o paciente se considera um bom marido, uma vez que afirma não ter outros relacionamentos fora do casamento, e, como não há infidelidade, também não há necessidade do uso do preservativo.

(...) nem sempre usava viu [com a namorada que teve após o falecimento da esposa]. Não, não, pouco usei também, pouco usava [com a esposa]. Mas eu sempre fui um bom homem, enquanto eu tava com ela [com a esposa] eu nunca tive ninguém, então a gente não usava [preservativo]. (Idoso 10)

Nesse sentido, Silva, Lopes e Vargens (2010) apontam que as características dos contextos políticos, econômicos e sociais são responsáveis por tornarem as mulheres mais vulneráveis ao HIV, principalmente as idosas, devido às características de seus relacionamentos afetivo-sexuais. Essas idosas têm baixa percepção de risco e não se enxergam como vulneráveis.

Santos et al. (2009) reforçam a ideia de que o uso regular do preservativo entre as mulheres não só pode ser dificultado pelas relações de gênero, mas principalmente pelas relações de afeto e desejo.

Outro motivo para o não uso de proteção entre as idosas é o fato de estarem na menopausa. Muitas atribuem o uso do preservativo apenas à finalidade de contracepção (Olivi, Santana, Mathias, 2008; Laroque et al., 2011).

Dessa forma, fica evidenciado que o uso do preservativo não é um hábito comum entre os idosos e que eles são menos conscientes quanto aos fatores de risco ao HIV e estratégias de prevenção, tornando o sexo sem proteção o responsável pela transmissão do HIV (Driemeier et al., 2012).

Mesmo não tendo certeza sobre o modo de transmissão do HIV e afirmando não ter tido o uso consistente do preservativo, um idoso afirmou que a transmissão poderia ter ocorrido através da transfusão de sangue.

Rezende, Lima e Rezende (2009) discutem que os idosos, por receio da rejeição, respondem que a transmissão aconteceu pela transfusão de sangue, pois é uma forma socialmente aceita. No entanto, no decorrer da entrevista, deixam transparecer comportamentos sexuais vulneráveis, como pode ser observado no trecho citado.

Não consigo [saber como pegou o HIV] porque o seguinte, eu às vezes usava preservativo, às vezes não usava, eu não fumo, não sou usuário de droga, eu fiz três transfusões de sangue, uma em 87 e depois em 88. Em 89 eu fiz uma cirurgia de hérnia aí eu também precisei de uma transfusão. Eu não sei se foi na transfusão ou, acho que pode ser da transfusão porque nessa época que eu fiz a transfusão não tinha muito cuidado com o sangue. (Idoso 5)

Outro exemplo de contaminação aceita socialmente é pelo contato com sangue. Um paciente afirmou que a transmissão poderia ter acontecido quando ele socorreu uma pessoa, durante o seu tempo de caminhoneiro. No entanto, no prontuário do paciente, constava que a transmissão foi por via sexual, pois o mesmo teve relações extraconjugais.

Eu sou franco a falar pra senhora, eu sou casado pela segunda vez há vinte anos com a minha mulher e eu nunca traí ela, mesmo sendo caminhoneiro. Não sei como isso aconteceu comigo. Fui caminhoneiro e cheguei a socorrer gente na estrada que batia no caminhão, gente amassada, pegava gente melada de sangue (...) (Idoso 2)

Adquirir o vírus na velhice representa um desafio duplicado para quem enfrenta essa situação, pois o idoso enfrenta duas discriminações na nossa sociedade: ser velho e ser infectado pelo HIV (Brasileiro, Freitas,

2006). Talvez seja esse um dos motivos que levaram o idoso acima a não contar como ocorreu a transmissão do HIV, ou, uma outra possibilidade, poderia estar relacionado à questão da idade, uma vez que a entrevistadora era mais nova que o paciente.

Há paciente que não sabe como adquiriu o HIV, mas relata, no entanto, ter tido relacionamento sexual com outras pessoas. Isso demonstra que ela não percebeu ser vulnerável ao HIV, uma vez que em nenhum momento conseguiu relacionar o fato de ter tido relação sexual sem preservativo com o risco de adquirir o HIV.

Não sei como é que é [não sabe como pegou a doença]. Morei com outro homem [após a morte do marido], mas ele também faleceu (...) não sei o que deu nele [marido]. Ele ficou internado aqui no Hospital também. A gente tem sim [paciente teve outros parceiros] e cheguei a ter relação sexual com outros homens sem proteção além destes dois. (Idosa 9)

Silva e Vargens (2009) apontam que as mulheres idosas possuem pouco conhecimento sobre Aids e não se veem com risco de contrair a doença.

Dados interessantes encontrados em pesquisa realizada com mulheres vivendo com HIV e com mulheres sem diagnóstico conhecido para HIV evidenciam que as mulheres com HIV não apresentam um número de parceiros significativamente diferente quando comparado com o outro grupo em estudo. Os autores enfatizam que o uso de drogas, o início da vida sexual precoce, a baixa aderência ao preservativo, ter história pregressa de DST e de violência sexual entre as mulheres com HIV são os fatores que apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos estudados (Santos et al., 2009).

As mulheres, principalmente as idosas, precisam adquirir percepção de si como pessoas em risco e que se identifiquem nas informações sobre prevenção da Aids. Assim, poderá ocorrer uma mudança de atitude em busca da própria proteção (Silva, Lopes, Vargens, 2010).

Diante do exposto, fica evidente que o meio de transmissão do HIV entre os idosos acontece pela relação sexual. Dessa forma, a principal

conduta para evitar a contaminação seria o uso do preservativo de forma consistente, o que não ocorreu entre os participantes do estudo, pois a camisinha não era rotina na vida sexual dos idosos antes de saberem o diagnóstico do HIV, mesmo nas relações extraconjugais.

B) Enfrentando a soro positividade: o cotidiano dos idosos vivendo com HIV

Quando questionados sobre as possíveis mudanças ou não após a descoberta do HIV, houve apenas um paciente que enfatizou não ter ocorrido nenhuma modificação após o diagnóstico. No entanto, vale destacar que esse paciente havia descoberto a infecção pelo HIV há menos de dois meses. No trecho seguinte, fica evidente a sua percepção de gravidade da doença quando a compara com outra, relatando sua preferência em ter HIV ao invés do câncer.

Não mudou nada, eu não esquento a cabeça, se deu, deu, se não deu, não deu. O que me impressionou foi que eu andava com uma tosse, aí pelo amor de Deus, já lembrei da minha mulher, ter um câncer no pulmão isso não tem volta, aí quando me disseram era HIV, aí eu fiquei tranquilo. Esse é bem bom, esse aí eu levo ele assim. (Idoso 4)

Brasileiro e Freitas (2006) identificaram situação semelhante em estudo realizado com pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV. Os autores afirmam que a referência comparativa com o câncer é somente uma forma de se construir uma esperança para sua situação, fundamentando-se num imaginário social que classifica o câncer como uma doença que “tira pedaço” e mata. Pode-se entender essa reação como um mecanismo de defesa, ao falar que há situações piores que a Aids, no caso, o câncer.

Dentre as principais mudanças referidas pelos idosos, está a utilização dos antirretrovirais, que reflete diretamente na qualidade de vida do paciente. Alguns pacientes relatam muita dificuldade no início do tratamento, mas com melhora posterior dos sintomas. Contudo, nenhum paciente referiu ter deixado de tomar a medicação.

Não, não é fácil não né ... mas ... tem que tomar né (...) assim que eu tomo ele eu fico zozza e a barriga vai crescendo, crescendo...parece que prende o ar todo! Já foi trocado porque eu tomava e dava vômito demais, mas ele fedia que nossa, aí trocaram por este que eu uso agora e esse não fede tanto. (Idosa 11)

Olha bem, no começo foi mais difícil, mas agora a gente toma direito, tanto é que tá tudo indetectável né o ... tanto o dele [do marido] quanto o meu, mas é uma coisa que tem que continuar né. (Idosa 8)

Diante das mudanças ocasionadas pela utilização do antirretroviral, o que mais chamou a atenção foi a alteração relacionada ao trabalho. Em decorrência dos efeitos colaterais, um paciente foi obrigado a se afastar do emprego. Atualmente, o idoso trabalha como caseiro de um sítio e, segundo o seu relato, após passar os efeitos dos antirretrovirais, consegue dar continuidade ao seu trabalho.

Ah, me atrapalhou muito porque eu tive que me afastar do trabalho porque eu não conseguia mais enxergar, enfraqueci demais e depois veio a visão depois eu não consegui mais emprego, que eu ficava bêbado, parecia que eu trabalhava o dia inteiro. Sentia mal. (...) Até agora não estou conseguindo serviço. Eu trabalho assim. Do jeito que eu quero lá, então eu não tenho hora certa pra levantar, acordar. Depois que passa o efeito do medicamento daí eu vou trabalhar. (Idoso 7)

Idosos vivendo com HIV afirmam que, antes de descobrirem a infecção, sentiam-se aptos a desenvolver as suas atividades laborais. A doença, no entanto, encarregou-se de apagar o sonho que ainda eram capazes de ter em relação as suas vidas (Andrade, Silva, Santos, 2010).

Em pesquisa realizada com pessoas acima de 50 anos vivendo com HIV, foi evidenciada a grande dificuldade no início do tratamento. Entre as representações feitas por esses pacientes estavam a tortura ao usar as medicações e a negação ao HIV (Oliveira et al., 2011).

O tratamento antirretroviral tem como objetivo a supressão completa da replicação viral com a finalidade de recuperar o sistema imunológico e evitar a progressão da doença. De maneira geral, o uso das medicações

antirretrovirais apresentam bons resultados, aumentando a sobrevida dos pacientes com HIV (Navarro et al, 2008; Brañas, Serra, 2009).

Embora haja a disponibilidade da TARV, que foi responsável por provocar mudanças significativas na história natural da infecção pelo HIV, o grau de imunodeficiências simultâneas, o aumento da idade e o espectro dos transtornos definidores da AIDS ainda são algumas das características demográficas e epidemiológicas que se mantêm, independentemente do uso da TARV (Manfredi, 2004).

Muitas vezes o diagnóstico da infecção pelo HIV no idoso ocorre quando os sinais e sintomas da Aids já estão presentes, de modo que eles não apresentam muita vantagem de início da TARV, pois ficam expostos a ocorrências indesejáveis e à toxicidade da droga a longo prazo (Manfredi, 2004).

O atraso no diagnóstico do HIV no idoso implica uma situação imunológica mais precária no início do tratamento (Tibúcio, Salles, Passos, 2010). Tal fato pode ser explicado em consequência do rendimento do timo, que a partir dos 55 anos pode diminuir a resposta aos linfócitos T CD4+, ou seja, o idoso com HIV possui uma resposta mais lenta ao uso da TARV (Cuzin et al, 2007; Brañas, Serra, 2009). Sendo assim, diante da dificuldade para obter aumento de linfócitos T CD4+, se comparado à população jovem, o uso dos antirretrovirais deve ser introduzido o mais breve possível no idoso com HIV (São Paulo, 2011).

Diversas pesquisas mostram que, apesar da melhoria da qualidade de vida em decorrência do uso contínuo da TARV, eles provocam efeitos colaterais, como a lipodistrofia, o risco de doenças cardiovasculares, dislipidemia e hiperglicemia, que passam a fazer parte do conviver com HIV e podem fortalecer o isolamento social, além de outros fatores negativos associados ao envelhecimento (Castro, 2007; Costa, Zago, Medeiros, 2009; Andrade, Silva, Santos, 2010). Essa realidade está presente na vida das pessoas vivendo com HIV, como pode ser observado no trecho seguinte:

A única preocupação que eu tenho é de tomar o medicamento certinho que eu nunca falhei, tomo certinho até agora e procuro fazer de acordo com o que eles pedem.

Tem uma alteração de colesterol, triglicérides, provavelmente é do medicamento porque faz regime, faz tudo, não dá assim, não tem nada de mais, mas não tem jeito, só se parar de tomar medicamento, porque outra coisa não tem mais o que fazer. (Idoso 3)

Uma das particularidades do idoso é que, quando ocorre a descoberta do HIV, grande parte das pessoas com idade avançada já apresentava morbidades como *diabetes mellitus*, artrites, doenças cardíacas, hipertensão, osteoporose, entre outras. Estas também necessitam de medicações para o seu controle, o que pode resultar em poli farmácia e elevar os riscos de surgimento de efeitos colaterais e interações medicamentosas (São Paulo, 2011).

Dois estudos demonstram que os idosos conseguem aderir melhor ao tratamento quando comparado aos mais jovens (Manfredi, 2004; Hinkin et al., 2004). Brañas, Serra (2009) consideram esse dado interessante, uma vez que os idosos teriam mais propensão a não cumprir corretamente o tratamento, devido a vários fatores, muitas vezes associados à idade, como: poli farmácia, aumento da incidência de limitações da função cognitiva e maior prevalência de problemas sociais.

Para conseguir aderir ao tratamento e enfrentar os efeitos colaterais, o paciente enfatiza o apoio dos médicos, como no relato a seguir:

No início foi um pouco difícil porque mexe um pouco com o organismo, você começa a ter diarreia, mas no início quando começou foi mais difícil, agora não, eu tô normal. Tomo e eu peguei firme assim nesse tratamento e eu conheço alguns médicos aqui na UNESP através da minha esposa e eles conversaram muito comigo. Esse problema do remédio é triste porque é direto (Idoso 5)

Os profissionais de saúde desempenham um papel essencial no tratamento, na adesão, no apoio social, nas questões relacionadas à prevenção, entre outros. Para isso, necessitam de uma base sólida de conhecimentos sobre a doença e seu impacto na vida desses idosos. As visões complementares de múltiplos profissionais são elementos essenciais para uma abordagem que envolva questões psicossociais como medo,

preconceito, autoestima, depressão e isolamento. Os idosos devem ser incentivados à autonomia e à independência (São Paulo, 2011).

Diante das colocações apresentadas anteriormente em relação à utilização dos antirretrovirais, é possível observar que o tratamento e o autocuidado são enfrentamentos realizados pelos idosos diante da perspectiva de (con)viver com HIV.

O (con)viver com HIV é, às vezes, carregado de sentimentos angustiantes, chegando ao ponto de o paciente pensar em tirar a própria vida.

Foi difícil, muito difícil, pensei em suicídio (...) porque eu acho que todo mundo que tem esse vírus eu acho que fica dentro do mundo dele. (Idoso 5)

Na hora [que ficou sabendo do diagnóstico] eu fiquei muito grilada porque eu só ouvia falar um boato, mas morria de medo... Nossa, doeu foi demais!!! Pensei em morrer. (Idosa 11)

Acredita-se que o desejo de morte tem por finalidade por um fim a um tormento e à vivência de autodestruição pessoal que está presente, principalmente nesse momento da descoberta (Oliveira et al., 2011).

Estudo realizado com idosos vivendo com HIV em Belém/PA também revelou que a tentativa de suicídio foi um aspecto levantado pelos pacientes (Andrade, Silva, Santos, 2010).

Há autores que explicam que o suicídio não é um ato aleatório e sem finalidade. Ele funciona como um escape de um problema que está causando um sofrimento intenso, associado a uma desesperança e a um estresse insuportável, levando o paciente a não perceber opções diante de tanta dor (Soares, Mاتيoli, Veiga, 2006; Castro, 2007; Andrade, Silva, Santos, 2010).

Nesse contexto, o acolhimento oferecido por alguém da família se torna essencial para o paciente, diante do impacto da descoberta da infecção.

A eu fiquei assim um pouco meio chateado porque naquela época eu ainda pude dizer que era uma doença grave, já vi

que hoje não é mais, uma coisa normal, a senhora é enfermeira deve saber (...) naquele tempo eu fiquei assim um pouco triste, não falei nada pra ninguém, fiquei agitado, mas a minha mulher é uma pessoa assim que tem uma leitura, ela sempre falava pra mim: calma, fica tranquilo, que na vida tudo tem jeito (...) Bom, não vou dizer que eu vou me curar, mas é como os médicos falam, tomou remédio direitinho, vive uma vida inteira. No momento eu fiquei um pouco assim sabe? Mas depois pra mim é normal. (Idoso 2)

Assim como o apoio emocional, as informações oferecidas pelos membros da equipe de saúde, principalmente o médico, tornam-se as principais ferramentas para o enfrentamento da infecção. Observa-se que, apesar dos medos e dificuldades decorrentes da doença, os idosos mantêm o desejo de viver e aproveitar a vida, gerando sentimentos de esperança.

Olha, nos primeiros dias lógico que mudou bastante, eu perdi até a vontade de viver e tal, mas conversando com os médicos aqui, fui muito bem tratado e eles me puseram na cabeça que eu poderia usufruir da vida ainda e assim fui vindo, foi melhorando, o processo no início é difícil (...) (Idoso 1)

Ah, eu comecei a sentir mal [no momento que foi dado o resultado do exame HIV] ... daí ele [o médico] falou, calma, as vezes é bom fazer pela segunda vez que às vezes não dá nada, às vezes... vamos fazer de novo... bom, deu né ... aí fez a terceira vez na Unesp e deu né, mas ele me tranquilizou, aí não teve jeito, aí ... que a casa caiu né [no momento da confirmação do diagnóstico], mas eu procurei... como eu sempre me senti bem, porque ficar em depressão só não adianta, aí eu procurei tomar os medicamentos e fazer tudo o que o médico mandava e até hoje eu tenho uma vida normal. (Idoso 10)

Nota-se que o choque diante da descoberta é a primeira reação do paciente, sendo que a recuperação ocorre de forma gradual. A busca pela normalidade e aceitação da doença faz parte do processo de adaptação. Como pode ser demonstrado nos relatos acima, os familiares e profissionais de saúde têm papel de destaque no enfrentamento da doença.

Nesse sentido, Andrade, Silva e Santos (2010) destacam a importância da equipe multidisciplinar como recurso para o acolhimento dos idosos vivendo com HIV. Acredita-se em estratégias que devem ser

discutidas com a equipe, para que apoio e conforto efetivos sejam oferecidos.

Oliveira et al. (2011, p.357) colocam que o conviver com HIV/Aids na terceira idade “estrutura-se na pluralidade e da complexidade do funcionamento de elementos comportamentais em busca de viver com qualidade, mesmo diante da cronicidade e da incerteza do diagnóstico”.

Ressalta-se nesse momento a importância de integrar o idoso no processo de cuidado, e não apenas a equipe multiprofissional ditar as condutas, pois ninguém melhor que o idoso, que (con)vive com a doença, para saber realmente quais são as suas necessidades.

É notável observar, nos discursos apresentados a seguir, como o impacto do diagnóstico abalou a afetividade dos pacientes idosos, seus laços de família e de amizade. Em alguns casos, o idoso não sente a confiança necessária para contar sobre a infecção do HIV, principalmente por acreditar que isso poderia gerar o afastamento dos filhos e netos, além de achar que os filhos não teriam o suporte emocional necessário para suportar a revelação do diagnóstico.

Só um cunhado sabe né. Tenho três filhas e um filho, mas nenhum sabe. Uma filha é enfermeira e sempre fala pra usar preservativo e se cuidar que depois ela não vai fazer nada e aquela coisa né, então eu tenho medo que ela entre em depressão porque elas têm muito carinho por mim sabe, então eu tenho medo que aconteça alguma coisa e sabe, tem criança pequena, que vem e fica em casa 15 dias, fica junto lá, então eu tenho medo que ela possa cortar esta relação sabe. Tem dia que eu tenho vontade de falar com ele [para o filho] porque eu tenho intimidade, mas eu tenho medo de falar porque daí vai dar aquele choque nele né e capaz dele contar pras irmãs sabe (...) a uma hora tem que falar, mas por enquanto que eu estou me virando, enquanto eu me viro sozinho eu não vou falar, agora não sei já comentei com vários médicos né, e eles falam que eu devo falar, então eu vou ficando assim (Idoso 10)

Evidenciam-se no relato acima, sentimentos que ocorrem com frequência, como o medo diante da possibilidade de ser privado de encontrar a sua neta, assim como o receio de deixar de ser amado pelos filhos. Tais condutas seriam como uma punição por ter adquirido o HIV.

Outra situação vivenciada pelo idoso é a culpa por ter transmitido o HIV para a esposa. Assim, o idoso se vê tendo que aceitar, dos filhos e da esposa, qualquer tipo de cobrança.

De minha parte não mudou nada, portanto que eu falei pra você que ninguém sabe ... agora em casa foi difícil pra acomodar a situação [os filhos e a esposa que sabem], até hoje de vez em quando me cobram [pois foi ele que passou o HIV para a esposa]. É difícil aguentar a culpa. (Idoso 3)

Além da culpa, existe a dificuldade em fazer uso do preservativo e o medo de uma possível separação, além do medo de não ser mais amado, como mostra a fala seguinte:

(...) você sabe eu não gostava de usar preservativo, pra começar foi difícil, também pela idade o preservativo é complicado, mas além disso fico aquele negócio de culpa minha com ela [foi o paciente que transmitiu HIV para a parceira]. Ela às vezes não queria mais ter relação e foi muito difícil, a filha [enteada do paciente] aceitou mas é aquele aceito que não aceita de coração, você aceita porque a gente já tem muito tempo junto, mas eu sei que fica aquela restrição, essa pessoa veio trazer problema pra minha mãe, fica muito difícil e você fica uma espécie de [silêncio], você fica inculcado. Você fica preso de si mesmo. Olha eu tenho medo de uma hora pra outra vim uma outra separação. É, é muito difícil, por mais que você queira ser amado você não consegue (...) Choro. (Idoso 5)

Frente a essas questões, Provinciali (2005) enfatiza que o sentimento de culpa foi relatado por muitos idosos vivendo com HIV e que a convivência com esse sentimento aparece como um tormento, uma perturbação que incomoda e contamina os pensamentos, acarretando desconforto. Aponta ainda, como necessidade para o idoso, a busca por uma abordagem diferenciada que abarcasse os seus medos, angústias, preocupações e reações sociais próprias no enfrentamento do cotidiano, sem deixar de levar em conta a realidade de vida de cada paciente.

O (con)viver com HIV causa inúmeras mudanças na vida dos idosos, dentre elas, a da vida afetiva. Nota-se o desinteresse pela vida sexual, muitas vezes justificada pela idade e/ou pelo uso do preservativo. Essa

população, que viveu uma juventude sem o apelo à utilização de preservativos, não incorpora a necessidade de seu uso.

Na vida afetiva está bem porque, minha mulher apesar de ser bem mais nova do que eu, é compreensiva e eu hoje não estou fazendo sexo, é lógico que tenho vontade e tudo essas coisas, mas, você vai desestimulando também, já pela idade e outra que você desacorçoa, né? Como diz o caipira (...) ficou meio esquisito ter relação sexual usando camisinha. (Idoso 1)

No início da vida sexual, o uso do preservativo não fazia parte do relacionamento desses idosos; frente a isso, alguns autores mencionam a dificuldade que eles têm em se adaptar ao uso da camisinha. Destacam que o envelhecimento pode trazer algumas limitações em detrimento da destreza e lentidão, que podem atrapalhar o momento de intimidade (Laurentino et al., 2006; Laroque et al., 2011)

Além disso, após o diagnóstico do HIV, as relações sexuais passam a ser consideradas perigosas, pois há o medo de passar o vírus para a parceira, o que muitas vezes justifica a abstinência ou a diminuição do número de relações sexuais (Oliveira et al., 2011).

De certa forma, a infecção pelo HIV ainda está muito atrelada às concepções errôneas e preconceituosas disseminadas no início da epidemia. Soma-se a isso o receio de passar o HIV e a idade avançada, levando os idosos a escolherem a abstinência sexual.

Não, ninguém [após a descoberta do HIV não teve mais relação sexual] (...) porque dizem que isso pega né e não pode ficar semeando uma maldade dessas pros outros né, e também não tem necessidade de tudo isso. (Idosa 11)

(...) eu tenho essa doença eu vou me cuidar, porque não é porque eu tenho que eu vou passar pros outros. Então parei com as minhas folias (...) (Idoso 4)

Minha idade também não tem nada mais que pensar nessas coisas né [vida sexual], então a gente tem que falar o português claro, eu não quero, não quero nem saber, e minha mulher tá comigo. (Idoso 6)

A preferência por não ter mais relação sexual vai ao encontro do que a sociedade espera do papel do idoso: a assexualidade nessa fase da vida. Silva, Lopes e Vargens (2010) relatam que a ideia do idoso assexuado ainda é mantida socialmente, pois, até há pouco tempo, acreditava-se no declínio sexual das mulheres, por conta da menopausa, assim como a instalação progressiva das disfunções de ereção entre os homens.

Pesquisando idosos vivendo com HIV, Castro (2007) verificou que mais da metade dos participantes do estudo relatou ter sentido prejuízo na relação afetiva após o descobrimento da soro positividade.

Interessante notar que alguns idosos relataram que não houve mudança na vida sexual após o diagnóstico. Reconhecem, no entanto, que há mudanças na vida sexual que fazem parte do processo fisiológico do envelhecimento.

Não, não... não mudou nada não [não perdeu a vontade de ter relação sexual]. (...) mesmo com o uso [do preservativo], não mudou nada. É, não é o mesmo que uma pessoa de 25, 30 anos né, começa a mudar né,... menos vezes por semana, então mas não mudou não. (Idoso 10)

Acho que cai muito depois dos 60 anos, a potência diminui, eu acho que cai, não sei... É natural né! (Idoso 7)

Apesar de somente os homens idosos terem relatado as mudanças na fisiologia sexual, sabe-se que elas ocorrem em ambos os sexos.

Com o envelhecimento, o homem precisará de mais tempo para chegar ao orgasmo, o volume ejaculatório será menor e aumentará o intervalo entre as ejaculações, sem a mesma disposição física, ocasionando diminuição da frequência sexual. No caso das mulheres, devido ao declínio da produção de estrogênio, há a diminuição da lubrificação vaginal, podendo levar a dispareunia, além de sinais e sintomas como ondas de calor, suores frios, irritabilidade e depressão (Gradim, Sousa, Lobo, 2007).

Alguns comportamentos são preocupantes em relação à transmissão do HIV, como se observa no relato abaixo. Para esse idoso, ele não conseguiria assumir nenhum compromisso com outra mulher e, mesmo diante de seu diagnóstico, diz preferir participar de “festinhas” e ter uma vida

livre, ainda que demonstre certa preocupação em transmitir o vírus para outra pessoa.

Mas eu não quero mais compromisso com mulher porque é um troço chato, né? Usando camisinha tudo bem, mas se eu pegar uma pessoa pra viver junto, eu não vou me sentir bem, então vou viver o resto da vida assim, já aproveitei o que tinha que aproveitar agora vou me cuidar, tomar meus remédios e ficar comendo bem, uma festinha de vez em quando, pra tomar uma cervejinha, não sempre e levar a vida fazer o quê? Então, eu levo minha vidinha lá, um dia eu pego uns duzentos real e faço minha festinha né? Mas por enquanto né se veio pra mim, não vou passar pros outros, isso aí é desumano. (Idoso 4)

No decorrer das entrevistas com os idosos, ficou evidente a dificuldade que tiveram no momento de se referir a sua doença. Dificilmente eles falavam as palavras Aids e HIV.

Quando eu fiquei sabendo que tinha isso foi muito difícil pra mim (...) (Idoso 5)

O povo fala que essa coisa pega quando não usa camisinha (...) (Idoso 3)

Esse fato foi também evidenciado por Machiesqui et al. (2010), o que chamaram de “silêncio da condição sorológica”, que pode aparecer de várias formas, tanto no momento em que se expressa outra palavra para se referir à Aids ou quando a palavra é oculta. Essa atitude dos idosos pode estar relacionada à associação significativa a questões negativas, como a morte, o preconceito e a discriminação.

Infelizmente, mesmo após 30 anos de descoberta da Aids, os pacientes ainda enfrentam o preconceito e a discriminação. No caso dos idosos, o preconceito ocorre com peso duplo, pois na nossa sociedade ser idoso e infectado pelo HIV é algo inadmissível.

(...) o que muda mais ainda é a discriminação (...) eu acho que a gente é meio excluído pela gente mesmo, a gente fica um pouco excluído da sociedade (...) (Idoso 5)

Por causa do preconceito [o HIV] é uma coisa que não interessa a ninguém, né? E depois é uma doença que tem preconceito e essas coisas, né? (Idoso 1)

Quando as pessoas descobrem que você tem HIV parece que a pessoa se afasta um pouco da gente né. (Idoso 6)

O discurso citado vai ao encontro do que diz o médico sobre a infecção do HIV entre os idosos.

E se a gente pegar um caso de HIV no idoso, a gente acha um absurdo, não sei, tem essa concepção. Nunca presenciei um caso novo de HIV em idoso, entendeu? Até pela faculdade eu nunca peguei. (...) a gente acaba criando um pouco de preconceito que idoso não vai contrair HIV. (Médico 9)

Frente à realidade de preconceito e discriminação, além do sigilo em relação à doença, criam-se situações em que apenas algumas pessoas do meio familiar saibam da condição sorológica do idoso, o que por outro lado dificulta o enfrentamento do idoso portador do HIV, visto que a família constitui uma das mais importantes redes de apoio psicossocial que podem ajudar no acolhimento.

(...) eu sei que tem preconceito e depois eu chego na casa deles [dos amigos] e não posso tomar nem água (...) se ele tem isso daí [HIV], então vamos nos afastar dele né! São só os filhos. Os filhos e a nora. E lá onde eu moro, ninguém sabe que eu tenho. Ninguém! Nossa não posso senão não tenho mais amigo (risos). (Idoso 7)

Família minha nem sabe que eu tenho isso, acredita? Própria irmã minha, não sabe. Minha esposa sabe de tudo e ela participou de tudo. Eu não falo, eu nunca falei, até hoje eu nunca falei da minha vida pra ninguém que eu tenho esse problema (...) (Idoso 2)

Além do preconceito da sociedade, alguns pacientes não concordaram com a postura do médico perante o paciente. No relato seguinte, fica evidente que o preconceito é sentido muitas vezes pela atitude do profissional e não pelas palavras.

Até mesmo médico, é complicado, muito complicado. Ainda no Brasil tem muita discriminação. (...) Eu sinto sim e às vezes eu não falo, principalmente, por exemplo, o aids me

atacou a vista, minha vista era boa, o vírus atacou a vista e as vezes eu nem no oftalmo eu posso falar, porque eu sei que existe porque por mais que ninguém fala você sente que a pessoa te trata diferente (...) eu tenho uma passagem lá no pronto socorro, três médicos que ainda não estão totalmente formados, ainda estão estudando, mas faz atendimento, falou pra mim quando descobriu que eu estava [com HIV], agora você não precisa mais vir no pronto socorro porque o seu tratamento é lá no Hospital Dia, vou te passar pra lá. (...) e não é bem assim. Então eles não queriam mais por a mão em mim. (Idoso 5)

No relato a seguir, o idoso coloca o preconceito do médico que o atende ao referir que ele é culpado por ter contraído o HIV; como se não bastasse, o profissional declara que a partir de então ele não deveria mais ter vida sexual.

Uma vez que eu não gostei que ele veio perguntar “você gostaria que a pessoa tivesse passado a doença pra você?” e eu falei não porque isso daí eu não admitia porque isso se a pessoa souber e passar pra mim, isso não era coisa, isso é uma doença, e ele “mas o senhor sabe que o senhor não vai poder...”, mas lógico que eu sei e eu não vou querer [ter mais relação sexual], e pra começar. (Idoso 6)

Embora grandes avanços já tenham acontecido desde a descoberta da Aids, principalmente em relação aos medicações antirretrovirais, que conseguem proporcionar mais qualidade de vida aos pacientes, pouco se tem avançado na tentativa de superar o preconceito e a discriminação na vida das pessoas vivendo com HIV.

O medo da discriminação modifica a vida cotidiana das pessoas afetadas pela epidemia da Aids. A descoberta do HIV impõe ao indivíduo, de um lado, lidar com toda transformação da consciência sobre si mesmo, e, de outro, dar conta da decisão de revelar-se para os outros, o que leva o indivíduo a dar explicações de como adquiriu a doença, além de ter que considerar o sofrimento das pessoas queridas, muitas vezes familiares, diante do adoecimento. A infecção pelo HIV vai além de um evento viral, sendo resultante de eventos psicossociais e fatos sócio-políticos (Paiva, 2009).

Sendo assim, ao invés de se considerar o idoso como objeto de intervenção, deve-se defini-lo como um sujeito de direito (sujeito-cidadão) afetado pela Aids. Paiva (2009) enfatiza que a abordagem psicossocial e emancipatória da atenção às pessoas vivendo com HIV é capaz de integrar cuidado e prevenção do adoecimento.

Como forma de subsidiar políticas públicas abarcando o cuidado com os idosos, as ações voltadas para a prevenção do HIV devem ser consideradas prioritárias, sem deixar de lado a identificação de particularidades nos aspectos psicossociais de viver com Aids nessa fase da vida (Castro, 2007; Andrade, Silva, Santos, 2010).

Dessa forma, finalizando as categorias **Infecção e formas de contágio do HIV e Enfrentando a soro positividade: o cotidiano dos idosos vivendo com HIV** é importante ressaltar a necessidade de compreender o idoso como sujeito do seu cotidiano e de direitos, ou seja, a conversa sobre o cotidiano deve ser o foco inicial de ação, fazendo que esse sujeito se apresente como autor de sua história. O papel do profissional de saúde é estar preparado e aberto para compreender as situações expostas por esse idoso, a fim de construir junto a esses sujeitos novas perspectivas diante do viver com HIV/Aids (Paiva, 2009, 2010; Ayres, Paiva, França Junior, 2010).

Trata-se, então, de co-construir com essas pessoas sua emancipação psicossocial, que, quando associada ao cuidado, passa a ser uma janela de oportunidade que se deve abrir para a vida cotidiana, sendo necessária para afirmar a presença psicológica dos sujeitos e de seus projetos de vida.

5.2.2 Vulnerabilidade Social

A vulnerabilidade social perante o HIV/Aids é intercedida pelas noções de cidadania, direito humano à saúde, os direitos reprodutivos e o direito à livre orientação sexual, assim como pelos sentidos e significados sociais atribuídos ao pertencimento étnico e racial, às identidades de gênero, à idade e à geração, à denominação religiosa, dentre outras dimensões (Garcia, Souza, 2010)

A dimensão social da vulnerabilidade, de acordo com Ayres et al. (2009), diz respeito ao acesso às informações, às possibilidades de compreendê-las e ao poder de incorporá-las às mudanças práticas. Isto não depende só dos indivíduos, mas de diversos aspectos, como acesso aos meios de comunicação e à escola, e pode ser entendida como reflexo das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão.

Tendo como referência para a análise das entrevistas a categoria analítica da vulnerabilidade social, foi possível elucidar as seguintes categorias empíricas: **Acesso do idoso aos serviços de saúde x solicitação da sorologia para HIV e Marcos da relação entre profissional de saúde e o idoso.**

A) Acesso do idoso aos serviços de saúde x solicitação da sorologia para HIV

O acesso a ações e serviços de saúde pode ser considerado como um dos componentes principais da qualidade da atenção. No entanto, não basta apenas ter acesso, pois são fundamentais o acolhimento e o preparo dos profissionais de saúde para atenderem os idosos.

Os dados que serão apresentados abaixo evidenciam uma realidade constante nos serviços de saúde, quando se diz respeito ao diagnóstico do HIV entre os idosos. O diagnóstico ocorre na sua grande maioria no serviço secundário, pois, quando o paciente procura o serviço primário de saúde apresentando sinais e sintomas, o profissional de saúde não relaciona as

queixas a uma possível infecção pelo HIV. A maioria dos exames laboratoriais é solicitada, menos a sorologia para HIV, ou seja, a solicitação do exame HIV na atenção básica não é uma realidade no atendimento do idoso.

Eu frequentava lá [posto de saúde] (...) cheguei a consultar lá, mas pediram exame de sangue normal não para HIV. (Idoso 5)

Eu ia [na unidade de saúde da família], mas eles [profissional da saúde] não faziam os exames certos, os exames não chegavam nunca. Comecei passar mal e surgiram as verrugas e comecei a emagrecer também ... aí eu vim pra cá [HC- Unesp]. (Idoso 7)

Há profissionais que admitem que a sorologia para HIV não faz parte da rotina e que a solicitação só ocorre para as pessoas de risco. Observa-se, no decorrer das entrevistas, que poucos são os profissionais que conhecem o conceito de vulnerabilidade e equivocadamente ainda utilizam a palavra risco para designar quais pessoas devem fazer o exame para HIV. Os profissionais deixam claro que o idoso não faz parte desse grupo.

(...) na verdade a nossa rotina de pedir teste de HIV são para aquelas pessoas de risco que a gente detecta na consulta, gestante, mesmo um adulto quando não é de risco a gente não tem o costume de pedir o HIV e para o idoso a mesma coisa. É que idoso às vezes a gente acha, não tem relação, aquelas coisas mais assim, quando a gente vê que não é casado ou que é casado e tem outras relações, mas geralmente não... Não, numa consulta de rotina, de hipertensão de um idoso, por exemplo, eu não costumo, a gente não costuma pedir HIV. (Médico 11)

(...) mas assim eu acho que é uma falha até nossa, falar que é rotina oferecer, a gente não oferece não. (...) e falar que é uma coisa que eu chego espontaneamente e ofereço de rotina vou tá mentindo, até deveria, mas não faço. (Médico 5)

Ayres et al. (2009) afirmam que tem sido frequente o uso do termo vulnerabilidade como sinônimo de risco, no entanto, apesar deles terem uma estreita relação, são distintos. Segundo Nichiata et al. (2008), com a

epidemia da Aids, pesquisadores e profissionais de saúde puderam repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade.

O risco tem sido o núcleo central de estudos no campo da epidemiologia, buscando identificar nas pessoas características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição, calculando-se a probabilidade e as chances maiores ou menores de grupos populacionais de adoecer ou morrer por algum agravo de saúde. O risco tem uma identidade bastante sólida, com caráter eminentemente analítico. Já a vulnerabilidade, como um conceito emergente, está mais voltada ao caráter sintético (Ayres et al., 2006a).

Sendo assim, o processo analítico de risco epidemiológico é a probabilidade de que um indivíduo de qualquer grupo exposto a um determinado agravo ou condição venha a pertencer a outro grupo, o dos afetados. A vulnerabilidade tem como pretensão a busca da síntese, ou seja, trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concreta e particularizada, em que os nexos e mediações entre esses fenômenos sejam o objeto do conhecimento sobre vulnerabilidade; diferentemente dos estudos de risco, busca universalidade não a reprodutibilidade (Ayres et al., 2006a; Nichiata et al., 2008).

Dentre os motivos que levam os profissionais a deixarem de solicitar o exame de HIV, está a crença de que há prioridade de se investigar outras doenças mais prevalentes no idoso. Dessa maneira, somente no momento em que se esgotam todas as outras possibilidades de diagnóstico é que os profissionais pensam na infecção pelo HIV.

A gente acaba deixando meio por segundo plano, acaba achando que é alguma coisa orgânica, de doença, não que o HIV/Aids não seja doença, mas que é alguma coisa física, anatômica assim que um câncer, a gente sempre acha que é o óbvio, a gente acaba esquecendo. (Médico 9)

(...) primeiro a gente investiga outras causas e quando a gente vê que não é uma patologia comum da comunidade é que a gente vai acabar levantando uma pulga atrás da orelha e talvez por se falar que é um idoso a gente não

espera um comportamento de risco, uma infecção. (Médico 3)

A gente primeiramente investiga outras coisas, acho que a última coisa a se pensar é no HIV positivo. Primeiramente acho que ia investigar tudo menos pensar em HIV. Ainda mais para o idoso, se fosse jovem acho que até ia ser um dos exames, mas como é idoso... (Enfermeiro 2)

Em pacientes idosos, o diagnóstico é realizado em uma fase tardia da história natural da infecção pelo HIV, e a solicitação do exame para HIV só ocorre após investigação extensa e por exclusão de outras doenças, o que atrasa o diagnóstico e o tratamento (Gross, 2005; Pottes et al., 2007; São Paulo, 2011).

O diagnóstico tardio na população idosa, como discutido, pode estar associado ao estigma, à marginalização, à falta de informações dirigidas a idosos, a estereótipos e preconceitos de alguns profissionais de saúde (São Paulo, 2011), como ilustram as falas acima.

Mesmo os profissionais de saúde relatando a importância da solicitação da sorologia para HIV como exame de rotina, foi observado que essa prática não se configura como medida efetiva no dia-a-dia dos atendimentos à população idosa (Oliveira, Araújo, Saldanha, 2006).

O relato de dois enfermeiros aponta situações em que a solicitação do exame de HIV ocorreu tão tardiamente que, quando o resultado positivo chegou, o paciente já havia falecido.

(...) o paciente era bem idosinho, vinha apresentando perda de peso ia piorando a cada dia e parece que ninguém ainda tinha pensado nessa possibilidade [do HIV], talvez a gente descarte isso no idoso. E daí numa dessa, a gente começou a descartar as coisas e a gente acabou solicitando pra esse idoso e esse idoso inclusive foi a óbito, porque quando foi descoberto veio esse resultado pra gente desse HIV positivo (...) Daí que a gente foi atrás da esposa que também era HIV positivo. (...) ele já tinha passado por inúmeros profissionais, por inúmeras consultas e ninguém tinha cogitado essa hipótese, que poderia ser decorrente de uma Aids (Enfermeiro 9)

Eu tive uma paciente agora, que faleceu faz duas semanas inclusive, que ela chegou, pra gente ela chegou de outra cidade e a gente acabou não suspeitando na ocasião. (...)

parecia que estava com uma depressão, ela tinha acabado de perder o companheiro, estava muito emagrecida. O que chamou atenção, no final, dela foi a parte da pele que já começou a dar algumas alterações já em descamações e outros sintomas já mais avançados da doença, mas a gente acabou não suspeitando naquele primeiro momento (...) até pela dificuldade de conversar sobre a parte sexual com ela também. (...) a gente encaminhou ela pra Unesp, chegando lá colheram alguns exames e constataram o HIV positivo nela, também, e aí depois até fecharam o diagnóstico com tuberculose também que foi o motivo do óbito dela. E eu tive dificuldade assim de ver um sinal ao exame físico para o HIV, porque na verdade já estava num estágio mais avançado e os outros casos que a gente, também, diagnosticou na unidade praticamente não tinham sintomas, então, pra gente pensar mesmo na questão do emagrecimento, a pele, também, eu sei que é um pouco mais tardio (...) (Enfermeiro 3)

Para que não ocorram fatalidades como as mencionadas acima, uma questão importante da infecção do HIV em idosos é diferenciar os sinais e sintomas relacionados à idade, ao vírus e as que são relacionadas a ambos.

Como muitos sintomas de doenças próprias da idade e do HIV são semelhantes, o diagnóstico diferencial passa a ser um processo complexo. Alguns sintomas físicos relacionados à infecção pelo HIV, como emagrecimento, fadiga, falta de ar, dor crônica, emagrecimento, anorexia, depressão, erupção cutânea, sintomas de aterosclerose, infecções bacterianas, pneumonias e infecções por herpes zoster, podem ser relacionados apenas ao processo de envelhecimento, não identificando a infecção do HIV como um fator causal ou relacionado (São Paulo, 2011). A falta de especificidade dos sintomas pode retardar o diagnóstico em até 10 meses, resultando no atraso do tratamento antirretroviral (Inelmen, Gasparini, Enzi, 2005; Lacerda, Kitner, 2008).

É fundamental que aconteça o diagnóstico precoce dos idosos, uma vez que esses apresentam uma evolução mais rápida da doença e/ou maior risco de progressão, pois as células CD4+ caem mais rapidamente a níveis inferiores, tornando o sistema imunológico mais precário no início do tratamento. Dessa forma, o idoso terá uma resposta mais lenta ao uso da TARV e a recuperação do sistema imunológico será mais vagarosa,

afetando diretamente a qualidade de vida dessa parcela da população (Manfredi et al., 2004; Brañas, Serra, 2009).

Com relação à solicitação da sorologia, os relatos abaixo ilustram uma realidade frequente diante do pedido da sorologia de HIV para o idoso: o exame solicitado pelo próprio paciente. Os profissionais deixam claro que a solicitação do exame não é rotina e que em alguns casos só fazem o pedido se o próprio paciente solicitar, seja direta ou indiretamente.

Não [solicito exame de HIV], só quando eles pedem mesmo, ou quando tem alguma história que leva a pensar em alguma DST, aí eu peço, mas não de rotina. (Médico 4)

Uma vez, uma pacientinha se não me engano 68 anos, ela pediu pra que solicitasse. De rotina eu não faço. Ela disse que tinha se separado do esposo e que o esposo tinha saído de casa, tinha tido outros relacionamentos e depois procurou ela de novo e eles estavam juntos novamente (...) (Médico 6)

(...) quando é espontâneo, o paciente quer o exame, quando fala de rotina ele fala: “pede tudo” e eles dão uma indireta que querem esse exame [HIV] também (...) (Médico 12)

Para alguns profissionais, a campanha do *Fique Sabendo* foi a estratégia usada no serviço primário de saúde para abordar o idoso e oferecer a solicitação do exame para HIV. Observa-se em algumas entrevistas que o profissional nunca havia oferecido o exame de HIV para os idosos. Essa campanha tem por objetivo conscientizar a população sobre a importância da realização do exame, ou seja, uma mobilização de incentivo ao teste de Aids (Brasil, 2012).

(...) eu pedi pelo Fique Sabendo na campanha do final do ano que elas vieram pra consulta e a gente oferece pra todo mundo, independente da idade, então, tiveram algumas acima de 65 que fizeram. (Enfermeiro 2)

Nunca ofereci, a gente só ofereceu na Campanha do Fique Sabendo, daí a gente pega todo mundo de qualquer idade, mas não acaba sendo uma prática absoluta. (Enfermeiro 5)

Mesmo um enfermeiro relatando que a campanha do *Fique Sabendo* não é direcionada aos idosos, nota-se, pelos relatos abaixo, que os idosos viram nesta campanha uma oportunidade de realizar a sorologia.

Até as campanhas mesmo que são feitas do Fique Sabendo e tal acaba assim não tendo muito incentivo pros idosos. (Enfermeira 3)

(...) várias pessoas de idade se propuseram a fazer o exame, da própria vontade também. (Médico 3)

(...) a gente fez também o Fique Sabendo que veio, teve bastante procura, uma porcentagem bem grande de paciente idoso pra querer fazer. (Médico 1)

Nós tivemos um caso recente, mas não foi em consulta de rotina, foi na campanha Fique Sabendo, que o paciente veio através da divulgação pra fazer exame e foi detectado HIV positivo, era já um senhor de idade com família (...)
(Enfermeiro 6)

Importante ressaltar nessas campanhas as noções de que os testes devem ser sempre voluntários, confidenciais e acompanhados de aconselhamento de alta qualidade. O acesso ao teste, oferecido deste modo, é um direito do cidadão. Há também a necessidade de estabelecer mecanismos de referência e contra referência em todos os espaços onde há disponibilidade de testes para HIV (Wolfenbutel et al., 2009)

Em relação ao itinerário terapêutico dos idosos vivendo com HIV, na presente pesquisa, nove idosos tiveram acesso pelo serviço secundário de saúde para obtenção do diagnóstico do HIV. O tempo entre a manifestação dos sinais e sintomas e a confirmação diagnóstica variou de 42 dias a um ano, sendo que a grande maioria aconteceu após algum tempo de internação ou quando o paciente foi atendido no pronto-socorro, ou seja, o diagnóstico só foi evidenciado após o idoso já apresentar sinais e sintomas sugestivos da infecção pelo HIV.

Meu estômago tinha um tumor. Mas foi feito a biopsia e deu como não era maligno. Mas mesmo assim tinha que tirar o tumor pra ver direito tal e eu fiz a operação tirou e não deu nada (...) mas eu continuei perdendo peso e dor nas costas e tudo aquilo lá e coisa, pensei até que era coluna, fui no

posto e não fizeram nada. Ai eu vim pra cá [via pronto socorro da Unesp] e foi descoberto que eu tinha esse linfoma (...) fiquei internado 42 dias [no HC] e foi pedido exame de HIV (...) eu soube o resultado aqui [no Hospital Dia HIV/Aids], quando me chamaram aqui os médicos me falaram. (Idoso 1)

(...) o que aconteceu é que eu viajava muito [paciente era caminhoneiro], a minha alimentação era muita escassa, eu quase não me alimentava bem, quando almoçava não jantava, não tomava café direito e foi indo (...) até que um dia eu fiquei doente e no postinho ninguém achava nada. Ai minha mulher me levou no hospital, na USP de São Paulo e lá acusou que eu tinha esse vírus no sangue. (Idoso 2)

Eu estava tendo “problema” de desmaio (...) eu ia subir uma escada assim, escurecia a vista, não via nada. Faziam exame [no posto de saúde] e não dava nada (...) fui ficando ruim até que colocaram marca-passo em mim e não sabiam que eu tinha essa doença [HIV]. Fiquei internado e os médicos falaram assim pra mim: “Escuta, a gente pode fazer um exame dessa ... aí com o senhor?” aí eu falei pode. Aí fizeram o exame aí deu positivo. (Idoso 6)

Mesmo tendo acesso pelo serviço secundário de saúde, que possibilita o uso de tecnologias mais avançadas do que na atenção primária, a solicitação do exame de HIV fica como a última opção. Essa situação demonstra o despreparo e a descrença dos profissionais de saúde para pensarem na possibilidade da infecção do HIV no idoso. O fato de acreditarem na assexualidade do idoso faz que os médicos não solicitem o exame de HIV, deixando que o diagnóstico aconteça tardiamente. Questiona-se: será que se fosse um jovem apresentando as mesmas queixas abaixo os médicos e enfermeiros não solicitariam a sorologia para HIV?

Eu sempre estava gripado, eu vinha tendo muita fraqueza e os médicos [do HC – Unesp] não achavam o que eu tinha. Até que eu tive duas pneumonias (...) logo em seguida tive o herpes zoster (...) eu comecei a tratar e não sarava. Aí os médicos já não sabiam mais e pediram: posso fazer todos os exames pra você, porque eles não achavam o que eu tinha, mas demorou muito (...) depois de 1 ano, foi aí que passou pro medico monitor [docente] e ele falou que ia fazer todos os exames pra ver o que você tem, porque nós não achamos o que você tem. (...) e eu só emagrecendo (...) quando eu comecei a fazer esses exames eu estava com

83kg e eu vim a 63kg. Aí fez o exame e deu soropositivo. Foi no pronto socorro. (Idoso 5)

Eu não comia, fui emagrecendo muito do nada, não se alimentava, não tinha nada. Foi indo que me internaram no Hospital de Conchas. Me deu umas coceiras no corpo daí umas feridas (...) falaram que era sarna e piolho. Daí deixaram, estava magrinha não tinha mais jeito, daí minha nora ajeitou aqui [HC – Unesp]. Daí com tratamento fiquei 2 meses internada. Daí pediram o exame [de HIV] e deu positivo. (Idosa 9)

A partir da constatação de que o diagnóstico do HIV ocorre tardiamente no idoso, Zornitta (2008) afirma que o número de idosos com HIV deva estar subestimado, já que é uma hipótese diagnóstica que os profissionais de saúde não fazem, causando erros, dificuldades e/ou demora do diagnóstico, o que pode provocar sofrimento e mortes desnecessárias.

Diante da realidade do diagnóstico tardio, constatou-se no estudo que a (in)visibilidade da sexualidade do idoso se apresenta como fator facilitador ou dificultador diante da solicitação do exame HIV.

Eu ainda acho que tem preconceito, estigma de você é considerar um idoso aí sei lá, né? De 60, 65, 70 anos com vida sexual ativa, às vezes a gente já subestima achando que não tem mais relação, que não tem, mas que já teve também na vida, então eu acho que a gente ainda tem preconceito e dificuldade de lidar com a sexualidade na terceira idade com o idoso, então eu acho que a dificuldade para abordar o tema faz com que muitas vezes a gente deixe de pedir a sorologia, porque você tem que primeiro abordar o tema pra chegar até a sorologia, então, eu acho que ainda existe essa dificuldade do profissional. (Enfermeiro 9)

O envelhecimento é uma etapa da vida humana, assim como tantas outras. Observa-se, no entanto que ele está associado a outras representações negativas, tais como perdas e a ideia de final de vida. Muitas vezes o idoso é imaginado como aquele que está se despedindo da vida: aposentou-se do seu trabalho, de sua função, aposentou-se da vida. Este preconceito de concepção da sociedade e dos profissionais de saúde acaba por privar os idosos de vários aspectos, dentre elas a vivência da sexualidade.

A sexualidade e o envelhecimento são fenômenos históricos e socialmente construídos, dessa forma, não se deve imaginar que aconteçam de forma semelhante para todas as pessoas. O profissional de saúde deve estar atento à individualidade de cada paciente idoso.

Diante da realidade da invisibilidade da sexualidade das pessoas em idade avançada, há idosos que relatam que o questionamento sobre a sexualidade só aconteceu após o diagnóstico da infecção pelo HIV e que antes nenhum profissional levantou questionamentos.

Não, não, antes não. Ninguém nunca perguntou nada sobre essas coisas [sobre sexualidade]. Ah, perguntavam depois que tava doente. (Idoso 10)

Não, não chegava [não chegava a perguntar nada sobre a vida sexual], eu ia no médico porque eu estava sentindo alguma coisa (...) nenhum profissional falou nada a respeito [sobre a vida sexual] (Idoso 5)

Não, nunca perguntaram nada. Não, acho que eles pensam que a gente é caipira e ... que é meio tapado né (risos) ou tem medo de perguntar [o profissional de saúde] e ficar com vergonha né ... (Idoso 7)

Fato semelhante foi relatado por grupo de idosos que frequentava a atenção básica, que referiram nunca terem recebido nenhuma orientação envolvendo o tema sexualidade dos profissionais de saúde. Essas informações foram transmitidas apenas por meio de material impresso e em nenhum momento foram abordadas em consultas e/ou palestras, demonstrando a fragilidade do atendimento ao idoso (Laroque et al., 2011).

O tema sexualidade é um assunto velado e vários trabalhos mostram que muitos profissionais de saúde tem dificuldade em abordar o assunto durante o atendimento do idoso (Gross, 2005; Oliveira, Araújo, Saldanha, 2006; Zornitta, 2008; Silva, 2009; Oliveira et al., 2011).

Há profissionais que referem dificuldade em abordar as questões relacionadas à sexualidade, no entanto, afirmam que o idoso tem vida sexual ativa.

Então é uma coisa mais difícil de lidar, mas você tem que orientar porque as pessoas envelhecem o brasileiro tá envelhecendo, tá tendo uma quantidade muito grande de

idosos e eu acho que o idoso não tá morto, então, ele vai procurar ter sua, se ele tá viúvo, se tá separado, se ele tá sozinho ele vai buscar um relacionamento e nesse relacionamento a gente, na hora a gente nunca pensa, você nunca vai pensar: “ai essa pessoa tem isso”. (Enfermeiro 11)

Eu acho que assim, primeira coisa a gente tem que pensar que idoso não é assexuado, que é uma coisa que a gente esquece, acha que só porque tem uma idade, idoso já não tem mais vida sexual (...) (Enfermeiro 3)

Dessa maneira, observa-se que, apesar das preocupações dos profissionais com a sexualidade do idoso e, embora, hoje se fale em sexo mais do que nunca, crenças sobre o normal ou adequado permanecem enraizadas na sociedade.

Interessante destacar, também, que alguns médicos e enfermeiros referiram que a abordagem da sexualidade faz parte da consulta do profissional. Os profissionais deveriam fazer dessa abordagem uma rotina no seu atendimento. Muitas vezes, há o espanto por parte do idoso quando ocorre esse tipo de questionamento, pois, como se sabe, são poucos os espaços em que esses idosos podem falar abertamente sobre sexualidade.

A gente de praxe assim sempre pergunta sobre a vida sexual, se tem problema, dor, não só a parte física, mas também se tem prazer a gente tenta abordar, que muitas das mulheres nunca, nunca falaram disso na vida nem com a família, tanto que elas se assustam, faz parte do meu questionário perguntar, questionar, “nossa doutora nunca me perguntaram isso na vida”. Então, mas acho que é importante esse espaço porque faz parte da saúde, mas nunca teve problema assim, elas ficam meio espantadas, mas é bom porque uma conta pra outra e aí a amiga vem procurar a unidade também, quer se cuidar, então, acho que isso é importante. (Médico 1)

Eu já coloco isso como uma rotina na consulta pra ser mais fácil, sabe? Como eu pergunto de vacina, pergunto de escolaridade, pergunto de religião, pergunto da sexualidade. Isso é uma rotina pra mim, então, pra mim, talvez eu esteja assim, não é difícil, mas pra algumas pessoas se não tiver isso na mente como rotina, acaba não fazendo. (Enfermeiro 11)

Assim, muitas vezes o idoso se sente surpreso diante de algum questionamento sobre a sua vida sexual, porque a sexualidade desse grupo,

na sua maioria, foi tratada em módulos anexos, isto é, não sendo considerada como parte integrante na vida cotidiana das pessoas mais velhas (Zornitta, 2008).

Ao invés de abordar diretamente questões sobre sexualidade, alguns profissionais apresentam estratégias para chegar ao assunto. O uso de preâmbulos para abordar a sexualidade pode ser uma alternativa valiosa, uma vez que o paciente pode perceber que o interesse do profissional é atendê-lo integralmente.

Eu sempre pergunto por que, pras mulheres idosas eu vivo perguntando se o Papanicolau está em dia. É um caminho, na verdade você tá entrando de uma forma disfarçada no assunto, então, “a não, não fiz” a senhora tem vida sexual ativa “a tenho”, tem que fazer o Papanicolau, se a senhora tem interesse no teste de HIV, pensando nas hepatites. (...) eu faço semanalmente campanhas de próstata e o que eu faço antes de chamar eles pra sala, aproveito que eles estão na sala de espera e falo sobre o que é a próstata, o que tem que examinar e você acaba falando do sexo seguro, você aproveita o assunto pra fazer o gancho, com a sexualidade (Médico 3).

Segundo o relato de alguns profissionais, a abordagem da sexualidade acontece com mais facilidade quando o idoso manifesta alguma queixa e, também, e dá abertura ao profissional. O fato de manifestar alguma queixa mostra que o idoso está disposto a falar sobre questões íntimas, o que facilita o diálogo com o médico ou enfermeiro.

Tenho dificuldade [de falar sobre sexualidade] acho que até sinto sim, eu tento conversar assim, mas não entro muito em detalhes, mas se ele vem me queixando assim, tá com dificuldade assim, daí eu costumo entrar, agora, se não, não. Eu acho que não me sentiria a vontade dele não me queixar nada e eu entrar nessa parte dele assim sabe, eu, às vezes por vergonha dele querer se expressar, não abordo. Acabo não perguntando, tá namorando, não costumo falar. Se a pessoa vem me falando aí até que eu entro no espaço. (Médico 7)

Eu não sinto muita dificuldade, eu acho assim que às vezes tem alguns idosos que dão mais abertura, outros dão menos, mas geralmente se você conversa elas gostam de conversar e eles também (...) eu acho que se o idoso trazer a queixa eu acho que não tem dificuldade, mas talvez se

pensar em abordar em uma consulta rotina, de hipertenso e diabético acho que nem passa pela cabeça esse tipo de assunto (...) (Enfermeiro 2)

Durante o encontro do idoso com o médico ou enfermeiro, não existe uma única maneira de se abordar questões relativas à sexualidade. Acredita-se que, quando o profissional demonstra respeito e interesse em cuidar do paciente idoso, ele sentirá confiança e certamente o diálogo entre profissional de saúde e idoso acontecerá de forma bem-sucedida.

Diante dos mitos e preconceitos que revestem a sexualidade, o profissional de saúde necessita ser mais bem preparado para o diálogo sobre saúde sexual com os pacientes (Silva et al., 2011).

Um enfermeiro relatou que as questões ligadas à religião e à criação, ou seja, a cultura de cada profissional, são responsáveis por dificultar a abordagem da sexualidade com o idoso.

(...) a dificuldade eu acho que depende muito do profissional, talvez da criação, da religião e outros fatores que foram implicando durante os anos da vida e que fica difícil, não sei se isso é mais fácil pros profissionais mais novos. (Enfermeiro 11)

Como a sexualidade é inerente ao ser humano e manifesta-se durante toda a vida, é compreensível que o profissional, ao abordar a sexualidade do seu paciente, leve em consideração os seus próprios valores, visto a dificuldade de se conseguir ficar totalmente neutro diante desse tema. A aquisição de conhecimentos sobre a temática contribui para a minimização de posturas indevidas e inadequadas dos profissionais frente ao seu paciente (Alencar, Ciosak, Bueno, 2010).

Além da dificuldade de abordar o assunto, o fato de as consultas serem rápidas também impede que a abordagem da sexualidade aconteça no atendimento ao idoso.

Primeiro eu acho que por causa do tempo também, as nossas consultas são muito rápidas, aquela anamnese que a gente aprende de perguntar tudo é só se o paciente traz mesmo essa demanda e muitas vezes a gente acaba esquecendo mesmo. Talvez pelo tempo que é corrido a

gente acaba se apegando na queixa do paciente mesmo, nas consultas agendadas pela demanda que a gente tem, de muitos pacientes. (Médico 11)

Outro profissional questionou a formação dos médicos e enfermeiros e ressaltou que é ensinado que as doenças que mais acometem os idosos são a diabetes e a hipertensão.

A gente [profissional de saúde] não tem muita formação e facilidade de abordar o tema de DST, pensando tanto no HIV quanto nas doenças sexualmente transmissíveis a gente pensa muito na parte do jovem, na população idosa a gente sempre pensa em doenças crônicas, pensa em pressão, diabetes, mas nunca com relação a parte do HIV. Então, acho que isso daí já é ensinado na graduação pra gente que idoso sempre o risco é maior de uma pressão alta, diabetes (...) (Enfermeiro 3)

Essa percepção do enfermeiro é confirmada por Zornitta (2008), ao considerar que os profissionais de saúde só estão preparados para lidarem com doenças consideradas próprias da velhice: hipertensão, diabetes, cardiopatias e outras.

Há quase duas décadas, Garcia (1993) já se preocupava com a formação do enfermeiro para lidar com a sexualidade do paciente.

Em estudo realizado com alunos de enfermagem, foi verificado que a falta de uma abordagem consistente sobre o tema sexualidade humana com os discentes durante a graduação pode prejudicar os enfermeiros na sua futura prática diária, independentemente da sua área de atuação, uma vez que esses profissionais não estão sendo preparados adequadamente. Ressalte-se ainda que não existe no currículo das escolas de enfermagem públicas do Estado de São Paulo uma disciplina específica para o ensino da sexualidade humana (Alencar, Ciosak, Bueno, 2010).

Entre todos os profissionais entrevistados, apenas um enfermeiro levantou uma questão fundamental em relação à dificuldade ou não em abordar a sexualidade, pois acredita que está relacionado ao modo como o profissional percebe sua sexualidade. A percepção que o indivíduo tem sobre a sua sexualidade reflete diretamente no modo como trabalha esse assunto com os seus pacientes.

Eu não (risos) [não tem dificuldade de falar sobre sexualidade], porque eu falo que a gente tem [a nossa sexualidade], eu não sei se eu posso falar isso assim baseado na literatura, mas eu falo que quando a gente tem pra gente a nossa sexualidade muito bem resolvida a gente consegue trabalhar o outro, se a gente não tem a gente tem dificuldade pra trocar uma sonda né, só de ver o genital do outro (Enfermeiro 8)

Várias pesquisas têm mostrado que não é rotina nas atividades de atendimento ao idoso a verificação sobre o comportamento sexual, pois de certa forma existe um consenso de que o idoso não tem vida sexual ativa e que não pensa em sexo. Assim como os profissionais de saúde, a sociedade acaba por relacionar a atividade sexual a uma atividade exclusiva da população jovem (Pottes et al., 2007; Olivi, Santana, Mathias, 2008; Sousa, Suassuna, Costa, 2009; Laroque et al., 2011; Driemeier et al., 2012).

Sendo assim, ter relação sexual na velhice não é culturalmente aceita, e isso implica numa assistência fragmentada. Muitas ações, como na prevenção de DST/Aids, a abordagem da sexualidade e solicitação da sorologia do HIV não são realizadas de maneira efetiva.

Frente a esse contexto, o relato seguinte mostra as consequências da invisibilidade da sexualidade do idoso, pois, mesmo diante de um exame positivo para DST em idosas, o profissional não solicitou a sorologia para HIV.

Teve uma campanha que a gente fez de papanicolau, que a gente colheu Chlamydia delas. Teve bastante idosa com chlamydia positiva assim sabe, de 15 idosas que colhemos, acho que 9 deu chlamydia positiva a gente até pensou nossa uma população que a gente nem imagina que tem alguma coisa mas deu chlamydia positiva em 9 mulheres idosas, acima de 65 anos. Não foi feito [solicitação do exame de HIV], nós tiramos só pra tratar chlamydia. (Enfermeiro 2)

Além de serem facilitadoras da transmissão de HIV, podendo aumentar o risco de contaminação desta em até 18 vezes, as DST também estão ligadas às complicações clínicas do HIV. Frente a isso, a infecção pelo HIV pode alterar a evolução natural das DST, levando ao estabelecimento

de quadros mais graves e de difícil tratamento (Santos et al., 2009; Passos et al., 2010).

Outra situação que demonstra a invisibilidade da sexualidade na população idosa é a não solicitação do exame HIV em casos diagnosticados de tuberculose. Nota-se no relato do profissional que, por se tratar de idoso, o exame de HIV não é solicitado, pois acredita na manifestação de outras doenças mais prevalentes no idoso, trazendo à tona novamente a invisibilidade da sexualidade do idoso.

Diferente assim de jovens com tuberculose, por exemplo, um contato com tuberculose, a gente está fazendo numa galera, todo mundo entra numa rotina de sorologias, mas idoso não ... eu acho que porque são jovens, as idosas a gente acaba pensando numa coisa mais crônica que esteja com uma manifestação agora. (Enfermeiro 1)

A OMS ressalta a importância do aconselhamento e da realização, em caráter voluntário, do teste para o diagnóstico da infecção por HIV em pacientes com tuberculose (TB). A rotina de se realizar o teste anti-HIV em pacientes com TB é uma das maneiras de se avaliar a eficácia da vigilância epidemiológica em relação à co-infecção HIV/TB (Morimoto et al., 2005).

Há profissionais que, independentemente da história contatada pelo paciente, solicita a sorologia para HIV, possibilitando assim que cada pessoa tenha pelo menos um teste de HIV na vida.

A gente investiga junto. Há um tempo atrás teve um caso de um idoso que veio pra gente com esses sintomas, de perda de peso há um tempo, apatia, aí a gente pensou HIV, tuberculose, hepatite C, aí já fomos investigando tudo junto, depois no final veio positivo pra tuberculose, então, assim quando a gente suspeita já pede tudo que possa dar aqueles sintomas, não um de cada vez. E aí o HIV sempre passa triagem junto. (Enfermeiro 10)

(...) eu sempre tento mesmo quando é por comportamento ou até mesmo se eu vejo que aquele paciente nunca colheu [exame para HIV], porque às vezes a gente pensa assim nos exames de rotina, no protocolo de hipertenso, diabético não tem isso, tá porque não cabe se a gente for investigar, mas aí quando a gente tenta olhar um todo, daí eu penso nunca pediu, vamos pedir pra gente e assim todos os meus

pacientes quando eu peço a sorologia do anti-HIV eu peço permissão pra eles, então, eles não colhem achando que tá colhendo um hemograma, então eles sabem que eles estão colhendo uma hepatite B, estão colhendo VDRL (...)
(Enfermeiro 8)

A conduta dos profissionais de saúde, conforme os discursos acima, demonstra que muitos estão atentos ao atendimento integral do idoso, pois sabem que os idosos têm vida sexual ativa e dessa forma conseguem visualizá-los como vulneráveis ao HIV. Assim, diante da realidade do aumento de casos da contaminação do HIV entre os idosos, é importante que os profissionais incorporem ações como aconselhamento e solicitação do exame de HIV como rotina no atendimento à população idosa.

O aconselhamento surgiu como estratégia elaborada pela equipe nacional do Ministério da Saúde para se trabalhar com pacientes vivendo com HIV/Aids, caracterizando-se por ser uma estratégia de prevenção a atuar no âmbito do indivíduo, ou seja, trabalha com a identificação do próprio risco e propicia reflexão sobre medidas preventivas viáveis para o indivíduo que pretenda submeter-se à sorologia para HIV (Brasil, 1999). No entanto, Miranda e Barroso (2007) relatam que o aconselhamento estava centrado na informação e na doença, e não se configura como um momento educativo, como apregoado por Paulo Freire, por não ser dialogal e não estimular a consciência crítica para a intervenção da realidade e autonomia do sujeito.

Paiva (2009) ressalta que o apoio educativo, o apoio emocional e a avaliação de risco são componentes normatizados para o aconselhamento. No entanto, relata que os profissionais de saúde não têm cumprido adequadamente esses componentes.

Quando questionados sobre qual o perfil do idoso que leva o profissional a pensar na infecção pelo HIV, médicos e enfermeiros relataram diversas situações, dentre elas ter uma vida promíscua.

Ai eu acho que aqueles que vão mais pro baile. Tem uma senhora que eu atendi um dia aqui que acho que tinha uns 70 anos e vários parceiros sabe sexuais mesmo (...)
(Enfermeiro 5)

Vida sexual promíscua, com vários parceiros ou parceiras (...) tem muito idoso que mora sozinho e acaba, é viúvo ou

não é casado e acaba buscando sexo com prostituta e a maioria das prostitutas daqui que a gente conhece são usuárias de droga, então, são, tem comportamento super de risco, não usam preservativos, é de conhecimento geral que elas trocam sexo por uma pedra de crack. Eu acho que os mais vulneráveis são esses. (Médico 4)

O fato de não usarem preservativos e o uso de drogas também foi relatados pelos profissionais.

Ah, o que tiveram uma vida, que tiveram relacionamento fora do casamento, que pode ser que durante uma parte da vida usou algum tipo de droga, né? É e assim pensar no idoso (...) que se pro jovem hoje é difícil usar preservativo, pro idoso então, muito mais. (Enfermeiro 11)
Então, até nesses casos que aconteceram, o que eles comentaram foi assim é sexo sem preservativo (...) drogadição, aqui a gente não teve nenhum caso mais drogadição também leva a gente a pensar e pedir o exame do HIV, acho que seriam os mais comuns assim que fariam a gente pensar em pedir. (Enfermeiro 10)

Ter vários parceiros, já ter realizado transfusão de sangue ou apresentar sinais e sintomas sugestivos da infecção pelo HIV também são aspectos que fazem o profissional de saúde pensar em solicitar a sorologia.

Eu acho que assim, normalmente a gente pergunta bastante sobre a vida da pessoa, sobre os hábitos, então, acho que talvez uma pessoa que tivesse relacionamentos múltiplos, mesmo na terceira idade, acho que pessoas que por doença já tenham feito transfusão de sangue repetidas vezes e também por alguma clínica que o paciente demonstre, emagrecimento, às vezes manchas na pele que a gente considera característica então, aí assim, manifestação de alguma, algum sintoma clínico que me levasse a pensar. (Médico 6)

As DST também foram mencionadas como um dos motivos que leva o profissional a pedir o exame.

Outras doenças sexualmente transmissíveis, suspeita né, lesão peniana, suspeita de uma sífilis, condiloma, mas eu não fiquei assim, eu pedi com facilidade, pedi junto com as outras sorologias, pra hepatite, junto com o VDRL eu pedi o HIV também. (Médico 8)

Os viúvos também foram apontados como os idosos que teriam mais chance de adquirir o HIV, trazendo à tona a “proteção equivocada” que o casamento oferece aos seus pares, ideia que vai contra o aumento do número de mulheres casadas contaminadas por seus parceiros.

Olha, normalmente os que são viúvos, mas, porque os casados não tem muita história de falar eu tô saindo com uma senhora ou o contrário de mulher falar eu tô saindo com outro senhor ai (...) (Médico 9)

Se o idoso ele tem o vínculo, tem um relacionamento conjugal estável, sem promiscuidade essas coisas, não é de rotina, já solicitei, mas eram pacientes que relatavam comportamento de risco, entendeu? (Médico 3)

Porque quando você pergunta pra ele o senhor é casado? A não sou casado. O senhor não tem outros relacionamentos? Não só com a minha mulher. Então a gente já fica mais tranquila. (Enfermeiro 7)

A questão do casamento ou relação estável está associada à ideia de imunidade à infecção pelo HIV, fato evidenciado durante as entrevistas com os profissionais de saúde e documentado na literatura, que relata que os casais em união estável se sentem protegidos da Aids (Silva, Lopes, Vargens, 2010), visão que torna os idosos mais vulneráveis a adquirirem a doença.

No mundo capitalista, a pessoa é valorizada e tem um papel significativo na sociedade devido ao seu trabalho. Para alguns profissionais de saúde, o fato de o homem idoso continuar trabalhando, principalmente em profissões como caminhoneiro, torna-o mais vulnerável à infecção pelo HIV. Essa situação se reflete no aumento do número de mulheres casadas com HIV, pois a transmissão ocorre através do parceiro. No entanto, é importante considerar que não são apenas os idosos que têm vida profissional ativa que estão expostos ao HIV.

Idosos que ainda trabalham, aqueles que viajam bastante, os caminhoneiros é uma coisa comum, o pessoal que trabalha na noite, o idoso que tá separado, viúvo, nessa população assim seria meu alvo. (Médico 8)

Qualquer idoso que tem vida sexual ativa e sem proteção está vulnerável ao HIV. Ayres et al. (2009) ressaltam que as pessoas “não são” vulneráveis, “elas estão” vulneráveis.

Estudo realizado em João Pessoa, Paraíba, com profissionais de saúde (médico, fisioterapeuta, enfermeiro, dentista) que prestavam assistência a pacientes idosos, revelou que, embora a maioria dos entrevistados achasse importante a solicitação do HIV para o idoso como rotina, foi observado que essa prática não acontece. O teste só foi solicitado diante de alguma sintomatologia característica da doença ou mediante a desconfiança do comportamento dos parceiros (Oliveira, Araújo, Saldanha, 2006).

O discurso de um profissional, reproduzido abaixo, levanta uma questão pertinente aos primeiros casos de Aids, mas que ainda perpetua os tempos atuais, que é o biotipo da pessoa que tem HIV; no decorrer da infecção, as pessoas infectadas apresentavam-se bem magras e com aparência debilitada, como se aparentasse algo que fizesse o profissional pensar na infecção, um parâmetro que não deveria ser utilizado.

(...) um que você veja que é um paciente de risco, que você vê que às vezes já teve vários relacionamentos, tá emagrecido, uns meio, você vê pelo biótipo dele, pela fisionomia dele. (...) o senhor tá viúvo e continua com a vida sexual ativa, costuma frequentar alguma casa, alguma coisa assim, aí a gente acaba pedindo. (Médico 7)

Ainda há profissionais que acreditam nessas imagens e as adotam como sinalizadores no momento de solicitar o exame de HIV. Para desfazer dessa afirmação errônea, o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, em 2010, lançou uma campanha em combate a Aids com o seguinte slogan: “Aids não tem cara”.

Uma das primeiras campanhas do Ministério de Saúde, realizada em 1988, teve como slogan “Quem vê cara, não vê Aids. Previna-se” e “Não morra de Aids, use camisinha”. Nessa época, os registros de casos começaram a se tornar mais rigorosos, dando maior visibilidade a uma epidemia até então silenciosa. Devido a este panorama, a população exigia

informações sobre a doença, e o governo, com medo de que o pânico que assolava os Estados Unidos se instalasse no Brasil, adotou a veiculação de campanha em massa (Moraes, 2011).

Os relatos abaixo demonstram que, independentemente da história contada pelos idosos, o profissional de saúde deve ter em mente que qualquer pessoa está exposta ao HIV, seja uma senhora casada, um viúvo ou um solteiro. Reitere-se mais uma vez que todos os indivíduos que têm atividade sexual sem o uso do preservativo estão mais vulneráveis ao HIV.

Eu acho assim, não existe mais você ter uma história pra poder solicitar o exame, eu acho que eu sinto isso que eu deveria solicitar mais independente, oferecer mais o exame independente da história que o paciente traz, porque as vezes não tem nenhum relato que você possa imaginar que a pessoa tenha HIV e no fim tem. (Médico 10)

Eu acho que qualquer um, qualquer pessoa, tanto os casados como os viúvos ou que estão solteiros, que não tem ninguém, acho que todos eles, não têm um assim, nossa não sou casado, tenho namorado e não temo, porque pode ser que o idoso casado também tenha essa mesma chance eu acho. (Enfermeiro 2)

É assim eu não sei se é bem o comportamento de risco, porque eu acho que mesmo aquele idoso que tem a esposa, que tem os filhos, que tem a família, também está sujeito. Então, isso nos faz pensar que realmente não existe o comportamento de risco, todos estão, são ... vulneráveis. (Enfermeiro 6)

A epidemia da Aids é responsável por evidenciar que não é a sexualidade que torna as pessoas vulneráveis a contrair o HIV, mas sim as práticas sexuais desprotegidas. Esse fato não se restringe apenas ao idoso e pode ser atribuída a todas as idades (Andrade, Silva, Santos, 2010).

No presente estudo, assim como já demonstrado em outras pesquisas, há inúmeras causas que podem provocar esse atraso no diagnóstico. Ressaltem-se dois fatores de grande relevância: os próprios idosos não se consideram vulneráveis à infecção pelo HIV e os profissionais de saúde que, normalmente, não consideram a chance de o idoso estar infectado pelo HIV, fatores que sofrem influência direta da (in)visibilidade da

sexualidade do idoso (Manfredi, 2004; Nguyen, Holodniy, 2008; Brañas, Serra, 2009; Alencar, Ciosak, 2010b).

Uma das maneiras de se tornar a solicitação do exame de HIV como um procedimento rotineiro seria o profissional de saúde considerar a atividade sexual entre os idosos como algo natural, da mesma forma que acontece com a população mais jovem (Santos e Assis, 2011).

Sendo assim, parte-se do princípio de que falar de sexualidade, independentemente da idade do paciente, exige respeito e confiança. Ao abordar um idoso, o profissional deve considerar que esse indivíduo é um sujeito sexual e um sujeito de direito.

Tendo como referência Paiva (2009), acredita-se que o médico e/ou enfermeiro devem buscar a emancipação psicossocial dos idosos e conduzi-los a um caminho de realização das suas escolhas cotidianas e informadas, no plano pessoal e coletivo, além de identificar recursos facilitadores ou obstáculos para cada decisão sobre como viver a vida.

B) Marcos da relação entre profissional de saúde e o idoso

Diante do aumento da expectativa de vida, várias gerações viverão simultaneamente. As gerações são continuamente construídas, desconstruídas e reconstruídas e a relação entre elas também estará sempre sendo refeita.

É comum nos serviços de saúde que a pessoa idosa seja atendida por profissionais de saúde mais novos. Dessa forma, quando abordam questões relacionadas à sexualidade, é possível perceber que ambos os lados não se sentem à vontade.

As relações entre gerações podem ser observadas nos relatos abaixo, que mostram claramente o desconforto do idoso quando questionado sobre a sua sexualidade por uma pessoa mais jovem, assim como a dificuldade do profissional de saúde em fazer a abordagem de questões relativas à sexualidade ao paciente idoso.

Sabe doutora quando uma pessoa é mais jovem, às vezes a pessoa pergunta certas coisas [sobre sexualidade], mas a pessoa mais de idade depois dos 60 anos já não se compara com uma pessoa jovem. A gente fica com vergonha. (Idoso 2)

(...) eu não me sinto 100% à vontade pra lidar com o idoso sobre a sexualidade, não sei se a gente precisaria de um preparo maior pra abordagem, eu me sinto muito mais a vontade pra falar com uma adolescente, com uma mulher adulta jovem, um adulto jovem do que pra falar com um idoso. (Enfermeira 9)

Então, eles [os idosos] acabam se abrindo pouco, mas eu acho que de ambos os lados [do idoso e do profissional], deles [dos idosos] até por acharem que a gente é muito nova pra entender alguma coisa e às vezes a gente por ter receio de perguntar algumas coisas. (Enfermeira 3)

Considerando a discriminação e os estigmas historicamente consolidados em relação à sexualidade de pessoas idosas, as crenças acerca da assexualidade na velhice exercem influência também no modo como o próprio idoso enxerga a sua sexualidade. Há profissionais que relatam que muitas vezes os idosos têm resistência em falar sobre essas questões:

Ele [o idoso] ter vergonha muitas vezes de falar da sexualidade dele achando: ah eu já sou velho e vou falar pra essa mocinha que eu tenho relação ainda, é uma coisa muito assim, como é muito íntimo acho que é uma coisa que eles acham que eles já tem uma certa idade que não precisa mais disso. (Enfermeiro 11)

Tem, eu acho que tem essa dificuldade porque eu acho que a sexualidade pro idoso é muito complicada, eu acho que a maioria dos idosos tem dificuldade em lidar com a sexualidade nessa fase da vida e ele por ter essa dificuldade eles tem vergonha de que o médico ou a enfermeira conversem com eles sobre isso, principalmente os homens, então, as mulheres nem tanto, as mulheres às vezes eu vejo uma dificuldade pela questão assim da menopausa, então as vezes elas estão sem vida sexual mas não querem conversar sobre isso. (Enfermeiro 10)

A relação de gênero aparece como dificultador no que tange à discussão da temática. Laroque et al. (2011), em estudo com um grupo de idosos, revelaram que eles manifestaram dificuldade em falar sobre

sexualidade com os profissionais de saúde, tentando evitar o assunto e referindo-se como “bobagem” a abordagem desse tema. Isso mostra o preconceito ainda existente, principalmente em relação ao uso do preservativo.

Na mesma pesquisa ficou, também, evidente a dificuldade do idoso em falar sobre DST; para alguns participantes, esse assunto só pode ser discutido com uma pessoa do mesmo sexo.

Os discursos de alguns profissionais comprovam que a dificuldade na abordagem da sexualidade e a solicitação do exame HIV estão vinculadas à relação de gênero.

Eu só ofereço pras idosas (...) eu não tenho o costume de na rotina de um senhor 70 anos pedir o exame [HIV]. As mulheres por eu ser mulher acho que são mais acessíveis, então a gente já faz a parte ginecológica. (...) Na verdade eu acho que talvez seja falta de tato mesmo assim, a gente já vem de um preconceito enrustido até do profissional, porque assim o senhorzinho ele já vem pra consulta um pouco mais tímido, um pouco mais reservado, (...) eu acho que na hora que chega a parte da sexualidade ele já tá um pouco mais arredio assim comigo. E é muito difícil perguntar sobre a atividade sexual (...) (Enfermeiro 1)

Eu acho que fica mal abordado [a sexualidade], embora seja muito mais fácil com as idosas. (...) eu tenho mais facilidade [para falar com idosas]. Com o idoso até questão assim deles imaginarem, mas por que ela tá querendo saber da minha parte sexual, será que tá tendo algum interesse dela por mim. Risos. (Médica 10)

Nas entrelinhas dos relatos acima, nota-se que, além da questão de gênero, está a dificuldade do próprio profissional em falar sobre sexualidade, independentemente da faixa etária do paciente.

Se o profissional entender que a sexualidade é intrínseca ao ser humano e considerá-la como algo natural na vida do idoso, será mais fácil a abordagem dos temas relacionados, assim como a solicitação do exame para HIV, tornando esse procedimento rotineiro semelhante ao que ocorre na abordagem aos jovens (Brasil, 2006; Alencar, Ciosak, 2010).

Assim como as relações de geração e gênero, o estigma à pessoa idosa vivendo com HIV pode resultar na violação dos direitos dos idosos.

O estigma é empregado para produzir e reproduzir relações desiguais e desigualdades sociais, validadas frequentemente pelos saberes técnicos que legitimam a transformação da diferença em desigualdade: diversidade de classe, nas relações de gênero, de idade, cor ou etnia, sexualidade ou orientação sexual (Parker, Aggleton, 2003).

O processo de estigmatização mantém uma constante expectativa da não-aceitação e da segregação social, que os autores chamam de “estigma sentido” (*felt stigma*) e “estigma efetivado” (*enacted stigma*) (Maluwa, Aggleton, Parker, 2002). Tanto o estigma sentido quanto o efetivado apresentam grande impacto nos desfechos de saúde e na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV. O estigma sentido pode dificultar e atrasar a busca de ajuda, de diagnóstico e tratamento, ou prejudicar a habilidade dos afetados para o autocuidado, as tomadas da medicação prescrita ou a adesão aos espaços de atenção à saúde. Já o estigma efetivado como discriminação pode impedir indivíduos e sociedades de abordarem adequadamente as questões de saúde, pessoal ou coletiva (Paiva, 2009).

Frente a essas afirmações, nota-se nos relatos abaixo como o profissional de saúde enxerga o idoso.

(...) a gente imagina que a sexualidade do idoso é zero. A gente coloca isso como uma realidade do idoso. (Médico 8)

(..) foi ver é aquele idosinho que ... ou aquela idosinha que viveu a vida toda em casa, que é dona de casa aí eu investigo outras causas e assim a última opção é o HIV. (Médico 4)

(...) eu costumo ver o idoso com aquela áurea de bondade pela idade até meio que assexuado e então, eu esqueço de oferecer o exame pros idosos (...)(Médico 10)

A dificuldade em procurar fazer o teste de HIV está diretamente relacionado ao estigma e à discriminação proporcionado pelo HIV/Aids, que no caso dos idosos tem efeito duplo, como já dito (Paiva 2009). No trecho seguinte, o profissional conta sobre a dificuldade do idoso em aceitar fazer o exame para HIV:

(...) no geral as pessoas assim quando você oferece elas não tem uma aceitação tão boa, não. (...) então, quando tá os dois juntos [o casal], você fala: “mas por que tá pedindo”, a não porque não é só pela via sexual, a senhora já teve cirurgia anterior. “Mas você acha que eu tenho alguma coisa”. Não, não é isso que eu to falando, então, assim é muito difícil assim eles se convencerem que não necessariamente, daí às vezes você fala até de você, não eu também peço porque como eu trabalho aqui na saúde a gente ta sempre mexendo. Mas mesmo assim não é uma coisa tão fácil de aceitar não, população nenhuma aceita, jovem aceita bem, já o idoso... (Médico 5)

O estigma à pessoa idosa também permeia as condutas de alguns profissionais de saúde, como pode ser confirmado no trecho seguinte.

É um senhor que na verdade ele era de uma outra unidade de saúde que eu trabalhei e eu fazia visita domiciliar pra esposa dele, ela não era acamada, ela tinha uma certa locomoção mas com bastante dificuldade tinha artrose, vários problemas e era uma senhora assim, muito doce, muito simpática, eu gostava muito de ir na casa dela e tudo. E ele também um senhor que parecia muito simpático, mas eu fiquei sabendo a história dele contada por terceiros, que ele tinha uma outra família, que realmente já tinha tido várias mulheres e eu realmente não tinha coragem de oferecer o exame, eu achava assim que ele poderia desconfiar que eu tava sabendo de toda a história que ele nunca tinha me relatado, que eu sabia por outras pessoas. Mas aí aconteceu desse senhor passar com os alunos da medicina e aí os alunos vieram checar o caso tava longe do paciente e eu contei assim mais ou menos a história dele que tinham me relatado e sugeri que os alunos oferecessem os exames. Eles ofereceram e a reação ... ele aceitou fazer mas no início a reação foi de susto. (Médico 10)

O fato mencionado acima ocorre com outros profissionais que perceberam a vulnerabilidade do idoso, mas não sabem ou não se sentem à vontade para solicitar a sorologia para HIV (Oliveira, Araújo, Saldanha, 2006).

O próximo relato diz respeito a um dos idosos que era caminhoneiro e teve o diagnóstico revelado pelos filhos e pela esposa, os quais ficaram sabendo sobre o resultado pelo médico da unidade básica, que havia solicitado o exame para o paciente sem a sua autorização. Como o paciente estava viajando, a esposa foi orientada pelo médico a fazer também o exame de HIV, que resultou positivo. O episódio abaixo mostra a violação

dos direitos do idoso ocasionada pela conduta do médico ao revelar o resultado do exame aos membros da família, e não ao paciente, tornando dessa forma o impacto da descoberta muito mais complexo.

Me lembro ... eu cheguei de viagem, eles [os filhos e a esposa] estavam em casa porque eles moram fora os dois, aí começamos conversar e tal, aí o meu filho falou: pai vamos conversar um pouco, aí sentamos lá no sofá e ele perguntou: o senhor sabe o que o senhor tem? Até aí eu não estava sabendo e falei: não. Ai eles me contaram que o médico do posto tinha ligado e falado que deu positivo (...) mas eu não sabia que tinha feito esse exame (...) minha esposa ficou numa revolta que dava medo, daí eles esconderam revólver, esconderam tudo que eu tenho (...)
(Idoso 3)

A situação vivenciada pelo paciente abaixo também demonstra a violação dos direitos do idoso. Nesse caso foi solicitado exame de HIV e não foi informado o diagnóstico, apenas o encaminhamento para o Hospital-dia HIV/Aids, onde foi comunicado o resultado do exame.

Começou me dar diarreia, emagrecimento, acabando em nada e não sabia o que que era ... chegava e tomava os medicamentos, mas não adiantava ... cheguei pesando uns 40kg (...) aí saiu condiloma pelo corpo inteiro (...) o pênis todo cheio de verrugas, aí não teve jeito, teve que ficar aqui [no HC – Unesp] (...) vim pelo pronto-socorro e depois me mandaram no mesmo dia direto pra cá [HD- HIV/Aids] (...) ai foi diagnosticado e deu positivo a carga viral. (Idoso 7)

A descrença nas potencialidades da pessoa idosa é tão grande que os profissionais de saúde acabam por atropelá-las, deixando de lado o respeito pelo paciente idoso.

Assim, observa-se uma negação da abordagem integral à população idosa. Santos e Assis (2011) relatam que o atendimento integral não engloba somente os aspectos de prevenção, mas também os de responsabilização, o vínculo, o acolhimento e a humanização.

Todo indivíduo tem direito a envelhecer com dignidade, tendo acesso e oportunidades compatíveis com as possibilidades das pessoas idosas. O envelhecimento não acontece da mesma maneira para todas as pessoas, como se sabe. No entanto, foi possível observar nas entrevistas realizadas

com os profissionais de saúde que eles apresentam concepções diferentes no que se refere à sexualidade humana e ao que é ser idoso.

Ao sintetizar as categorias empíricas **Acesso do idoso aos serviços de saúde x solicitação da sorologia para HIV e Marcos da relação entre profissional de saúde e o idoso**, utilizando a categoria analítica da vulnerabilidade social, encontraram-se aspectos contextuais que aumentam a vulnerabilidade do idoso frente à epidemia da Aids.

Esses aspectos estão relacionados principalmente ao acesso aos serviços de saúde e às relações de geração e gênero, que aumentam ainda mais a invisibilidade da sexualidade do idoso, o estigma à pessoa idosa e a violação de seus direitos.

Acredita-se que compreender o idoso como sujeito do seu cotidiano e de direitos seja a base necessária para identificar e transformar as relações sociais que produzem agravos e os meios para superá-las (Ayres, Paiva, França Junior, 2010),

5.2.3 Vulnerabilidade Programática

No plano programático ou institucional, a vulnerabilidade pode ser avaliada a partir de aspectos como: investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas; existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados; a adoção de mecanismos de não discriminação nas instituições (Garcia, Souza, 2010).

Ayres et al. (2009) enfatizam que, para canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos diante da epidemia, é necessário averiguar o grau de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais e locais de prevenção e cuidado relativo ao HIV/Aids.

Gruskin e Tarantola (2008), analisando criticamente a vulnerabilidade programática, descrevem quatro componentes da análise do processo saúde-doença com base nos direitos humanos: disponibilidade de serviços (para dar conta dos determinantes de saúde devem existir em quantidade suficiente); acessibilidade dos serviços (não deve haver discriminação, ser acessível fisicamente e garantir informações completas); qualidade dos serviços (devem contar com profissionais qualificados e remunerados de modo justo, ter adequadas condições sanitárias e de segurança e devem garantir transparência na execução e na responsabilização dos gestores) e aceitabilidade dos serviços (deve respeitar os valores e a tradição cultural das pessoas).

Considerando a vulnerabilidade programática uma categoria de análise, foi possível analisar as falas dos sujeitos da pesquisa e elaborar a seguinte categoria empírica: **Planejamento, compromisso e responsabilidade dos profissionais para com os idosos.**

A) Planejamento, compromisso responsabilidade dos profissionais para com os idosos

O preparo técnico-científico dos profissionais e das equipes de saúde foi questionado tanto pelos idosos como pelos próprios profissionais de saúde. A grande dificuldade está em entender que o idoso tem vida sexual. Muito pouco foi feito para lutar contra as imagens negativas da velhice como sendo um declínio geral e irreversível do ser humano, principalmente no que tange à sexualidade. O tema ainda está tão cercado de preconceitos e tabus que, muitas vezes, faz o profissional acreditar que estaria desrespeitando o idoso, no caso de perguntar sobre a sua vida sexual.

A equipe não está preparada para trabalhar com o idoso sobre sexualidade (...) então, eu penso eu tô falando isso eu não tô tendo respeito com esse idoso, poderia ser o meu vô, poderia ser meu pai, entendeu, entra um monte acho que de coisa na cabeça. Eu acho que tem que preparar esse profissional pra ele poder trabalhar. (Enfermeiro 11)

Ah! com idoso a gente acha que é aquela coisa que nunca vai acontecer com eles, então, eu acho que é o preparo do profissional, isso da minha, de mim, né? Do meu profissional, eu acho que um preparo pra atentar pra esse olhar (...) também estão muito vulneráveis. (Enfermeira 6)

O profissional consegue visualizar a importância de falar com o idoso sobre a sua vida sexual, no entanto não sabe como fazer a abordagem:

Olha, o profissional de saúde em geral não sabe como abordar, então a questão não é assim dificuldade em abordar, do sim ou do não, e sim como fazer, né? (...) o idoso tá se sentindo envergonhado, tá se sentindo triste, como eu vou chegar lá? (...) como fazer e as vezes acaba deixando de fazer por não saber como. A pessoa entrou no seu consultório não deu abertura, você não conseguiu achar o caminho, acabou não perguntando. (Enfermeiro 10)

Logicamente, o modo de abordar o idoso não será possível de acontecer da mesma forma para todos os idosos. A individualidade de cada um é que será responsável por dar o “tom” desse diálogo.

Sabe-se que o aconselhamento se fundamenta na interação e na relação de confiança que se estabelece entre o profissional e o paciente. O profissional deverá abordar 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 (Brasil, 2006).

Quando se busca conhecer o cotidiano em que vive a pessoa idosa, isso se torna uma ferramenta facilitadora para a compreensão de uma situação vivenciada pelo idoso, que também facilitará o diálogo entre os dois lados.

Observa-se que o profissional enfatiza a importância da atualização como uma estratégia para discutir assuntos pertinentes à sexualidade do idoso. Ressaltam que as atualizações deveriam ocorrer segundo a demanda da unidade de saúde e/ou situações da atualidade, como o aumento do número de idosos vivendo com HIV.

Olha, eu acho que sempre tem que ter essa educação permanente (...) Então assim, eu sinto que falta então, daí quando você vai percebendo vou levantando as demandas, uma vez por mês a gente faz uma educação permanente (...) a gente precisa ir pensando e construindo as demandas, eu acho que sempre tem que ter e não é só de sexualidade com o idoso é com a sexualidade em geral. (Enfermeiro 8)

A atualização da equipe de saúde quanto às mudanças do comportamento, perfil epidemiológico e contexto histórico da sociedade mostrar-se-ão como fatores fundamentais para que ocorram as devidas transformações das condições de vida e da atenção à saúde da população idosa (Olivi, Santana, Mathias, 2008).

O profissional seguinte mostra a importância em capacitar a equipe, sem deixar de lado as particularidades do atendimento ao idoso.

(...) eu acho que seria bem interessante um treinamento da equipe antes sobre isso mesmo, sobre idoso, como lidar com o idoso, o que é diferente no idoso. Por que você

conversar com um idoso é diferente do que você conversa com um rapaz de 20 anos. (Enfermeiro 10)

Deve-se ressaltar que a capacitação da equipe deve ocorrer concomitantemente à conscientização dos profissionais, para que comecem a pensar na vulnerabilidade do idoso ao HIV e, dessa maneira, falar mais sobre sexualidade, além de solicitar sorologia para essa parcela da população, assim como ocorre no caso dos jovens.

Eu acho que a primeira coisa é isso, fazer com que os profissionais comecem a lembrar que existem idosos infectados, que o número tá crescendo, que é possível sim, pra gente começar a trabalhar em cima disso e aí sim fazer campanhas, fazer programas voltados pra isso, grupos, abordar isso nas consultas, nos bate-papo, nos grupos quem eles participam. Eu acho que a primeira coisa é fazer a gente pensar que é possível ter idoso com HIV. (Médico 6)

(...) conscientizar primeiramente os profissionais que é necessário pedir o exame, assim, abordar mais a sexualidade dos idosos porque a gente acaba esquecendo e pensando (...) é idoso né? (Enfermeiro 2)

Teve um idoso que falou pra mim: “filha, eu estou diabético e não consigo mais ter vida sexual, o que eu faço?”. Então, você pensa com 90 anos meu Deus com vida sexual, esta pensando muito. Mas eles têm vida sexual e a gente tem que aprender a trabalhar mais com isso. (Enfermeiro 3)

Apenas um médico, no momento em que foi questionado sobre o que poderia ser feito para melhorar o atendimento dos profissionais para trabalhar com as questões da sexualidade com o idoso, ressaltou a importância em capacitar o profissional a dar o diagnóstico do HIV.

Assim, se faz o programa aí de Fique Sabendo, imagina se vem um positivo nesse meio. Eu acho que a principal coisa que tem que ser feita antes da capacitação, é preparar o profissional pra dar o diagnóstico, se o profissional tiver preparado pra dar o diagnóstico, ele consegue trabalhar o resto. (...) (Médico 3)

#

Os temas relacionados à sexualidade, quando abordados na atenção básica, acabam, na maioria dos casos, sendo traduzidos em práticas

disciplinadoras e normativas baseadas em conhecimentos de ordem pessoal e moral da equipe de saúde (Ferraz, 2008).

Segundo Silva, Val e Nichiata (2010), um dos marcadores para a vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS é a capacitação da equipe de saúde. Dessa forma, é imprescindível a qualificação da assistência oferecida à população. Abdalla e Nichiata (2008) relatam que apenas parte da equipe está preparada para identificar situações de vulnerabilidade para HIV/Aids, através da realização da anamnese e do exame físico.

Um dos enfermeiros entrevistados enfatiza que é necessário entender o que é sexualidade e quais as particularidades da contaminação do HIV no idoso, observação que não foi relatada por outros profissionais. Ele destaca a importância de se conhecer o paciente, de fazer questionamentos pertinentes que poderiam ajudar o profissional a entender melhor o contexto da sexualidade desse idoso.

Não são todos os profissionais que se sentem à vontade para falar sobre sexualidade. Uma solução seria haver um especialista nesse assunto, porém, sabe-se da dificuldade de encontrar profissionais especialistas em sexualidade humana. Frente a isso, poderiam acontecer encontros entre os profissionais da ESF com um especialista, e nesse espaço discutirem casos que os médicos e enfermeiros não conseguiram resolver ou então aqueles para os quais apenas necessitem de uma orientação.

Falar que vamos fazer promoção de saúde e falar mais sobre o tema, eu acho que isso já tá aí, isso com certeza já trabalho, mas não é isso. Eu acho que a gente precisa entender um pouco mais sobre o que é sexualidade, conseguir falar mais sobre sexualidade, não é só entregar camisinha. É entender porque o idoso tá pegando mais, como é que ele tá se contaminando. Então, eu acho que isso a gente precisa investigar e conseguir trabalhar, só que a gente tá assim tão ainda preso em questões assim, aí entregar camisinha, que eu acho que é super bacana, de não saber conversar sobre o tema (...) (Enfermeiro 8)

A conscientização dos profissionais de saúde pode ocorrer através de treinamentos, capacitação ou educação permanente. Para três dos profissionais entrevistados, só o fato de participar do presente estudo fez

que parassem para refletir sobre a sexualidade do idoso, ou seja, houve o “despertar” sobre o assunto.

(...) mas eu acho que foi bom a gente ter conversado porque eu nunca tinha parado pra pensar, porque não é de rotina mesmo. Não é de praxe pedir um anti-HIV pra um idoso (...) (Médico 1)

Tem pra outras áreas [programa voltado para a saúde sexual do idoso] mas pra idoso ... quem sabe agora [após a entrevista], eu acho que é importante essas coisas porque eu acho que a gente se avalia e avalia também o serviço, pra pensar, eu acho que mexe um pouquinho. (Enfermeiro 4)

(...) Eu acho que a gente deveria tentar colocar isso na nossa rotina, agora que você me trouxe [a entrevista para a pesquisa], me veio isso a cabeça, que eu tenho a facilidade de ter esse grupo de caminhada que é super presente, super atuante na unidade, que a gente poderia usar melhor disso. A gente tem um grupo de mulheres que são todas as quintas de manhã atrelado ao artesanato, a maioria são idosas, por que também não usar? E a gente tem uns momentos de conversa, mas que acaba não abordando sexualidade, então, eu acho que falta ações de educação em saúde junto a comunidade. (Enfermeiro 9)

Fato interessante que aparece como justificativa para a não abordagem da sexualidade com o idoso é o receio de não conseguir resolver a demanda do paciente.

Eu penso muito que assim quando a gente pergunta muito, a gente pode levantar a demanda e tem demanda que a gente não vai conseguir resolver ou que a gente acha que não vai conseguir resolver. Eu acho que é muito mais isso (...) (Enfermeiro 8)

Acho que dificuldade em falar não, e também em puxar esse assunto, não sinto dificuldade (...) Talvez não me sinta tão preparada pra lidar com tudo que a gente vai acabar ouvindo, né? Como vou conseguir resolver tudo? (Enfermeiro 4)

Esse tipo de situação poderia ser facilmente resolvido se houvesse o trabalho em equipe, pois seria ilusório pensar que um único profissional daria conta de lidar com a complexidade do tema sexualidade.

Grande parte dos entrevistados soube informar os sinais e sintomas mais comuns da infecção pelo HIV: emagrecimento, infecção de repetição, diarreia crônica, aparecimento de gânglios, manchas na pele, DST, infecções oportunistas e tuberculose. No entanto, houve profissionais que relataram não saber como acontecem as manifestações, fato preocupante, uma vez que a ESF é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde.

Ai, sinceramente não [não soube falar os sinais de sintomas do HIV]. Acredito que ele teria uma propensão maior pra infecções, mais debilitado, mais não sei te falar não. É, não sei não. (Enfermeiro 4)

É um paciente que começa ter uma história de febre que não tem sinal localizatório, que é uma coisa que você procura no exame físico e não encontra, quase nenhuma alteração faz pensar. É um paciente que não tem um histórico de doença intestinal e de repente começa ter uma diarreia meio que inexplicável, aparecimento de gânglios ou visto no exame ou que o paciente relata mesmo “carocinhos”, infecções repetidas, infecções simples, uma infecção de garganta ou uma otite, até uma pneumonia que não precisa ter assim uma deficiência grave, mas aquela coisa assim que fica se repetindo também. (Médico 10)

As lesões de pele mais comuns, eu acho que perda de peso, é as infecções oportunistas, presença de DST me faria pensar assim na possibilidade dele ter alguma outra DST. (Médico 1)

É imprescindível que os profissionais de saúde saibam reconhecer os sinais e sintomas relacionados à infecção pelo HIV, conhecimento que se torna uma ferramenta fundamental no atendimento aos idosos (São Paulo, 2011).

O acolher com responsabilidade o idoso que procura o serviço de saúde parte do princípio da criação do vínculo entre o profissional de saúde e o idoso. Acredita-se que a criação do vínculo seja o fator fundamental para que o profissional tenha abertura para conversar com o paciente sobre questões mais íntimas, como a sexualidade, por exemplo, e ter mais facilidade em solicitar a sorologia para o HIV quando necessário. Mediante esse vínculo é que o paciente, quando necessita de alguma informação, procura especificamente aquele profissional que o acolheu.

Teve um caso ela era separada do marido, mas mantinha alguns encontros não conseguia se desvincular e como ela mantinha alguns encontros acabou me procurando porque estava desesperada porque tinha tido relação sem proteção e ele era uma pessoa que tinha várias mulheres enfim (...) a paciente já tinha colhido papanicolau, solicitado mamografia, já tinha atendido como hipertensa e diabética (...) o vínculo faz muita diferença, mesmo porque ela veio me procurar na unidade desesperada (...) preciso falar com você (...) ela quis falar comigo. Aí eu coloquei ela dentro da sala e a gente começou a conversar (Enfermeiro 7)

Então, eu acho que a primeira coisa é o acolhimento deles [dos idosos] na unidade, porque dependendo da forma como você aborda esse tema, eles ainda não confiam em você, eles ainda não tiveram esse acolhimento, esse vínculo, não vai adiantar nada, é aquela velha história vai entrar por um ouvido e sair pelo outro, então, eu acho que o começo é acolher bem esse idoso. Então, acolhe ele na unidade ou num atendimento comum ou num grupo, ou então, numa oficina, faz um acolhimento, cria um vínculo inicial, então não aborda o assunto de cara, por exemplo, na primeira reunião. Cria primeiro um vínculo, a hora que você acha assim que ele tem já uma certa confiança, pegou um vínculo, começa abordar o assunto (...) (Enfermeiro 10)

Sabendo que as questões que permeiam a sexualidade humana são diretamente ligadas à intimidade do indivíduo, a criação do vínculo por meio do acolhimento pode ser uma estratégia positiva para conseguir ter um diálogo sobre a sexualidade do idoso.

Além da criação do vínculo, um enfermeiro se referiu à participação do idoso como coautor da sua história. O ideal é que o paciente se sinta responsável pelas suas atitudes. O profissional tem um papel fundamental no momento de ouvir, informar e educar os seus pacientes.

(...) eu tenho que mostrar pro idoso todos os pontos e ele vai tirar o que ele acha, se é certo, se não é certo, qual o caminho que ele vai seguir. Eu sempre falo, eu falo isso pros meus pacientes eu tenho que te falar se você vai fazer ou não é uma escolha sua, mas me cabe enquanto profissional te orientar, se você vai usar camisinha, como é que usa, tem todas essas questões, e outra coisa a gente tem também que colocar mais o paciente como co-autor da situação, a gente coloca muito assim (...) Então, a gente precisa entender e trabalhar mais junto, conquistar um pouco da confiança, criar um vínculo de fato aí, não é um vínculo camuflado. (Enfermeiro 8)

O Ministério da Saúde, por meio dos “Cadernos de Atenção Básica”, que abordam o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa, enfatiza a importância do acolhimento da pessoa idosa. Ressalta o papel dos profissionais de saúde para compreenderem as especificidades dessa população (Brasil, 2006, p. 14-15), como se percebe nas orientações a seguir:

- Estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa;
- Romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipes multiprofissionais, pois é preciso reconhecer a complementaridade interdisciplinar e a integração entre a rede básica e o sistema de referências;
- Facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- Investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa;
- O estabelecimento de uma relação respeitosa, considerando que com a experiência de toda uma vida as pessoas se tornam em geral mais sábias. Desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso;
- Partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante;
- Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, referencialmente, de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo;
- A utilização de uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.

Pelos relatos coletados, nota-se que a equipe de saúde que atua na ESF percebe que este pode ser um lugar de escuta dos seus usuários, onde acontece o acolhimento e o aconselhamento frente o HIV/Aids. Sendo assim, nota-se o potencial que essa tecnologia possui para ajudar na redução da vulnerabilidade (Abdalla, Nichiata, 2008; Silva, Val, Nichiata, 2010).

Toda essa discussão sobre acolhimento, aconselhamento e vínculo está diretamente interligada a uma noção de cuidado.

A excessiva segmentação do paciente e do intervencionismo exagerado, efeitos das mudanças aceleradas da medicina contemporânea em direção à sofisticação tecnológica, tem gerado a discussão sobre a desatenção aos aspectos psicossociais. A noção de cuidado proposto por Ayres (2000; 2005) busca um cuidar que seja sempre mais que o tratar, que

amplia o sentido mais tradicional da assistência à saúde, integrando trocas pessoais (o sujeito profissional de saúde e o sujeito-pessoa alvo das ações de saúde) e apoio para o bem-estar social e psicológico dos pacientes.

Frente a esse cuidado está o respeito aos direitos da pessoa idosa.

Dentre os direitos da pessoa idosa, está à necessidade de se explicar melhor para o paciente o porquê da solicitação do exame, assim como pedir autorização para realizá-lo, solicitando a assinatura do termo de consentimento. Observe-se a fala abaixo:

(...) o idoso muitas vezes se assusta a hora que você vai pedir o HIV (...) você tem que ter argumento do que, por que pedir, e não porque isso faz parte do protocolo, isso não é justificativa pra ele, muitas vezes o idoso não sabe o que é um protocolo. Aí você fala: você contou isso, isso e isso, isso justifica a gente pensar nisso, não que o senhor tem mas a gente tem que excluir isso do rol de diagnósticos que o senhor possa vir a ter. Quando você faz isso fica muito fácil o idoso adaptar, aceitar a solicitação do seu exame e assinar o termo de consentimento. Se você não fala isso, muitas vezes o idoso não aceita e não vem colher o exame, então, isso que eu acho, eu acho que a gente precisa estar melhores preparos como justificar o pedido de HIV (...) é fácil ele aderir e muito mais fácil você pedir. (Médico 2)

Apenas um médico levantou a questão de que não deveria ter o termo de consentimento para a do exame para HIV, pois acredita que é uma limitação para a solicitação da sorologia.

(...) eu acho ruim aquilo do consentimento, ter que assinar (...) eu digo isso não em relação ao idoso, mas em relação a todos os pacientes, quando você dá pra ele assinar aquilo parece que você colocou um piano nas costas dele e enquanto ele não volta pegar aquele resultado parece que ele carrega aquele piano. Eu acho que não precisaria ter aquele termo (...) se não tivesse tido aquele termo, eu acho que ela teria feito também. Eu acho que isso é um entrave. (Médico 5)

A instrução normativa nº 1.626 de 10 de julho de 2007 regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST (Brasil, 2007). Dessa forma, fica estabelecido que a solicitação da sorologia para HIV só poderá ser realizada após o serviço de saúde

apresentar ao usuário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a abordagem consentida.

Dentre as intervenções direcionadas à população idosa para se discutir aspectos da sexualidade humana, a orientação foi mencionada por vários profissionais. Nas falas, evidencia-se a importância do uso do preservativo, ou seja, da prevenção, que parece se basear apenas no uso do preservativo. Nota-se que em nenhum momento houve a preocupação com a qualidade da vida sexual do idoso. Isso ocorre porque os currículos universitários enfatizam apenas a prevenção das DST, esquecendo-se da abordagem da sexualidade humana.

Eu acho que incentivar o uso de preservativo, não tem muito o ser feito, porque eles acham que “ai a gente tá na menopausa, não tem mais risco de engravidar”, parece que idoso não pega doença. É conscientização e uso de preservativo. (Médico 4)

Nós mesmos orientando, cabe a nós sempre lembrar, reforçar essa parte aí. Orientar a fazer o exame [sorologia para HIV] pra gente tá vendo, questionar uso de preservativo, cabe a nós mesmos. É nós profissionais, orientarmos mais a população porque às vezes eles acham que não vai acontecer com eles. (Médico 7)

As campanhas de prevenção, de orientação sobre DST/Aids. Acho que quando você fala de campanha de prevenção de DST/Aids, você não tem que pensar só numa faixa etária (...) (Médico 3)

Em relação às intervenções direcionadas à população idosa, alguns profissionais deram a sugestão de se aproveitar o momento em que o idoso esteja na unidade para falar sobre sexualidade, seja na consulta, atividade em grupo, caminhada, atividade com artesanato, entre outros. Contudo, a equipe necessita estar integrada e desenvolver o olhar para a vulnerabilidade do idoso.

Campanhas educativas e realmente fazer uma abordagem melhor durante a consulta do idoso, da sexualidade do idoso. (Médico 8)

Então, isso acho que é importante, eu acho que sempre tá assim reforçando o profissional da saúde e pra isso fazer

parte do dia a dia na verdade não só do enfermeiro, médico, como auxiliar de enfermagem, acho que os agentes comunitários, de todos os profissionais envolvidos, (...) então, veio pra uma consulta de hiperdia, aproveite a oportunidade pra abordar, é vem pra um grupo de caminhada aproveita um dos momentos pra abordar. Então, acho que é só mesmo melhorar esse olhar do profissional, porque oportunidade pra isso a gente tem. (Enfermeiro 6)

Os idosos são grandes usuários dos serviços de saúde, buscando regularmente as consultas nas unidades básicas de saúde e, também, ocupando parte dos leitos hospitalares. Olivi, Santana e Mathias (2008) acreditam que os serviços devem aproveitar a presença da população idosa e estarem capacitados para atender as demandas, cada vez mais crescentes. Enfatizam a importância de também abordar no seu atendimento ao idoso as questões relativas a sexualidade, comportamentos e conhecimentos da pessoa idosa.

A realização de grupos educativos sobre o HIV/Aids e DST é uma prática realizada nas ESF. No entanto, muitas vezes abordam apenas os aspectos biológicos e de maneira superficial e insuficiente as questões sobre métodos contraceptivos e o uso dos preservativos. Outra dificuldade é o predomínio de linguagem técnica, sem adaptações ao linguajar dos usuários. Também não ocorre espaço para reflexão, em decorrência da difusão unilateral de informações (Ferraz, 2008; Abdalla, Nichiata, 2008; Silva, Val, Nichiata, 2010).

Outra forma de intervenção são as ações de informação e comunicação para a população, que poderia acontecer não apenas em datas específicas como o carnaval, mas de forma contínua.

As informações devem focar as formas de transmissão das DST/Aids e a testagem anti-HIV. Essa divulgação deve ser ampliada, sobretudo em locais de grande circulação de pessoas, e os meios de comunicação de massa devem continuar sendo veículos importantes para a comunicação da temática (Garcia, Souza, 2010).

Dentre as intervenções para combater a epidemia da Aids, estão as ações específicas relacionadas ao gênero. Garcia e Souza (2010) acreditam que devam ser contempladas no planejamento das políticas públicas de

saúde, não deixando de lado as diversidades culturais e regionais. Como já foi discutido no presente estudo, essas questões devem ser a principal preocupação dentro do quadro da epidemia da Aids, justificando sua inclusão nos programas e políticas de saúde no Brasil.

O aumento de casos de Aids entre as mulheres, sobretudo entre aquelas com parceiros estáveis, evidencia que os aspectos socioeconômicos e culturais colocam o grupo feminino em situação de vulnerabilidade. Frente a essa questão, Garcia e Souza (2010) enfatizam que há necessidade de intervenções mais incisivas, não apenas no campo da informação e prevenção, por meio de campanhas públicas, mas também incorporando parcerias com outras instituições, como escolas e programas de saúde da família.

Focando a vulnerabilidade programática, discutiu-se sobre a importância do **planejamento, compromisso e responsabilidade dos profissionais para com os idosos**, e, em todas as referências consultadas sobre o cuidado ao idoso vivendo com HIV, ou mesmo nos estudos sobre comportamentos da pessoa idosa frente as DST/Aids, houve o predomínio de sugestões referentes a melhoria das políticas públicas, qualificação dos profissionais para atenderem essa clientela e oportunidade de espaços para os idosos. No entanto, nenhum trabalho trouxe à tona a participação do idoso como sujeito-cidadão, sujeito sexual e sujeito de direito.

Acredita-se que, em termos de resposta ao aumento de idosos infectados pelo HIV, ninguém melhor que o próprio idoso para discutir e identificar as situações cotidianas que produzem situações de vulnerabilidade (Paiva 2009; 2010). Os idosos não são o problema, como muitas vezes os profissionais de saúde enfatizam, mas sim parte da solução do problema.

Sendo assim, os resultados encontrados confirmam que o diagnóstico tardio, assim como as vulnerabilidades enfrentadas pelos idosos, está vinculado à (in)visibilidade da sexualidade dos mesmos, percebidas por eles bem como pela equipe de saúde, assim como o despreparo destes profissionais e a falta de programas enfocando este aspecto.

6. *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

A análise dos dados, sustentada pela abordagem psicossocial e emancipatória abordada segundo o conceito de vulnerabilidade baseada nos Direitos Humanos, permitiu realizar a análise das vulnerabilidades e dos enfrentamentos dos idosos vivendo com HIV/Aids na atenção básica de saúde.

Em relação ao itinerário terapêutico dos idosos que vivem com HIV/Aids, apenas dois idosos tiveram a solicitação da sorologia para o HIV na atenção básica, mostrando a fragilidade diagnóstica para este agravo. De maneira geral, o diagnóstico do HIV aconteceu após se investigarem as patologias mais comuns entre os idosos, deixando a suspeita do HIV para a última hipótese diagnóstica. A revelação da doença aconteceu no serviço secundário, após tempo de internação ou através da entrada pelo pronto socorro.

Enfatiza-se que, salvo uma idosa que teve o diagnóstico após a confirmação do marido, todos os outros já apresentavam sinais e sintomas sugestivos da infecção pelo HIV no momento que receberam o resultado do exame.

Todos os entrevistados relataram a heterossexualidade, sendo que a maioria afirmou que a transmissão aconteceu por via sexual. Os idosos não se enxergam vulneráveis ao HIV e por isso não fizeram uso consistente do preservativo nas relações extraconjugais e com as suas parcerias. Destaca-se que a relação de gênero é responsável por aumentar a vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV.

Dentre os enfrentamentos vivenciados pelos idosos, estão a mudança na vida afetiva, principalmente entre os familiares, o uso dos antirretrovirais e principalmente o fato de terem que lidar com o preconceito e a discriminação.

O reconhecimento da sexualidade do idoso pelos profissionais é atravessado pelas relações entre gerações, relações de gênero e o estigma à pessoa idosa.

A invisibilidade da sexualidade do idoso se apresentou como um fator que dificultou a solicitação do exame para HIV, tornando dessa forma o diagnóstico tardio.

Os profissionais apontaram que a solicitação da sorologia para HIV acontece quando o idoso relata ter várias parceiras, é viúvo, tem vida profissional ativa e apresenta sinais e sintomas de DST ou HIV. Os idosos que são casados ou que têm relacionamento estável não são percebidos como vulneráveis ao HIV.

A abordagem da vulnerabilidade pressupõe que a mudança seja construída nas possibilidades das pessoas estarem diante de outras, de modo a tornar a saúde de todos mais satisfatória.

Partindo dessa premissa e após a análise do presente estudo, evidenciou-se que a vulnerabilidade da pessoa idosa à infecção pelo HIV é constituída por três planos: individual, social e programático.

O conceito da vulnerabilidade no quadro dos Direitos Humanos possibilitou visualizar aspectos que podem contribuir para a emancipação psicossocial do idoso.

Frente a isso, é fundamental reconhecer o idoso como um sujeito cidadão, sujeito sexual e sujeito de direito, além de abordar esse idoso compreendendo-o como sujeito do seu cotidiano e de direitos, compreender a fala e os gestos desse idoso, além dos seus contextos, que podem ser apresentados como vulneráveis ao HIV. O importante é co-construir com esses idosos novos conteúdos e novas reflexões, para sua emancipação psicossocial.

Enfatiza-se que seja fundamental pensar qual a noção de sujeito que temos, assim como verificar como esse sujeito se relaciona consigo e com os outros. Acredita-se que essa seja a concepção que deve nortear o atendimento a pessoa idosa.

Enquanto os serviços de saúde não englobarem os idosos como sujeitos coautores das ações direcionadas à prevenção das DST/Aids, pouco se irá avançar na luta contra a epidemia.

O fato de conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais permite mobilizar profissionais e a população civil para transformações sociais. O médico e/ou enfermeiro devem buscar a emancipação psicossocial dos idosos e conduzi-los a um caminho de realização das suas escolhas cotidianas e informadas, no plano pessoal e coletivo, além de

identificar obstáculos ou recursos facilitadores para cada decisão sobre como viver a vida.

Vale ressaltar, por fim, a necessidade de movimentos para melhorar os programas de saúde do idoso, ampliando o olhar sobre a sua sexualidade, bem como implementar programas de capacitação para os profissionais de saúde, para desmistificar essa temática e eliminar os tabus existentes.

7. REFERÊNCIAS

Abdalla FTM, Nichiata LYI. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde soc.* 2008;17(2):140-52.

Abdo CHN. *Descobrimento sexual do Brasil*. São Paulo: Summus; 2004.

Alencar RA, Ciosak SI. A transmissão e prevenção das DST/Aids na perspectiva do idoso. São Paulo. In: *Resumos do 2º Simpósio Internacional de Aids e Saúde Mental*; 2010 abr. 21-23; São Paulo, SP, Brasil. São Paulo: FMUSP; 2010a

Alencar RA, Ciosak SI. Early diagnosis of HIV in the elderly population: a brief review of the literature. *Online Braz J Nursing*. 2010b; 9(2) [citado 2012 Jun 01]. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2989>>

Alencar RA, Ciosak SI, Bueno SMV. Training of academic nurses: the need to place in the curriculum of the subject of human sexuality. *Online Braz J Nursing*. 2010;9(2) [citado 2012 Jun 01]. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2991>>

Almeida NAM, Silva LA, Araújo NM. Conhecimento de acadêmicas de enfermagem sobre disfunções sexuais femininas. *Rev Eletr Enferm.* [periódico na Internet]. 2005 [citado 2011 jun. 06]; 7(2):[cerca de 7p]. Disponível em: <http://www.fen.uffg.br/revista/revista7_2/v7n2.htm>

Almeida EL, Araújo GBS, Santos VA, Bustorff LACV, Pereira AVL, Dias MD. Adesão dos portadores do HIV/aids ao tratamento: fatores intervenientes. *Rev Min. Enferm.* 2011;15(2):208-16.

Almeida-Filho N. Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil. *Saúde no Brasil. The Lancet.* [Internet]. 2011. [citado 2012 Mai 06]; p.6-7. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>.

Andrade HAS, Silva SK, Santos MIPO. Aids em idosos: vivências dos doentes. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):712-9.

Araújo VLB, Brito DMS, Gimeniz MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(4):544-54.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ. Aids, vulnerabilidade e prevenção. In: *Anais do 2º Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids*; 1997 mar. 11-15, Rio de Janeiro, BR. Rio de Janeiro: ABIA/IMS-UERJ; 1997. p. 20-37.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores.

Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder. São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.

Ayres, JRCM. Cuidado em saúde: tecnologia ou sabedoria prática? Revista Interface. 2000;4(6):117-20.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. Cienc Saude Coletiva. 2005;10(3):549-60.

Ayres, JRCM, Calazans G, Salleti HCF, França Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz; 2006a, p.375-417.

Ayres JRCM, Paiva V, Franca Junior I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M et al. Vulnerability, Human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. Am J Public Health. 2006b;96(6):1001-6.

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti HCF. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 121-43.

Ayres, J.R.C.M.; Paiva, V.; França Junior, I. (2010). Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos [mimeo]. In: Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. NEPAIDS, SP.

Barbosa, ASM. Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com Aids na grande São Paulo. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

Batista AFO, Marques APO, Leal MCC, Marino JG, Melo HMA. Idosos: associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011;14(1):39-48.

Berquó E, Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Liberalesso A, Debert G, organizadores. Velhice e Sociedade. Campinas: Papirus; 1999. p. 11-40.

Bertoncini BZ, Moraes KS, Kulkamp IC. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. J Bras Doenças Sex Transm. 2007;19(2):75-9.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Val PHLF, Guanillo MCLTU et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(Supl 2):1326-30.

Beauvoir S. A velhice: realidade incômoda. São Paulo: DIFEL: 1976.

Boni V, Quaresma SJ. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em tese Rev Eletr Pós-Grad Sociol Política UFSC. 2005;2(1):68-80.

Brañas F, Serra JÁ. Infección por el vírus de la inmunodeficiencia humana en el anciano. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(3):149-54.

Brasil. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde; 1986; Brasília, BR. [citado 2012 Jun 10]. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIIIcns.pdf>>

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional da DST/AIDS. Aconselhamento em DST/HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006.

Brasil. Instrução normativa Nº 1.626, de 10 de julho de 2007. Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso [legislação na Internet]. Brasília, 2007 [citado 2010 jul 22]. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sites/300/313/00000005.pdf>>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico. Ano VIII nº 01. 27ª a 52ª semanas epidemiológicas. julho a dezembro de 2010 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011, 159p.

Brasil. Ministério da Saúde. Fique Sabendo [homepage na Internet]. [citado 2012 jul 09]. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/fiquesabendo/>>

Brasileiro M. Freitas MIF. Representações sociais sobre Aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. Rev Lat-Am Enferm. 2006;14(5):789-95.

- Castro MP. O viver com HIV/AIDS na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado na cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
- Castilho EA, Rodrigues Junior AL. A epidemia da Aids no Brasil, 1991-2000. *Rev Bras Soc Med Trop*. 2004;37(4):312-17.
- Castilla J, Noguer I, Belza MJ, Del Amo J, Sánchez F, Guerra L. Are we diagnosing people infected with HIV in time? *Aten Primaria*. 2002;29:20-4.
- Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano GR, Rodrigues J, Alencar RA et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(n. esp 2):1763-8.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). LEI N 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem [legislação na Internet]. Brasília; 1986 [citado 2010 Jan 19]. Disponível em: <<http://portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4161>>
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro [legislação na Internet]. Brasília; 1997 [citado 2010 Jan 19]. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4252>>
- Costa DA, Zago MMF, Medeiros M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência humana. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(5):631-7.
- Cuzin L, Delpierre C, Gerard S, Massil P, Marchou B. Immunologic and clinical responses to highly active antirretroviral therapy in patients with HIV infection aged > 50 years. *Clin Infect Dis*. 2007;45(5):654-7.
- Debert GG. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade In: Lins de Barros MM, organizador. Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 3ª.ed. Rio de Janeiro: FGV; 2003. p. 49-57.
- Diniz RF, Saldanha AAW. Representações sobre AIDS na Velhice por Agentes Comunitários de Saúde. In: Anais do 8º Congresso Virtual HIV/AIDS; 2008 Congresso Virtual, BR [citado em 2012 maio 10]. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=328>
- Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendência da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saúde Pública*. 2006;40 Supl: 9-17.
- Driemeier M, Andrade SMO, Pontes ERJC, Paniago AMM, Cunha RV. Vulnerability to AIDS among the elderly in an urban center in central Brazil. *Clinics*. 2012;67(1):19-25.

Eiras N. Velhice: aspectos sociais e existenciais. *Arq Bras Psicol.* 2002;54(2):189-204.

Feitoza AR, Sousa AR, Araújo MFM. A magnitude da infecção pelo HIV-Aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2004;16(4):32-7.

Fernandes MGM, Silva AO, Loureiro LSN, Medeiros ACT. Indicadores e condições associadas ao envelhecimento bem-sucedido: revisão integrativa da literatura. *Cogitare enferm.* 2011;16(3):543-48.

Ferraz DAS. Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/AIDS numa unidade de saúde da família [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Ferreira MP. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre HIV/Aids, 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(Supl 1):65-71.

Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(6): 678-85.

França Junior I, Ayres JRCM. Saúde Pública e Direitos Humanos. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. *Bioética e Saúde Pública.* São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2003. p. 63-9.

Fundação SEADE [homepage internet]. Informações dos municípios paulistas: 2011. São Paulo. [citado 2012 ago 01] Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>.

Gabriel R, Barbosa DA, Vianna LAC. Perfil epidemiológico dos clientes com hiv/aids da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte - município de São Paulo. *Rev Lat-Am Enferm.* 2005;13(4):509-13.

Gagnon J. Revisitando a Conduta Sexual (1998). In: Gagnon JH. *Uma interpretação do desejo. Ensaio sobre o estudo da sexualidade.* Rio de Janeiro: Garamond Universitária; 2006. p. 403-24.

Garcia TR. Sexualidade humana: conhecimento necessário à formação do enfermeiro. *Acta Paul Enferm.* 1993;6(1/4):39-42.

Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.* 2010;19(Supl.2):9-20.

Godoy VS, Ferreira MD, Silva EC, Gir E, Canini SRMS. O Perfil epidemiológico da Aids em idosos utilizando Sistemas de Informação em Saúde do DATASUS: realidades e desafios. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2008;20(1):7-11.

Gradim, CVC, Sousa, AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enferm.* 2007;12(2):204-13

Gross JB. O estudo de portadores HIV/Aids após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro. [dissertação]. Rio de Janeiro: Medicina Tropical, Instituto Oswaldo Cruz; 2005.

Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(4 Supl):50-60

Gruskin S, Tarantola D. Universal Access to HIV prevention, treatment and care: assessing the inclusion of human rights in international and national strategic plans. *AIDS.* 2008;22(Suppl 2):123-32.

Hinkin CH, Hardy DJ, Mason KI, Castellon SA, Durvasula Rs, Lam MN, et al. Medication adherence in HIV-infected adults: effects of patient age, cognitive status, and substance abuse. *AIDS.* 2004;18(Suppl 1):19-25.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Censo 2010. [citado 2012 Jun 08]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/default_primeiros_resultados.shtm>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil: 1980-2050. 2009 [citado 2011 Nov. 11]. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa.shtm>>

Inelmen EM, Gasparini G, Enzi G. HIV/AIDS in older adults: a case report and literature review. *Geriatrics.* 2005;60(9):26-30.

Kalache A. Envelhecimento populacional e as questões de saúde da PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(10):2503-5.

Klein D, Hurley LB, Merrill D, Quesenberry CP Jr. Review of medical encounters in the 5 years before a diagnosis of HIV-I infection: implications for early detection. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003;32(2):143-52.

Kunst AE, Mackenbach JP. The size of mortality differences associated with educational level in nine industrialized countries. *Am J Public Health.* 1994;84(6):932-7.

Lacerda HR, Kitner D. Mortality of the elderly is still exceedingly high at diagnosis of AIDS despite favorable outcomes after highly active antiretroviral therapy in Recife, Brazil. *Int J STD AIDS.* 2008;19:450-4.

Laroque MF, Affeldt AB, Cardoso DH, Souza GL, Santana MG, Lange C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):774-80.

Laurentino NRS, Barboza D, Chaves G, Besutti J, Bervian SA, Portella MR. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum.* 2006;3(1):51-63.

Links NL. HIV older adults: age-specific issues in prevention and treatment. *AIDS Read.* 2000;10(7):430-40.

Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de Estudos Epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serv Saude.* 2003;12(4):189 -201.

Lins de Barros MM, organizador. Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. 3ª.ed. Rio de Janeiro: FGV, 2003. p. 113-68.

Lyons MS, Lindsell CJ, Hawkins DA, Raab DL, Trott AT, Fichtenbaum CJ. Contributions to early HIV diagnosis among patients linked to care vary by testing venue. *BMC Public Health.* 2008;25(8):220.

Lovejoy TI, Heckman TG, Sikkema KJ, Hansen NB, Kochman A, Suhr JA, et al. Patterns and correlates of sexual activity and condom use behavior in persons 50-plus years of age living with HIV/AIDS. *AIDS Behav.* 2008;12(6):943-56

Machiesqui SR, Padoin SMM; Paula CC; Ribeiro AC; Tassiane Ferreira Langendorf TF. Pessoas acima de 50 anos com Aids: implicações para o dia-a-dia. *Esc Anna Nery.* 2010;14(4):726-31

Mack KA, Ory MG. Aids and older Americans at the end of the Twentieth Century. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003;33:S68-75.

Madureira VSF, Trentini M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. *Ciênc Saúde Colet.* 2008;13(6):1807-16.

Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(2):242-8.

Maluwa M, Aggleton P, Parker R. HIV and AIDS related stigma, discrimination and human rights: a critical overview. *Health Hum Rights.* 2002;6(1):1-18.

Manfredi R. HIV infection and advanced age emerging epidemiological, clinical, and management issues. *Ageing Res Rev.* 2004;3(1):31-54.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. A Aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA:IMS, UERJ. 1993.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 09-29.

Minayo MCS, Coimbra Junior CEA. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: Minayo CSM, Coimbra Junior CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2002. p.11-24.

Minayo MCS. Visão antropológica do envelhecimento humano. In: Velhices: reflexões contemporâneas. Edição comemorativa de 60 anos SESC e PUC São Paulo, 2006.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Huncitec; 2008.

Miranda KCL, Barroso MGT. Aconselhamento em HIV/Aids: análise à luz de Paulo Freire. Rev Lat-Am Enferm. 2007;15(1):100-5.

Montero VA, Gonzalez AE. Principales consideraciones bioéticas en la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes. Rev Chil Obstet Ginecol. 2010;75(4): 272-7.

Moore H. "Compreendendo Sexo e Gênero". Tradução de Júlio Assis Simões para uso didático. Do original "Understanding Sex and gender". In Tim Ingold(ed). Companion Encyclopedia of Antropology. London: Routledge; 1997.

Moraes, ACF. Prevenção ao HIV/Aids para idosos: um desafio programático. [monografia] São Paulo: Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2011.

Morimoto AA, Bonametti AM, Morimoto HK, Matsuo T. Soroprevalência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em pacientes com tuberculose, em Londrina, Paraná. J Bras Pneumol. 2005;(31)4:325-31.

Nasri F. O envelhecimento populacional do Brasil. Einstein (São Paulo). 2008;6(Sup1):4-6.

Navarro G, Nogueras M, Segura F, Casabona J, Miro J, Murillas J. HIV-1 infected patients older than 50 years. PISCIS cohort study. J Infect. 2008;57(1):64-71.

Netto FLM. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. Pens Prát.. 2004; 7: 75-84.

Nichiata LYI, Bertillozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. O conceito de “vulnerabilidade” pela enfermagem. *Rev Lat-Am Enferm*. 2008;16(5):1326-30.

Nguyen N, Holodniy M. HIV infection in the elderly. *Clin Interv Aging*. 2008;3(3):453-72.

Nogueras M, Navarro G, Antón E, Sala M, Cervantes M, Amengual M, et al. Epidemiological and clinical features, response to HAART, and survival in HIV-infected patients diagnosed at the age of 50 or more. *BMC Infect Dis*. 2006;6:159.

Oliveira ICV, Araújo LF, Saldanha AAW. Percepções dos profissionais de saúde acerca da Aids na velhice. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2006;18(2):143-7.

Oliveira DC, Oliveira EG, Gomes, AMT, Teotônio, MC, Wolter RMCP. O significado do HIV/Aids no processo do envelhecimento. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(3):353-8.

Olivi M, Santana RG, Mathias TAF. Comportamento, conhecimento e percepção de risco sobre doenças sexualmente transmissíveis em um grupo de pessoas com 50 anos e mais de idade. *Rev Lat-Am Enferm*. 2008; 16(4):679-85.

Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento e ciclo de vida. 2011. [citado 2012 Jun 15] Disponível em: <<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/index.html>>

Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento. 2012. [citado 2012 Jun 15] Disponível em: <<http://www.who.int/topics/ageing/es/>>

Organização Mundial da Saúde. Campaña de la OMS por un envejecimiento activo. 2001. [citado 2012 Jun 15] Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual.pdf>

Paiva V. Beyond magic solutions: prevention of HIV and AIDS as a process of Psychosocial Emancipation. *Divulg Saúde Debate*. 2003;27:192-203.

Paiva V. Analisando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: “Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina”. Cáceres C, Frasca P, organizadores. Lima: FASPA/UPCH; 2006. p.23-51.

Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006;40 (Supl):109-19.

Paiva V. A Psicologia redescobrirá a sexualidade? *Psicol Estud.* 2008;13(4):641-51.

Paiva V. Prevenção posithiva? Abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade. In: Raxach JC, et al., organizadores. *Prevenção posithiva: estado da arte.* Rio de Janeiro: ABIA; 2009. p.33-49.

Paiva V. A dimensão psicossocial do cuidado [mimeo]. In: Apostila do Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos. NEPAIDS, SP. 2010.

Papeléo Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básico. In: Freitas EV, Py L., Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan S.A; 2002. p.526-534.

Parker R, Camargo Junior KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saude Publica.* 2000;16 (Supl 1):89-102.

Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS Related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Med Science.* 2003; 57(1):13-24.

Passos MRL, Arze WNC, Mauricio C, Barreto NA, Varella RQ, Cavalcanti SMB, Giraldo PC. Há aumento de DST no carnaval? Série temporal de diagnósticos em uma clínica de DST. *Rev Assoc Med Bras* 2010;56(4):420-7.

Peixoto C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: Lins de Barros MM, organizador. *Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política.* 3ª.ed. Rio de Janeiro: FGV; 2000. p. 69-84

Perez BFA, Gasparini SM. A vivência do idoso no processo de envelhecer e o HIV/AIDS: uma reconstrução dupla com suas possibilidades e limites. *J Bras AIDS.* 2005;6(3):106-09.

Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Carneiro RM. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior qeu 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(3):338-51.

Preussler GMI, Eidt OR. Vivenciando as adversidades do binômio gestação e HIV/Aids. *Rev Gaucha Enferm.* 2007;28(1):117-25.

Provinciali RM. O convívio com HIV/Aids em pessoas da terceira idade e suas representações: vulnerabilidade e enfrentamento. [dissertação] Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, ciências e letras, Universidade de São Paulo; 2005.

Rezende MCM, Lima TJP, Rezende MHV. Aids na terceira idade: determinantes. Estudos, Goiânia. 2009;36(1/2):235-53.

Rodrigues RAP, Kusumota LMS, Fabrício SCC, Rosset-Cruz I, Lange C. Política Nacional de Atenção ao Idoso e a contribuição da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2007;16(3):536-45.

Rodrigues DAL, Praça NS. Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. Rev Gaucha Enferm. 2010;31(2):321-7.

Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nóbrega SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: um estudo de representações sociais. Rev Esc Enferm USP. 2012 46(2):349-55.

Santos BS. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: Santos BS, organizador. Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. p. 458-70

Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A AIDS no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(3):286-310.

Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. Cad Saúde Pública. 2009;25(Supl 2):321-33.

Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2011;14(1):147-57.

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Conjugalidades e Prevenção. Série: Prevenção às DST/AIDS. São Paulo, 2009, 51p. [citado 2012 Jun 15] Disponível em: <http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/Conjugalidades_e_prevencao.pdf>

São Paulo (Estado). Secretaria Saúde de São Paulo. Documento de Diretrizes para prevenção das DST/Aids em idosos. Bepa. 2011;8(92):15-23.

Silva RMO. A sexualidade no envelhecer: um estudo com idosos em reabilitação. Acta Fisiátr. 2003;10(3):107-12.

Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos envelhecimento. 2005;8(1):43-60.

Silva WA. A experiência de conviver com HIV/Aids na velhice. [tese] São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2009.

Silva GA, Takahashi RF. A busca pela assistência à saúde: reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. *Rev APS*. 2008;11(1):29-41.

Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):401-6.

Silva CM, Lopes FMVM, Vargens OMC. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação a Aids. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(3):450-7.

Silva JAS, Val LF, Nichiata LYI. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/Aids: uma revisão da literatura. *Mundo Saúde*. 2010;34(1):103-8.

Silva HR, Marreiros MOC, Figueiredo TS, Figueiredo MLF. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com aids em hospital de referencia, Teresina-PI. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(4):499-507.

Ship JA, Wolff A, Selik RM. Epidemiology of acquired immune deficiency syndrome in persons age 50 years or older. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 1991;4(1):84-8

Soares AM, Matioli M, NPS, Veiga APR. AIDS no idoso. In: Freitas EV, organizador. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 870-82.

Sousa PKR, Miranda KCL, Franco AC. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):381-4.

Sousa ACA, Suassuna DSB, Costa SML. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com aids. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2009;21(1):22-6.

Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Pascom AR, Sousa Junior PR. Knowledge, practices and behaviours related to HIV transmission among the Brazilian population in the 15–54 years age group, 2004. *AIDS*. 2005;19 (suppl 4):S51-8.

Tibúcio AS, Salles RA, Passos FDL. Superinfecção pelo HIV-1: uma breve revisão da literatura. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2010;22(1):16-21.

Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Envelhecimento e saúde: Experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Junior CEA, organizadores. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 25-35.

Valle CG. Identidades, doença e organização social: um estudo das “pessoas vivendo com HIV e Aids”. *Horiz. Antropol*. 2002; 8(17):179-210.

Vasconcellos D, Novo RA, Castro OP, Vion-Dury K, Ruschel A, Couto MCPP, et al. A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Estud Psicol.* 2004;9(3):413-19.

Veras RP. País jovem de cabelos brancos. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1995.

Weeks J. O corpo e a sexualidade. In: Louro GL, organizador. O corpo educado – pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 1999. p. 37-82.

Wolfenbutel K, Ventura EMF, Cervantes V, Santos MTF, Shima E, Souza R A et al. Campanha Fique Sabendo 2008: uma estratégia para a ampliação do diagnóstico precoce do HIV no Estado de São Paulo. In: Coordenação Estadual de DST/AIDS: São Paulo. 1º Encontro Paulista de Prevenção e Controle das DST/AIDS. São Paulo, Coordenação Estadual de DST/AIDS - SÃO PAULO. 2009. p. 13-18.

Zornitta M. Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética. [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.

APÊNDICES

Meu nome é Rúbia de Aguiar Alencar³, sou Enfermeira, aluna do Doutorado Interunidades realizado na Escola de Enfermagem de São Paulo - USP.

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa, a qual será a minha tese de doutorado, que tem como título “Percepções e ações dos profissionais de saúde no atendimento ao idoso considerando a sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids”. Este projeto é orientado pela Profª Drª Suely Itsuko Ciosak (Docente da Escola de Enfermagem de São Paulo – USP) e conta com a colaboração da Profª Drª Lenice do Rosário de Souza (Professora Assistente Doutora do Departamento de Doenças Tropicais da FM-Unesp)

Esta pesquisa tem como objetivo principal conhecer como ocorre o atendimento ao idoso na atenção básica de saúde no município de Botucatu/SP considerando a sua sexualidade e a vulnerabilidade ao vírus HIV.

Para participar desta pesquisa você precisará responder a uma entrevista, com duração de mais ou menos 20 minutos, que serão gravadas.

As fitas gravadas ficarão guardadas sob a minha responsabilidade e em nenhum momento outras pessoas terão acesso a esse material. Após a utilização das fitas, as mesmas serão destruídas. Em nenhum momento haverá identificação de seu nome, tudo o que for falado será sigiloso.

Ressalto que você tem total liberdade de recusar ou retirar o consentimento a qualquer tempo.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp este documento será elaborado em 2 vias, sendo uma entregue a você e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143

Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

_____ de _____ de 2011

Nome: _____

Assinatura

Rúbia de Aguiar Alencar

APÊNDICE B

Termo de consentimento livre e esclarecido - Para os Idosos

³ Rúbia de Aguiar Alencar. Endereço: Rua: Pedro Angella, n° 289, Vl. Pinheiro Machado, Botucatu/SP. Telefone: (14) 3815 8204. E-mail: rubiaalencar@usp.br

Meu nome é Rúbia de Aguiar Alencar⁴, sou Enfermeira, aluna do Doutorado Interunidades realizado na Escola de Enfermagem de São Paulo - USP.

O Senhor(a) está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa, que será a minha tese de doutorado, que tem como título “Percepções e ações dos profissionais de saúde no atendimento ao idoso considerando a sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids”. Este projeto é orientado pela Profª Drª Suely Itsuko Ciosak (Docente da Escola de Enfermagem de São Paulo – USP) e conta com a colaboração da Profª Drª Lenice do Rosário de Souza (Professora Assistente Doutora do Departamento de Doenças Tropicais da FM-Unesp)

Esta pesquisa tem como objetivo principal conhecer como o(a) senhor(a) descobriu que tinha HIV e como ocorre o atendimento do idoso na rede básica de saúde

Para participar desta pesquisa você precisará responder a uma entrevista, com duração de mais ou menos 20 minutos, que serão gravadas. As fitas gravadas ficarão guardadas sob a minha responsabilidade e em nenhum momento outras pessoas terão acesso a esse material. Após a utilização das fitas, as mesmas serão destruídas.

Em nenhum momento haverá identificação de seu nome, tudo o que for falado, será sigiloso.

Ressalto que o(a) senhor(a) tem total liberdade de recusar ou retirar o consentimento a qualquer tempo.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp este documento será elaborado em 2 vias, sendo uma entregue ao senhor(a) e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador.

Qualquer dúvida adicional, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143

Estamos à disposição para maiores esclarecimentos.

_____ de _____ de 2011

Nome: _____

Assinatura _____

Rúbia de Aguiar Alencar

APÊNDICE C

⁴ Rúbia de Aguiar Alencar. Endereço: Rua: Pedro Angella, nº 289, Vl. Pinheiro Machado, Botucatu/SP. Telefone: (14) 3815 8204. E-mail: rubiaalencar@usp.br

Entrevista com os enfermeiros e médicos**A) Dados sócio demográficos**

- 1) Iniciais do nome: _____ 2) Idade: _____ anos
- 3) Sexo: () Feminino () Masculino
- 4) Religião: _____ 5) Profissão: _____
- 6) Tempo de formado: _____ 7) Onde atua: USF _____
- 8) Tempo de atuação na rede básica: _____ 9) e na USF _____

B) Entrevista

- 10) Atende pessoas idosas: () sim () não
- 11) Você poderia me contar uma cena (situação) em que você solicitou exame de HIV para um idoso? E para uma idosa? Poderia me contar detalhes dessa cena? Local? Como estava o idoso? Como foi solicitar esse exame? Como foi realizada a abordagem?
- 12) Você poderia falar das características apresentadas por um idoso que levaria você a solicitar o exame de HIV?
- 13) Existe dificuldade em abordar a sexualidade com idoso? Quais são essas dificuldades? Sim, quais _____ Não, quais _____
- 14) Em sua opinião quais são os idosos que tem mais chance de se infectar com o vírus HIV?
- 15) Você poderia dizer quais os sinais e sintomas da infecção pelo HIV no idoso?
- 16) Na sua unidade de saúde existem programas voltados para a saúde sexual do idoso? Sim, quais _____ Não, pq _____
- 17) Em sua opinião como poderia ser resolvido o problema do aumento do número de idosos infectados pelo HIV?
- 18) Sente necessidade de aporte (preparo/esclarecimento/atualização) sobre as temáticas idoso e HIV? O que você sugere?

APÊNDICE D

Entrevista com os idosos que vivem com HIV

Dados sócio demográficos:

- 1) Iniciais do nome: _____ 2) Idade: ____ anos
- 3) Sexo: () Feminino () Masculino
- 4) Estado civil: () Casado () Viúvo () União estável () Divorciado ()
Outro _____
- 5) Profissão: _____
- 6) Aposentado? () sim () não
- 7) Trabalha? () sim, com que _____ () não
- 8) Renda: () 1 a 3 sm () 3 a 5 sm () 5 ou mais sm
- 9) Com quem vive: _____
- 10) Tempo de diagnóstico do HIV: _____
- 11) A quanto tempo frequenta o SAE-HD: _____
- 12) Tempo de uso do tratamento antirretroviral: _____
- 13) Qual o esquema antirretroviral utilizado no momento: _____

Entrevista com o idoso

- 14) Como adquiriu o HIV?
- 15) O que mudou na sua vida após a descoberta do HIV (afetiva, sexual, social)?
- 16) Como é o tratamento do HIV para senhor(a)?
- 17) Como descobriu que tinha HIV?
- 18) O exame para HIV foi solicitado por quem? Quando?
- 19) Como se sentiu nessa hora?

+

ANEXOS

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br

Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 06 de Dezembro de 2010.

Of. 565/10-CEP

Ilustríssima Senhora

Profª Drª Suely Itsuko Ciosak

A/C Profª. Drª. Lenice do Rosário de Souza

Departamento de Doenças Tropicais e Diagnóstico por Imagem da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Drª. Lenice,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (**Protocolo CEP 3743-2010**) Percepções e ações dos profissionais de saúde no atendimento ao idoso considerando a sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids, a ser conduzido por Rúbia de Aguiar Alencar, orientada pela Profª Drª Suely Itsuko Ciosak, Co-orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável aprovado em reunião de 06 de dezembro de 2010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Fls.
Proc.
Rub.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu

JUSTIFICATIVA DE ALTERAÇÃO NO TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA

Declaramos que o Projeto de Pesquisa "Percepções e ações dos profissionais de saúde no atendimento ao idoso considerando a sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV/Aids", aprovado pelo CEP em 06/12/2010, teve seu título alterado para "O idoso vivendo com HIV/Aids: sua sexualidade, vulnerabilidades e enfrentamentos na atenção básica", sem nenhuma alteração no seu conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.

A presente alteração foi efetuada somente para adequação do título da Tese de Doutorado.

Botucatu, 30/07/2012

Rúbia de Aguiar Alencar *R. Alencar*

Suely Itsuko Ciosak *S. Ciosak*

Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem
da Universidade de São Paulo

OBS.: Preencher formulário em 2 vias e protocolar no respectivo CEP

13:49 8/2/08/2012 00000000 CNILE DE ETICA EM PESQUISA FMB - UNESP