



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



Laíse Navarro Jardim

**O HIV na Terceira Idade: O lugar designado ao Idoso nas Políticas Públicas em
HIV/Aids e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática**

Juiz de Fora

2012

Laíse Navarro Jardim

O HIV na Terceira Idade: O lugar designado ao Idoso nas Políticas Públicas em HIV/Aids e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática

Orientador (a):

Prof^ª Dr^ª. Juliana Perucchi

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Área de concentração Processos Psicossociais em Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Juiz de Fora

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

**O HIV na Terceira Idade: O lugar designado ao Idoso nas Políticas Públicas em
HIV/Aids e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática**

Autora: Laíse Navarro Jardim

Orientadora: Prof. Dra. Juliana Perucchi

Comissão Examinadora

Avaliador 1: Raimunda Célia Torres

Avaliador 2: Fernando Seffner

Avaliador 3: Juliana Perucchi

AGRADECIMENTOS

Sem dúvida, não poderia chegar ao fim deste trabalho sem fazer meu agradecimento às pessoas sem as quais esta dissertação não seria possível. À todas as pessoas que, de forma direta ou indireta, fizeram parte deste processo, que me ajudaram neste longo e difícil percurso, gostaria de dizer “Muito Obrigada!”.

A começar pela minha força maior, a quem tenho entregado minha vida, meus sonhos, meu caminho... Deus.

À minha querida mãe Lúcia, sem a qual nunca teria chegado até aqui. Mulher mais corajosa, guerreira e bondosa que já conheci. Minha inspiração!

Ao meu pai Éwerton que, apesar da ausência, o sinto muito presente em minha vida e em meu coração.

À minha avó Vilma, diretora de colégio em minha cidade, Bicas. Sempre acompanhou meu desempenho escolar, incentivando-me aos estudos. Ensinou-me valores os quais carregarei para o resto de minha vida.

Aos meus amados irmãos Juninho e Marcelo e suas esposas Carla e Sabrina, por todo carinho e apoio.

Ao meu noivo Márcio, pela paciência, compreensão e por dividir comigo muitas dificuldades e angústias ao longo deste trabalho.

À minha orientadora Juliana Perucchi, pela compreensão, dedicação e entusiasmo com a pesquisa. Ao longo destes dois anos tornou-se mais que orientadora, mas também uma amiga.

Às minhas queridas amigas, com as quais dividi muitos sonhos e alegrias: Monalisa Rocha, Lara Calais e Fernanda Rodrigues.

Agradeço pelas importantíssimas contribuições dos Profs. Telmo Ronzani e Fernando Seffner no exame de qualificação, e pelo aceite de participação da Prof. Célia Torres na banca de defesa.

À CAPES, pela bolsa de mestrado que viabilizou esta pesquisa.

E também, à Secretaria de Saúde da cidade de Juiz de Fora e aos profissionais do Serviço e Assistência Especializada e da Estratégia de Saúde da Família, pela participação na pesquisa.

RESUMO

Considerando o expressivo aumento do número de casos de infecções pelo HIV/aids na terceira idade, os mitos e preconceitos acerca da sexualidade dessas pessoas e suas dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a problemática desta investigação em psicologia social apresenta sua relevância social e científica. A presente pesquisa de mestrado teve por objetivo investigar as políticas públicas em HIV/aids destinadas aos idosos, analisando os discursos e os dispositivos de saber/poder que as constituem, problematizando as concepções dos profissionais de saúde que atuam no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Juiz de Fora, no que se refere à aids na terceira idade e sua atuação profissional diante dessas políticas. As informações foram coletadas por meio de pesquisa documental e de campo, contemplando informações sobre as políticas públicas em HIV/aids, do Ministério da Saúde, voltadas ao público idoso e as concepções de profissionais de saúde que atuam no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Juiz de Fora. A análise dos dados, amparada no referencial teórico de Michel Foucault, teve como recurso metodológico fundamental a análise do discurso, procurando compreender os jogos de enunciação e as formações discursivas que atravessam e constituem as políticas públicas e as concepções dos profissionais da área da saúde. Através da pesquisa, foi possível constatar uma grande carência de políticas públicas de prevenção e assistência específicas para a questão da aids na terceira idade, o que tem resultado em implicações diretas no que se refere às concepções e práticas de profissionais em saúde, uma vez que suas atuações estão intrinsecamente ligadas às preconizações do Ministério da Saúde. Práticas estas, que, ao não priorizarem os aspectos preventivos e assistenciais referentes ao HIV/aids na terceira idade, acabam por deixar tal problemática cada vez mais invisível aos órgãos competentes e à sociedade.

Palavras-chave: HIV/aids, idosos, políticas públicas, profissionais de saúde, sexualidade, terceira idade

ABSTRACT

Considering the notable increase in the number of cases of infection by HIV/aids in senior citizens, the myths and prejudices regarding the sexuality of such people and their difficulties in accessing health services, the issue of such investigation on social psychology presents its social and scientific relevance. The present master's degree research had as its goal to investigate the public policies on HIV/aids aimed to senior citizens, analyzing their discourses and the knowledge/power devices that constitute them, discussing the conceptions by health care professionals who work at the Specialized Assistance Service (SAE, in Portuguese) and at the Family health Strategy (ESF, in Portuguese) in the city of Juiz de Fora, as it refers to aids among senior citizens and their professional actions regarding such policies. The information was gathered by means of a document and field survey, contemplating information about public policies on HIV/aids of the Health Ministry aimed at the senior population and the conceptions of health care professionals who work at the Specialized Assistance Service (SAE, in Portuguese) and at the Family health Strategy (ESF, in Portuguese) in the city of Juiz de Fora. Data analysis, supported by the theoretical reference of Michel Foucault, had as its fundamental methodological resource the discourse analysis, attempting to comprehend the enunciation games and the discourse formations which permeate and constitute the public policies and the conceptions by the health care professionals. Through the research it was possible to detect a great lack of public policies of prevention of assistance specific to the matter of aids among senior citizens, which has resulted in direct implications regarding the conceptions and practices of the health care professionals, since their actions are intrinsically tied to the guidelines by the Health Ministry. Such practices, by not prioritizing the preventive and assistance aspects referring to HIV/aids among senior citizens, leave such issues ever more invisible to society's competent sectors.

Key words: HIV/aids, public policies, health care professionals, sexuality, senior citizens.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CRT	Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DIP	Doenças Infecto-parasitárias
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
GAPA	Grupo de Apoio e Prevenção à Aids
GIV	Grupo de Incentivo à Vida
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MVHA	Mulheres Vivendo com HIV/aids
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCAP	Pesquisa sobre Comportamento, Atitudes e Práticas
PNI	Política Nacional do Idoso
PREV	Unidade de Prevenção
PSF	Programa de Saúde da Família
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SDPF	Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino
SESC	Serviço Social do Comércio
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antiretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAT	Unidade de Assistência e Tratamento
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDST	Unidade de DST
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNAIS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estimativa do número de adultos e crianças vivendo com HIV em 2007...	21
Figura 2 - Taxa de incidência de aids (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2008	22
Figura 3 - Municípios com pelo menos um caso de aids por período de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2009	23
Figura 4 - Razão de sexo (M:F) dos casos de aids segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1986 a 2008	24
Figura 5 - Distribuição percentual de casos de aids em homens de 13 anos de idade e mais, segundo categoria de exposição por ano de diagnóstico. Brasil, 1991 a 2008	24
Figura 6 - Coeficiente de mortalidade por aids (por 100.000 habitantes) padronizado por idade, segundo região de residência e ano do óbito. Brasil, 1996 a 2008	25
Figura 7 - Envelhecimento da população brasileira, por sexo, nos anos 2000, 2025 e 2050	37

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
JUSTIFICATIVA	15
CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZANDO A PROBLEMÁTICA DO HIV/AIDS	
Breve Histórico da Aids	18
Epidemiologia da Aids no Brasil	22
Epidemiologia da Aids no Município de Juiz de Fora	25
O Surgimento da Epidemia da Aids e as Políticas Públicas Brasileiras	27
CAPÍTULO II - ENVELHECIMENTO, SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL	
Envelhecimento Populacional	36
Velhice e Terceira Idade	37
Envelhecimento e as Políticas Públicas Brasileiras	40
CAPÍTULO III – SEXUALIDADE, ENVELHECIMENTO E AIDS	
Sexualidade e Envelhecimento	46
Gênero, Sexualidade e Envelhecimento	50
Aids e Envelhecimento: Uma Mudança Epidemiológica	57
CAPÍTULO IV – MÉTODO	
Contextualizando o terreno e delineando procedimentos	62
Participantes da pesquisa	66
Análise dos dados	67
CAPÍTULO V – RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA DOCUMENTAL E DE CAMPO	
Análise Documental	71
“Clube dos Enta” e “Clube da Mulher Madura”	76
Análise de campo	84
Concepções sobre a aids entre profissionais de saúde e seus desdobramentos.....	86
Atuação preventiva nos serviços	101
Especificidades das enunciações sobre o HIV na terceira idade	109
Ausências e limitações no âmbito SUS	128
Possibilidades de atuação profissional em saúde	141

CONSIDERAÇÕES FINAIS	148
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	154
ANEXOS	
Anexo 1	179
Anexo 2	180
Anexo 3	182
Anexo 4	183
Anexo 5	184

INTRODUÇÃO

O presente projeto de mestrado está vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), na linha de pesquisa Processos Psicossociais em Saúde e ao Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais em Políticas Públicas e Saúde do Departamento de Psicologia da UFJF, tendo como tema a problemática do HIV¹ na terceira idade.

A vinculação com a temática da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids)² não se iniciou com meu ingresso no mestrado, mas desde os primeiros anos da graduação. Ao final do ano 2006, quando terminava o quarto período da faculdade de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, procurei uma Organização Não Governamental (ONG) nesta mesma cidade, chamada Grupo Casa – Grupo de Apoio e Solidariedade Aids – interessada em prestar serviço voluntário. Ao ser apresentada à instituição, interessei-me pelo trabalho realizado e demonstrei intenção em desenvolver um estágio em psicologia naquela instituição. Pouco tempo depois, em junho de 2007, fui convidada pela Assistente Social e então Coordenadora da ONG, para ser estagiária de Psicologia no Grupo Casa.

Iniciei o trabalho de estágio atuando em um dos projetos desenvolvidos na instituição, chamado “Projeto Educar: Culturalizando a Saúde”, no qual permaneci até o final de 2008. O projeto era voltado para crianças e adolescentes de 8 a 18 anos que vivem e convivem com aids e objetivava oferecer melhores condições de vida, por meio de atividades socioeducativas³ que considerassem a realidade daqueles jovens. Apesar de o trabalho ser direcionado para crianças e adolescentes, por vezes também cheguei a fazer algumas intervenções com adultos que me procuravam com alguma demanda.

¹ *Human Immunodeficiency Virus*

² A aids é uma doença causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que ataca as células de defesa do nosso corpo. Com o sistema imunológico comprometido, o organismo fica mais vulnerável a diversas doenças, desde um simples resfriado ou infecções mais graves como tuberculose e câncer. A aids é o estágio mais avançado da infecção pelo HIV. Uma pessoa pode passar muitos anos com o vírus sem apresentar nenhum sintoma (www2.aids.gov).

³ Eram oferecidas oficinas de inclusão digital, inglês, leitura, capoeira, Hip Hop – Graffiti, MC, B-boy, sexualidade e prevenção.

Também foi desenvolvido por mim e pela psicóloga da instituição, no ano de 2008, um grupo terapêutico com duração de dois meses, com os adultos vivendo e convivendo com o HIV/aids.

Neste mesmo ano já pensava em desenvolver alguma pesquisa relacionada à temática da aids e aspirava a continuar trabalhando nesta área. Nesse sentido, também durante o ano de 2008, estagiei no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora, a princípio na pediatria, mas logo solicitei à supervisora uma transferência para o setor de Doenças Infecto-parasitárias (DIP), onde eram internados pacientes com HIV/aids. Como já trabalhava no Grupo Casa e tinha conhecimento sobre o tema, minha solicitação foi aceita. O estágio consistia em oferecer atendimento psicológico aos pacientes internados no DIP.

No contexto daquele trabalho algo chamou minha atenção: a quantidade significativa de pessoas com idades mais avançadas que eram internadas naquele setor. Mas, além disso, outro ponto também despertou minha curiosidade acadêmica: uma enorme falta de informação dos idosos internados, a respeito do HIV/aids. Em certa ocasião uma internada na unidade me disse: *“minha filha, eu não sei por que estou com esta doença, porque eu nunca usei calcinha de ninguém”*. Também me recordo da fala de um senhor: *“não sei como fui pegar isso, não sou gay.”* Comecei portanto a me questionar sobre os motivos pelos quais tais concepções são tão comuns no imaginário dessas pessoas e como têm se processado a divulgação desse tipo de informação acerca do HIV/aids por parte dos idosos.

Então, no ano de 2009 escrevi minha monografia, intitulada “HIV na Terceira Idade e a possibilidade do acompanhamento psicológico a esta população”, tendo como objetivo geral, avaliar aspectos biopsicossociais de idosos/as soropositivos/as acompanhados/as pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município de Juiz de Fora; perceber como a sexualidade era vivenciada por eles/as, bem como a aceitação da soropositividade nesta faixa etária; e também entender como estava ocorrendo o acompanhamento psicológico oferecido à população idosa soropositiva da cidade de Juiz de Fora e região.

No desenvolver da monografia destaquei aspectos importantes no tocante à infecção nessa faixa etária, como por exemplo, o diagnóstico tardio de soropositividade entre os/as idosos/as; o caráter preconceituoso das concepções acerca da sexualidade na terceira idade; a recorrência de discriminação sofrida por muitos/as idosos/as após a publicização de seu diagnóstico de sorologia; a vulnerabilidade deste público, uma vez

que alguns idosos continuam não usando o preservativo; o desconhecimento sobre a existência do serviço de psicologia no setor, ainda que a maioria dos/as idosos/as tenha considerado precisar de acompanhamento psicológico em algum momento; dentre outros aspectos.

Ao final de 2009, terminei a graduação e dei início ao mestrado em Psicologia na linha de pesquisa Processos Psicossociais em Saúde, na Universidade Federal de Juiz de Fora. Originalmente o projeto de pesquisa versava sobre envelhecimento e desenvolvimento humano, mas devido às perspectivas de minha própria trajetória acadêmica e profissional e de minha reorientação de pesquisa, a problemática convergiu para o tema da aids na terceira idade, o que me deixou muito satisfeita.

Entendendo a epidemia da aids na terceira idade como uma problemática de saúde pública no Brasil, que necessita de políticas públicas eficientes no que se refere à prevenção e assistência às pessoas que vivem com doença nesta faixa etária, e, ainda, pensando na importância das políticas no que se refere à atuação dos profissionais de saúde, torna-se importante uma pesquisa que se volte a estas questões.

Portanto, agora que a emergência desta pesquisa no âmbito de minha trajetória acadêmica está contextualizada, é pertinente destacar que esta pesquisa de mestrado teve como objetivo geral, investigar as políticas públicas em HIV/aids destinadas aos idosos, analisando os discursos e os dispositivos de saber/poder que as constituem, problematizando as concepções dos profissionais de saúde que atuam no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Juiz de Fora, no que se refere à aids na terceira idade e sua atuação profissional diante destas políticas.

Dentre os objetivos específicos estão: analisar a construção histórica da aids e suas especificidades no âmbito da terceira idade; verificar como o tema da aids na terceira idade é enunciado nas políticas públicas em saúde no Brasil desenvolvidas nos serviços de Juiz de Fora; analisar as concepções dos profissionais de saúde dos serviços (SAE E ESF) a respeito das políticas públicas de prevenção e tratamento da aids na terceira idade; ampliar o campo de pesquisas em Psicologia Social e de investigações que contemplam a problemática da aids como objeto de estudo; contribuir para a consolidação deste campo de estudos no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, no sentido de estimular outros trabalhos de pesquisa voltados a esta temática, junto à linha de Processos Psicossociais em Saúde.

JUSTIFICATIVA

O início da década de 80 marcou o mundo devido ao surgimento de uma doença até então desconhecida. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), como veio a ser chamada posteriormente, atingia em seu surgimento, principalmente, homens que faziam sexo com homens, tendo sido chamada nesse período de “peste gay” e “câncer gay”. Porém, com o passar do tempo, outros casos de infecção pelo HIV foram identificados entre usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, pessoas que recebiam transfusões sanguíneas e, posteriormente, os parceiros destes (Marques, 2003).

Com a crença de que a aids se disseminava somente nesses grupos de pessoas, denominadas então como “grupos de risco” e entre pessoas reconhecidas socialmente como tendo comportamentos “promíscuos”, cada vez mais a doença propagou-se entre as pessoas que não se consideravam e não se reconheciam como fazendo parte dessas classificações e que acreditavam, portanto, estarem imunes à infecção pelo vírus. Dessa forma, a aids atingiu milhares de pessoas no mundo, produzindo um quadro epidemiológico preocupante⁴ (Marques, 2003).

Mais do que uma doença, a aids é vista atualmente como um fenômeno social de largas proporções, que confronta com princípios morais, religiosos e éticos, processos de saúde pública e de comportamento privado, demandas relativas à sexualidade, ao uso de drogas e à moralidade conjugal (Saldanha & Araújo, 2006). E, por seu caráter pandêmico e por sua gravidade, representa um importante problema de saúde pública da atualidade.

A partir de 1990, constatou-se uma transição do perfil epidemiológico da doença, resultando em significativas mudanças, como a heterossexualização, a feminização, a pauperização, a interiorização (Parker & Camargo Jr., 2000) e, ainda, o envelhecimento da epidemia (Saldanha & Araújo, 2006).

⁴ Aproximadamente 25 milhões de pessoas já morreram em decorrência da aids desde a década de 80 até o início de 2008 (Boletim Epidemiológico, 2009).

Atualmente, devido à eficácia da terapia antiretroviral, a aids vem adquirindo um caráter de cronicidade⁵, portanto, podemos perceber que há pessoas envelhecendo com a doença, mas há também registros de casos de pessoas se infectando na terceira idade (Prilip, 2004).

No que se refere à terceira idade no Brasil, é notório um estimável crescimento da população acima dos 60 anos. Devido ao aumento dessa população no mundo, os estudos sobre os processos relacionados ao envelhecimento humano têm tido um notável acréscimo, porém muitos mitos e preconceitos ainda rondam essa temática. Para Gradim, Souza e Lobo (2007), embora envelhecer não signifique enfraquecer, ficar inútil, triste ou deixar de ter relações sexuais, muitas pessoas ainda pensam dessa forma, principalmente, quando se fala em sexualidade, o que acaba tendo desdobramentos nos exercícios da sexualidade na vida dos idosos.

Embora a sexualidade seja uma temática de saúde pública, podemos identificar que a produção científica acerca do tema, quando correlacionada ao envelhecimento, não é significativa. Além disso, o sentido da sexualidade sempre esteve atrelado a um conjunto de valores e controles sexuais que sustentam a sexualidade dita adequada ou inadequada (Foucault, 2009). E a presença desta na terceira idade, parece ainda ser vista pelas pessoas como algo inexistente e/ou até mesmo, inadequado.

Unida ao preconceito e ao descaso com relação à sexualidade na terceira idade, emerge a questão da aids nesta população. O número de casos de pessoas a partir dos 60 anos infectadas pelo HIV no Brasil tem crescido significativamente, de forma a representar hoje, um problema da saúde pública brasileira (Zornita, 2008). Devido aos fatores de vulnerabilidade da população idosa, como o pouco acesso aos serviços de saúde, a forma preconceituosa e negativa com que é tratada a sexualidade e até mesmo o uso de drogas lícitas e ilícitas nesta faixa etária, os casos tendem a aumentar cada vez mais (Lieberman, 2000).

Até mesmo por parte dos profissionais de saúde, pode-se perceber o preconceito e a falta de informação quando se fala em sexualidade na terceira idade. Sintomas que podem ser característicos de outras doenças “mais comuns” aos idosos têm sido confundidos e interpretados por vários profissionais de saúde como pertencentes a estas, enquanto a possibilidade da existência do HIV tem sido descartada nesta faixa etária, o

⁵ Segundo a Organização Mundial de Saúde, doenças crônicas são caracterizadas por uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

que ocasiona em muitos casos, o diagnóstico tardio, o atraso do tratamento e a diminuição da sobrevivência do idoso (Caldas & Gessolo, 2007).

Alves (2002) ressalta que com o aumento significativo no número de idosos vivendo com HIV/aids, surge um grande desafio para o Brasil: o estabelecimento de políticas públicas e estratégias eficazes que possam garantir a qualidade de vida dessas pessoas. Portanto, são de suma importância os estudos que abarquem questões como a aids e o envelhecimento, de modo a fornecer subsídios tanto para a instituição dos direitos e cuidados de pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), quanto no desenvolvimento de ações e programas de prevenção voltados à população idosa.

Nesse sentido, entendendo o Serviço de Assistência Especializada (SAE) e as Unidades de Atenção Primária à Saúde Básicas de Saúde (UAPS), mais especificamente as que possuem a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como setores fundamentais à prevenção ao HIV/aids e à assistência aos portadores do vírus, destaca-se a relevância da presente pesquisa, pois constatou-se a ínfima produção por parte do governo de políticas públicas em HIV/aids voltadas ao público idoso. E a análise das concepções dos profissionais de saúde que atuam nesses setores, sobre o HIV na terceira idade, permite constatar que suas concepções e suas práticas enquanto profissionais de saúde são efeitos dessa ausência ou invisibilidade do marcador geracional na formulação de políticas públicas de combate à HIV/aids. Efeitos discursivos que produzem um (não) lugar designado à terceira idade nas políticas públicas de HIV/aids no Brasil e seus desdobramentos nas ações municipais em saúde, como as relatadas na presente dissertação.

CAPÍTULO I – CONTEXTUALIZANDO A PROBLEMÁTICA DO HIV/AIDS

Breve Histórico da Aids

A aids foi reconhecida no início da década de 80, nos Estados Unidos da América (EUA), devido à identificação de um considerável número de pacientes homens, adultos, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram “sarcoma de Kaposi”⁶, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, reconhecidas hoje como características típicas da aids (Galvão, 2000).

Nessa época, as autoridades sanitárias, pelo menos nos países desenvolvidos, acreditavam que as doenças infecciosas estavam controladas pela tecnologia e saberes médicos modernos. Por isso, o surgimento de uma doença tão devastadora, que passou a atingir pessoas do mundo todo, suscitou o medo e a necessidade de respostas políticas eficientes frente à aids (Marques, 2002).

Segundo Marques (2003) o conceito de aids e suas implicações para o indivíduo e para a sociedade foram sendo construídos aos poucos pela ciência, simultaneamente à evolução da epidemia. Ainda no início da década de 80 a aids era enunciada como uma doença misteriosa, cujas causas eram desconhecidas pelas ciências médicas e o prognóstico era o pior possível – a morte (Marques, 2003).

O fato de muitos dos pacientes inicialmente diagnosticados com a enfermidade serem homossexuais, ocasionou a suspeita de que a aids estivesse de alguma forma ligada a este estilo de vida (GAPA, 2007), tendo a doença, sido chamada de “peste gay”

6 O sarcoma é um câncer que se desenvolve nos tecidos conectivos como a cartilagem, o osso, a gordura, o músculo, os vasos sanguíneos, ou os tecidos fibrosos. (...) Nos últimos 20 anos, entretanto, a vasta maioria dos casos de KS tem se desenvolvido em associação com a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e com a síndrome da imunodeficiência adquirida (Aids), especialmente entre homens homossexuais (Costa, Venancio e Gamonal, 2006).

e “câncer gay”⁷. Posteriormente, também foram surgindo associações da doença com os usuários de drogas, pessoas que teriam comportamentos sexuais promíscuos, e ainda, os hemofílicos, tendo sido esses seguimentos da população chamados de “grupos de risco” (Paiva, 2000a).

Segundo Bastos (1996a), o conceito de “grupos de risco” solidificou-se aos poucos, como categoria chave para a compreensão da epidemia, tanto no âmbito da ciência, como no domínio mais amplo das representações sociais e dos meios de comunicação de massa. O autor também chama atenção para o fato de que no jogo da construção do saber sobre a epidemia, muitas “verdades científicas”, assim como outras enunciações de verdades foram produzidas, sendo estas, baseadas em valores morais que correspondiam aos pensamentos preconceituosos da sociedade.

De acordo com Nunes (2008) o surgimento da aids como fenômeno social e histórico trouxe consigo algo que se mantém até hoje. A autora ressalta que os espectros que foram sendo construídos no imaginário social tecem uma série de valores e representações simbólicas que expressam o que a sociedade pensa sobre sexualidade e morte, desfiguramento e enfraquecimento físico, e sobre a percepção de vulnerabilidade e a sensação de finitude.

Sendo responsável por mudanças significativas em outros campos que não somente o da saúde, principalmente por combinar aspectos referentes ao comportamento sexual vinculados à doença, a aids acarretou desafios para a área científica, trouxe novos atores para os movimentos sociais e atinge as pessoas em proporções geométricas, sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política (Galvão, 2000).

Devido à preocupação com o avanço da epidemia de HIV/aids no mundo e à necessidade de uma resposta global à questão, uma das principais medidas frente à doença foi a criação do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids – UNAIDS, em 1996. Tendo este a missão global de liderar, fortalecer e apoiar uma ampla resposta à epidemia de HIV/aids, objetivando prevenir o avanço do HIV; oferecer tratamento e assistência para os infectados e afetados pela doença; reduzir a

⁷ Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - AIDS VINTE ANOS - Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>

vulnerabilidade dos indivíduos e comunidades ao HIV/aids; e aliviar os impactos socioeconômicos e humanos da epidemia⁸.

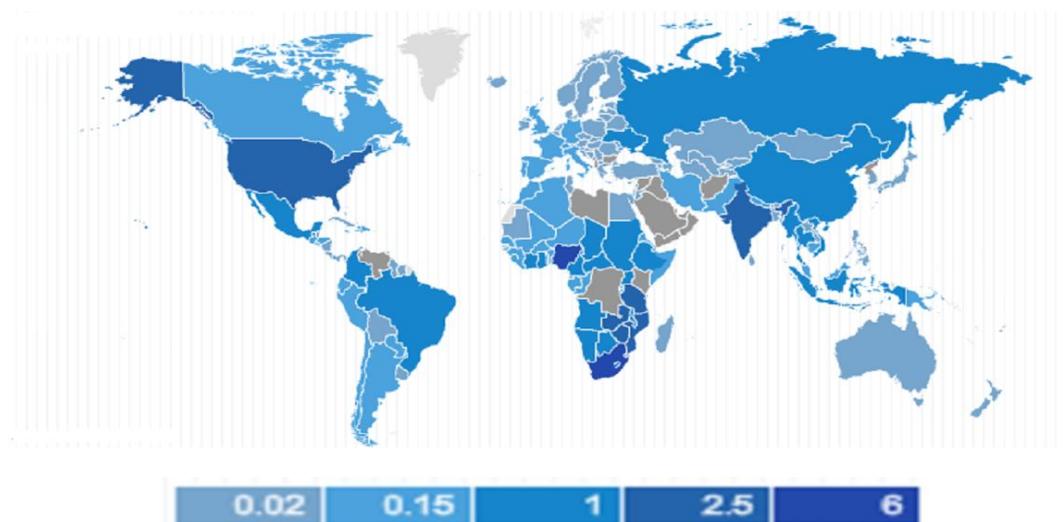
De acordo com publicação feita pelo UNAIDS em 2009⁹, o Programa deve centrar seus esforços na obtenção de resultados em dez áreas prioritárias no período 2009–2011, tendo sido estas selecionadas com base no diálogo com as organizações copatrocinadoras, comunidades, a sociedade civil e muitos outros atores. As áreas prioritárias são interligadas. Desse modo, o progresso em uma área contribui para o progresso em outras. Em muitos casos, uma única atividade programática poderá promover ações em mais de uma das áreas prioritárias. São elas: reduzir a transmissão sexual do HIV; prevenir a morte de mães e a infecção de bebês pelo HIV; garantir que pessoas que vivem com HIV recebam tratamento; prevenir que pessoas que vivem com HIV morram de tuberculose; proteger usuários de drogas da infecção pelo HIV; capacitar homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e populações transexuais para que se protejam da infecção pelo HIV e para que tenham acesso integral à terapia antiretroviral; por fim a leis punitivas, políticas, práticas, estigma e discriminação que impedem respostas eficazes à aids; acabar com a violência contra mulheres e meninas; empoderar os jovens para que se protejam contra o HIV e aprimorar a proteção social de pessoas afetadas pelo HIV.

A reflexão sobre a situação da aids no mundo destaca alguns dados importantes: diariamente 14 mil pessoas são infectadas pelo HIV no planeta; estimativas divulgadas pelo UNAIDS (2009) revelam dados alarmantes sobre a doença e sua evolução nas diferentes regiões do mundo; atualmente a aids é, entre as doenças infecciosas, a que mais tem causado mortes; o número de pessoas vivendo com HIV mundialmente continuou a crescer em 2008, chegando a estimados 33,4 milhões, sendo este número 20% maior que no ano 2000; a aids já matou, desde o seu surgimento na década de 80, até o ano de 2008, aproximadamente 25 milhões de pessoas; e, segundo a projeção da Organização Mundial de Saúde (OMS), 70 milhões de vidas estarão afetadas nos próximos 20 anos, caso não sejam implantadas ações eficazes em todo o mundo (Rocha, 2003). A Figura 1 ilustra a estimativa de pessoas vivendo com HIV/aids no mundo no ano de 2007.

⁸ UNAIDS – Nações Unidas no Brasil. Disponível em: http://www.onubrasil.org.br/agencias_unaids.php

⁹ UNAIDS. Ação Conjunta para Resultados Matriz de Resultados do UNAIDS/ONUSIDA 2009–2011. Disponível em: <http://www.unu-brasil.org.br/doc/Matriz-de-Resultados-do-UNAIDS-2009-2010.pdf>.

Figura 1 – Estimativa do número* de adultos e crianças vivendo com HIV em 2007



FONTE: UNAIDS. Em: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/mapping_progress.asp

NOTA: (*) Números em milhões.

Ainda segundo o Relatório da UNAIDS (2009), a epidemia parece ter se estabilizado na maioria das regiões, embora a prevalência continue a crescer na Europa Oriental, na Ásia Central e em outras partes da Ásia. A África Subsaariana continua a ser a região mais afetada, com 71% de todas as novas infecções por HIV em 2008. E dentre as principais características evidenciadas no relatório sobre a epidemia da aids no mundo estão: a aids continua a ser uma grande prioridade de saúde; há variações epidemiológicas entre e dentro de países e regiões; as tendências da epidemia estão se modificando; há evidência de sucessos na prevenção do HIV; e a melhoria no acesso ao tratamento está tendo um impacto positivo.

O UNAIDS também recomenda que os países baseiem suas estratégias contra a aids em um entendimento de suas epidemias individuais e suas respostas nacionais, o que muitas vezes não acontece. Outra importante brecha programática apontada pelo UNAIDS é a falta de programas especificamente voltados para pessoas vivendo com HIV/aids, e sugere que haja esforços urgentes de envolvimento dessas pessoas no planejamento, implementação e monitoramento de ações de prevenção, e que estas estejam fundamentadas em princípios de direitos humanos e apoiadas por forte proteção legal (UNAIDS, 2009).

Epidemiologia da Aids no Brasil

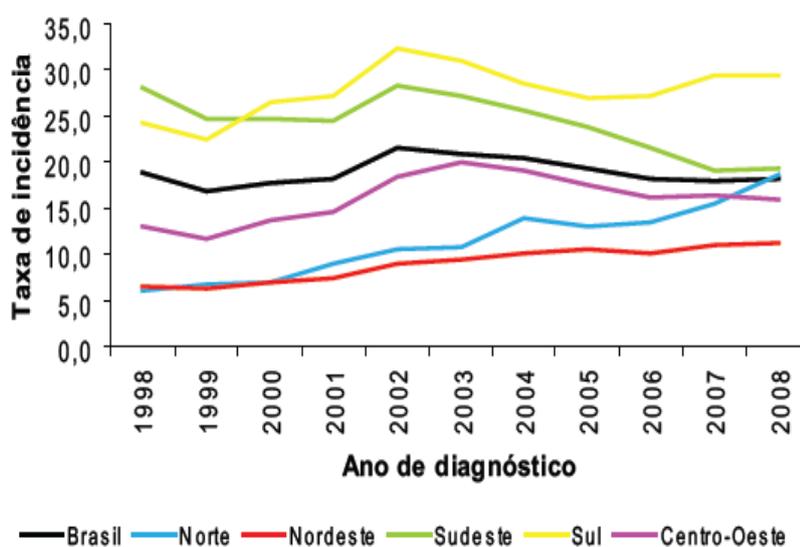
Números gerais da epidemia de aids no Brasil:

- Estimativa de pessoas infectadas pelo HIV, 2006: 630.000;
- Prevalência da infecção pelo HIV na população entre 15 e 49 anos: 0,61% (sexo feminino: 0,41% e sexo masculino 0,82%);
- Casos novos de aids em 2008: 34.480;
- Taxa de incidência de aids em 2008: 18,2 por 100.000 habitantes;
- Casos acumulados de aids no período de 1980 a junho de 2009: 544.846;
- Número de óbitos por aids em 2008: 11.523;
- Coeficiente de mortalidade por aids em 2008: 6,1 por 100.000 habitantes;
- Número de óbitos por aids no período de 1980 a 2008: 217.091.

(Brasil, 2010a)

Em média, são identificados 35 mil casos de aids por ano no Brasil. A taxa de incidência vem se estabilizando, em patamares elevados, nos últimos anos. Existem, entretanto, grandes diferenças entre as regiões do país, como declínio da taxa de incidência nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, no período de 2000 a 2008 (Figura 2) (Brasil, 2010a).

Figura 2 - Taxa de incidência de aids⁽¹⁾ (por 100.000 habitantes) segundo região de residência e ano de diagnóstico. Brasil, 1998 a 2008

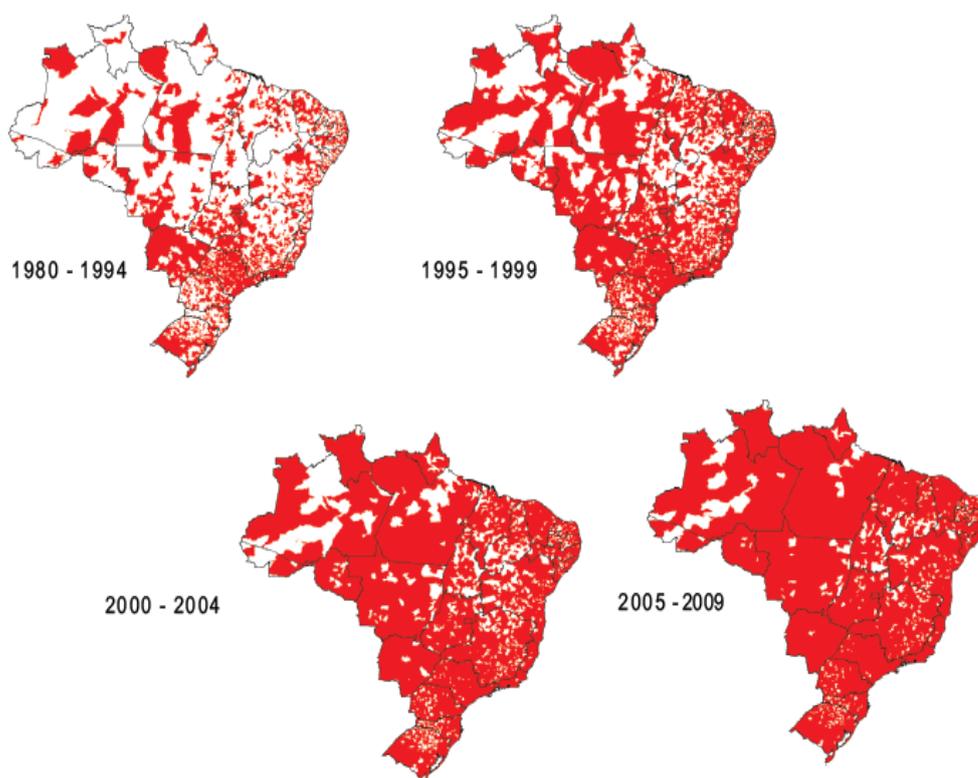


FONTE: MS/SVS/Boletim Epidemiológico (Brasil, 2008a) - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

NOTA: ⁽¹⁾ Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

O número de municípios brasileiros com pelo menos um caso de aids cresce ao longo dos anos, passando de 57,5% em 1998 para 87% em 2008 (Figura 3). Os grandes centros urbanos do país – onde estão concentrados 52% dos casos de aids – registraram queda de 15% na taxa de incidência da doença entre 1997 e 2007. Nesse mesmo período, a incidência nos municípios com menos de 50 mil habitantes dobrou, revelando que a epidemia caminhou para o interior do país. Em 1997, a taxa nas cidades com menos de 50 mil habitantes era cerca de oito vezes menor do que a registrada nas cidades com mais de 500 mil pessoas, tendo essa relação caído para três vezes em 2007 (Brasil, 2010a).

Figura 3 - Municípios com pelo menos um caso de aids ⁽¹⁾ por período de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2009



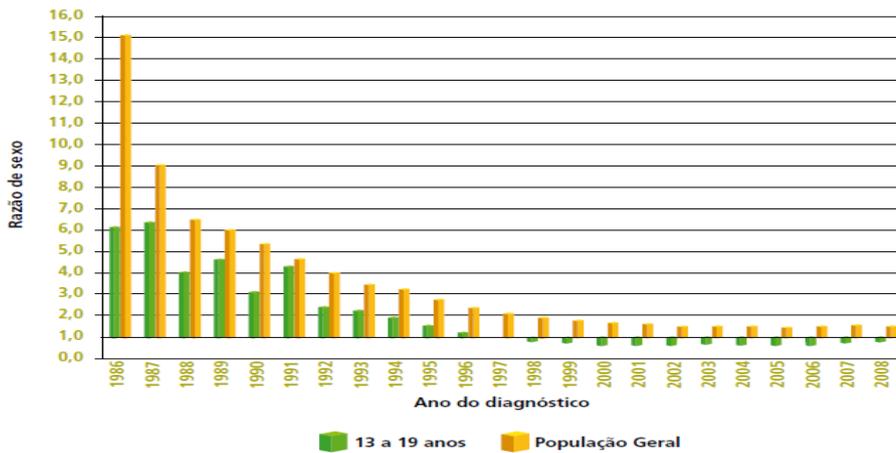
FONTE: MS/SVS/ Boletim Epidemiológico (Brasil, 2008a) - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

NOTA: ⁽¹⁾ Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

A razão de sexo (número de casos em homens dividido por número de casos em mulheres) no Brasil diminuiu consideravelmente do início da epidemia para os dias atuais, como ilustra a Figura 4. Em 1986, a razão era de 15 casos de aids em homens para cada caso em mulheres. A partir de 2003, a cada 15 casos em homens passaram a

existir 10 em mulheres. Chama atenção a análise da razão de sexo em jovens de 13 a 19 anos, onde o número de casos de aids é maior entre as meninas (Brasil, 2010a).

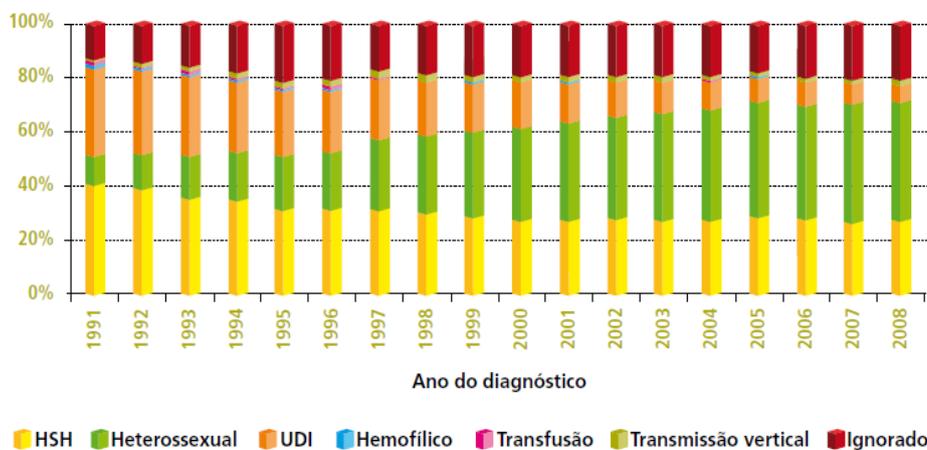
Figura 4 - Razão de sexo (M:F) dos casos de aids⁽¹⁾ segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1986 a 2008



FONTE: MS/SVS/ Boletim Epidemiológico (Brasil, 2008a) - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Em relação à categoria de exposição ao HIV, é visível o aumento dos casos de transmissão através de relações heterossexuais (Figura 5). A análise demonstra que a categoria de exposição sexual, em 1998, era responsável por 91,3% dos casos, percentual que, em 2008, subiu para 97%. Entre indivíduos adultos do sexo masculino, houve aumento na proporção de casos de aids entre heterossexuais (Brasil, 2010a).

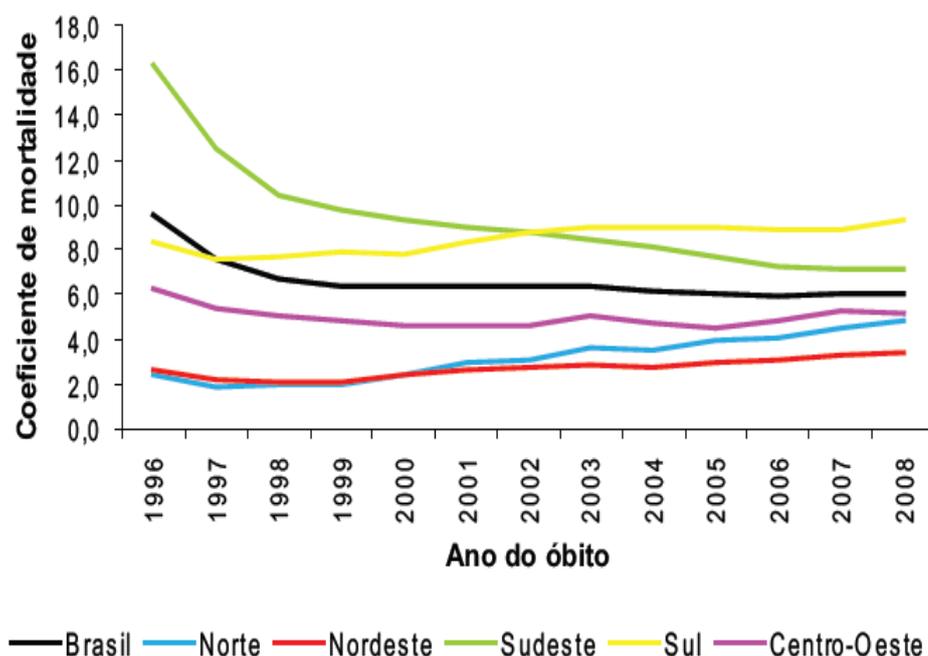
Figura 5 – Distribuição percentual de casos de aids⁽¹⁾ em homens de 13 anos de idade e mais, segundo categoria de exposição por ano de diagnóstico. Brasil, 1991 a 2008.



FONTE: MS/SVS/ Boletim Epidemiológico (Brasil, 2008a) - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Quanto à mortalidade por aids, na última década, o Brasil vem registrando uma média de 11.000 óbitos por ano. O coeficiente de mortalidade por aids variou de 9,6 em 1996, para 6,0 por 100.000 habitantes, em 2006, e se mantém estável desde então. E a análise por região demonstra que o coeficiente de mortalidade aumentou nas regiões Sul, Norte e Nordeste, e apresentou certa estabilização no Centro-Oeste e diminuição no Sudeste (Figura 6) (Brasil, 2010a).

Figura 6 – Coeficiente de mortalidade por aids (por 100.000 habitantes) padronizado por idade⁽¹⁾, segundo região de residência e ano do óbito. Brasil, 1996 - 2008



FONTE: MS/SVS/ Boletim Epidemiológico (Brasil, 2008a) - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

NOTA: (1) Casos notificados no SINAN e registrados no SISCEL/SICLOM até 30/06/2009 e declarados no SIM de 2000 a 2008. Dados preliminares para os últimos cinco anos.

Epidemiologia da Aids no Município de Juiz de Fora

Embora o número de casos absolutos de aids no Brasil seja maior nas duas cidades mais populosas, São Paulo e Rio de Janeiro, as taxas de incidência da doença revelam importante disseminação geográfica da epidemia (Reis, Czeresnia, Barcellos, & Tassinari, 2008).

No Estado de Minas Gerais, embora ocorra uma concentração de casos nas grandes cidades, existem registros de casos na maioria de seus 853 municípios. Em

estudo realizado por Proietti e Caiaffa (1997) sobre a situação e tendências da epidemia de aids em Minas Gerais, no período de 1983 a 1995, constatou-se que a região da Zona da Mata apresentava-se entre as quatro regiões com maior número de casos no estado, sendo a cidade de Juiz de Fora considerada como referência tanto na dispensação de antiretrovirais quanto em assistência ambulatorial ao paciente portador de HIV/aids (Reis et al., 2008).

Juiz de Fora foi classificado como o segundo município mineiro entre os quinze com maiores números de casos notificados, possuindo uma taxa de incidência da doença de 17,4/100.000 habitantes, de 1994 - 2006, conforme Boletim Epidemiológico DST/AIDS 2007 da Coordenação Estadual de Minas Gerais. Quanto às formas de exposição, 45% dos casos são entre heterossexuais, 23% Homo/Bissexual, 12% usuários de drogas injetáveis e 20% de categoria de exposição ignorada. As tabelas I e II demonstram a distribuição dos casos de aids de acordo com o sexo e a faixa etária de 1986 a 2007.

Distribuição dos casos de AIDS conforme sexo e faixa etária em maiores de 13 anos em Juiz de Fora - primeira e segunda década da epidemia em Juiz de Fora- MG.

Tabela I – Feminino

	13 - 19 anos	20 – 34 anos	35 – 49	50 – 64 anos	65 – 79 anos	Total de casos
1986 a 1996	07	85	57	06	01	156
1997 a 2007	18	255	165	27	11	476

Tabela II - Masculino

	13 a 19 anos	20 – 34 anos	35 – 49	50 – 64 anos	65 – 79 anos	Total de casos
1986 a 1996	24	324	145	29	03	525
1997 a 2007	17	397	350	87	12	863

Comparando a evolução da epidemia na população feminina é possível perceber que os casos triplicaram em praticamente todas as faixas etárias, sendo que quadruplicaram na faixa de 50 a 64 anos; com 65 anos ou mais de idade foram notificados 10 casos a mais quando comparados com a primeira década. Na população masculina o número de casos dobrou na faixa etária de 35 a 49 anos, triplicou na de 50 a 64 anos e quadruplicou acima de 65 anos. Ou seja, podemos perceber claramente a questão da feminização e do envelhecimento da doença na cidade. Ainda é fundamental destacar que, considerando que a subnotificação de casos acima de 50 anos pode chegar a 65% no Brasil, pode-se estimar que este número seja bem maior (Oliveira & Cabral, 2004).

O Surgimento da Epidemia da Aids e as Políticas Públicas Brasileiras

Segundo Marques (2003) os primeiros casos oficialmente registrados de aids no Brasil ocorreram em 1982, no Estado de São Paulo, também em homens, adultos, com práticas homossexuais. Contudo, mais tarde um estudo retrospectivo indicou um caso de aids em São Paulo ainda em 1980, ano que passou a ser referido em todas as análises epidemiológicas sobre o HIV no Brasil como o marco inicial da epidemia.

Nesse período, o Brasil passava por um momento conturbado de sua história, que foram os últimos anos do governo militar, no qual o país atravessava uma evolução de uma crise social, política e econômica. Os primeiros casos de aids coincidiram, portanto, com a tentativa do país voltar a uma democracia (Miranda, 2008). Ao mesmo tempo, a crise econômica, adjunta à imensa dívida externa brasileira e à política tanto de empréstimos como de dependência econômica internacionais, acentuou os problemas existentes na estrutura de sistema de saúde pública no país, fazendo com que a capacidade do governo de responder aos problemas colocados por uma doença epidêmica ficasse limitada (Silva, Oliveira, Nikaido, Lourenço, & Teixeira, 2002).

Em relação às respostas direcionadas à aids no Brasil, alguns autores, como Parker (1997) e Galvão (2000), fizeram a distinção de diferentes fases na evolução destas. Galvão (2000) apresenta, tendo como referencial a periodização sugerida por Parker (1997), uma proposta relevante de identificação de diferentes fases na evolução

dessas respostas no Brasil, sendo elas: 1981 a 1982, quando a aids era conhecida no país apenas pela imprensa; 1983 a 1984, quando a aids apresentou-se como uma realidade para o Brasil; 1985 a 1989, período que envolveu diferentes iniciativas no confronto com a aids, com forte participação da sociedade civil; 1990 a 1991, fase marcada por mudanças no cenário brasileiro de respostas à epidemia, com alterações no Programa Nacional; e 1993 a 1996 (ano do término de sua análise), fase lembrada pela implementação de um novo modelo de gerência da epidemia de HIV/aids, com os empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro.

Apesar do diagnóstico de casos de aids ter começado a ser realizado no Brasil desde 1982, foi dada relativamente pouca atenção pública à doença (Silva et al., 2002). Em seu início, a aids era uma doença de causas desconhecidas, e como afirma Marques (2003), as formas de transmissão do HIV foram se delineando com o aparecimento de novos casos, construindo-se gradativamente no senso comum uma imagem da aids e de suas vítimas, reconhecidas como pessoas com práticas sexuais promíscuas. Inclusive, uma das primeiras matérias sobre a aids publicada no Brasil, apresentou-se em março de 1981 no *Jornal do Brasil*, com o seguinte título: “Câncer em homossexuais é pesquisado nos EUA”.

As falas das “autoridades médicas”, as quais afirmavam que as pessoas infectadas haviam transgredido uma lei moral ou natural, foram sendo legitimadas pela imprensa e acabaram hegemonizando quase uma década de aids no Brasil. Além disso, “os programas (principalmente a falta deles) eram baseados na ameaça de morte e no preconceito, marcados principalmente pela omissão, pela curiosidade mórbida pela vida privada dos doentes (como ele pegou?)” (Paiva, 2000a, p. 28). Esses fatores foram responsáveis pela representação de pessoas vivendo com aids como sub-cidadãos, desprovidos de direitos, e pela infecção de milhares de pessoas, que, por não se identificarem com a descrição estereotipada e preconceituosa do portador, não se percebiam em risco de contrair a doença (Paiva, 2000a).

Em 1982 sugeriu-se a transmissão por transfusão sangüínea, devido ao surgimento de casos em crianças que receberam doações de sangue e hemoderivados, o que colocou os hemofílicos do tipo “A” entre os “grupos de risco”, ao lado dos homossexuais e usuários de drogas injetáveis. O contato com sangue e seus derivados, contaminados pelo HIV, foi anunciado, então, como outra via de transmissão da doença (Marques, 2003).

No início de 1983, surgiram informes sobre a imunodeficiência humana em mulheres parceiras de homens com aids, o que apontava a existência de fatores de risco desconhecidos (Nunes, 2008). Neste mesmo ano, a disseminação da epidemia já havia atingido todas as regiões do país (Silva et al., 2002), caracterizando a segunda fase da epidemia descrita por Galvão (2000).

Em 1984, foi publicado o relato de um caso de aids cuja vítima era esposa de um hemofílico, o que veio a assinalar o que até então não havia sido considerado pelos pesquisadores, a transmissão da doença em contatos heterossexuais (Camargo Junior, 1994). Em seguida, com a ocorrência de casos em crianças, ficou comprovada a transmissão da mãe soropositiva para o filho, podendo esta ocorrer durante a gravidez, no momento do parto ou por meio da amamentação (Nunes, 2008).

Devido às descobertas de novas formas de transmissão do HIV, o conceito de “grupo de risco” começou a ser questionado e criticado, tendo sido gradualmente substituído por “comportamentos/práticas de risco”, o que representou de certa forma, um avanço em relação ao conceito anterior no que diz respeito aos preconceitos associados à doença (Bastos, 1996a).

Com esta nova proposição foram incorporadas ações de prevenção, visando a uma mudança individual do comportamento. E os objetivos básicos que nortearam estas propostas foram: a redução dos riscos através da disseminação de informações sobre a aids, o controle dos bancos de sangue, a orientação sobre práticas de sexo seguro, testagem e aconselhamento, e redução de danos através da implantação de programas dirigidos aos usuários de drogas injetáveis (Ayres, 1997).

O conceito de comportamento/práticas de risco também veio a ser questionado posteriormente, pois se acreditava que este se centrava apenas no comportamento dos indivíduos, esquecendo-se de todo o contexto sociocultural no qual estes estão inseridos. Foi proposto então o termo “vulnerabilidade” por Mann e colaboradores em 1992, tentando mudar a concepção da própria epidemia, baseada num modelo epidemiológico de risco, para uma reorientação das ações de intervenção no sentido de incluir as mediações históricas e estruturais que podem aumentar ou diminuir a vulnerabilidade das populações ao HIV/aids (Parker & Galvão, 1996).

Foram assim estabelecidos padrões de referência para avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, tendo sido determinados três planos inter-relacionados para mensurar a vulnerabilidade: vulnerabilidade individual, propondo que todos os indivíduos apresentam um grau potencial de vulnerabilidade ao HIV/aids, que pode

variando em função de valores pessoais e formas de dispor ou não de medidas de proteção; vulnerabilidade social, abrangendo questões sociais, econômicas, culturais, como gênero, religião, governo, desigualdade social; e vulnerabilidade programática, representada pelo investimento dos programas de controle ao HIV/Aids no que se refere à prevenção, e assistência às PVHA (Ayres, França Júnior, & Saletti Filho, 2003).

Nunes (2008) afirma que a sociedade, diante do ainda temido e desconhecido, produziu representações acerca da aids baseando-se na idéia de doença contagiosa, incurável e fatal, seguindo o conceito de “peste”, cujo significado seria uma ameaça extrema à sociedade, produzindo assim, atitudes de evitar e isolar aquele que a portava. Além disso, a aids era uma doença que ocasionava a deformação física e estava associada a grupos discriminados e marginalizados, como os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas. Segundo a autora, essa forma de representá-la contribuiu para construção de sentimentos e preconceitos, evocando comportamentos e políticas discriminatórias, principalmente em relação a estes grupos.

Além desses entendimentos sobre a aids, as representações construídas para significar a doença também tiveram como base as crenças e interpretações morais, principalmente relacionadas à sexualidade, que acabaram instituindo valores para elucidar a origem da situação que provocou a infecção (Nunes, 2008). Tal posicionamento moral da sociedade, unido à expressiva cooperação do discurso normalizador da medicina, atribuiu culpa e responsabilidade pelo fato de uma pessoa estar doente de aids ou portadora do HIV, pois o seu estilo de vida rompeu com os comportamentos socialmente aceitáveis, sendo as “vítimas culpadas”, em contraposição às “vítimas inocentes”, representadas pelas pessoas infectadas por transfusão sanguínea ou pela transmissão vertical (Camargo Jr., 1995).

Para Silva et al. (2002), a falta de informação sobre a aids e a divulgação de informações equivocadas, acarretou um conjunto de crueldades às pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil. Nesse contexto, instituições e profissionais de saúde recusaram-se a tratar pacientes com aids e especialistas em medicina disseminaram informações alarmistas e injustas, estimulando ainda mais o preconceito contra as pessoas infectadas pelo vírus.

Quando os números da aids começaram a aumentar, o possível impacto da epidemia ficou mais evidente, o que forçou o Ministério da Saúde a, finalmente, tomar algumas providências (Silva et al., 2002). Contudo, esses autores consideram que as ações do governo perante a aids, em seus cinco primeiros anos, foram incipientes,

caracterizando-se por reuniões isoladas, palestras, distribuições de panfletos e utilização da mídia através de reportagens, muitas vezes equivocadas. As ações governamentais pautavam-se por investimentos em vigilância epidemiológica e em assistência médica, porém, sem um plano sistemático e organizado de prevenção.

Em 1985 teve início a terceira fase de reações à epidemia de aids descrita por Galvão (2000), e foi caracterizada pela criação das primeiras organizações relacionadas à doença no Brasil, sendo um período de grandes transformações tanto para o cenário político brasileiro quanto para o cenário da aids no país. Segundo a autora, nessa fase foram criadas, a partir da grande mobilização civil, as organizações não governamentais (ONGs) voltadas para as dimensões sociais da epidemia de aids, como o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA) em 1985 em São Paulo, que foi motivado pela luta contra a discriminação, pelo preconceito e pelo aumento do número de casos registrados. E, no que diz respeito a atitudes governamentais, foi criado em 1986 o Programa Nacional de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e aids.

As Organizações não governamentais tiveram um papel fundamental na luta frente à epidemia da aids no Brasil. Também chamadas de ONG/aids, elas eram entendidas como lugares de sociabilidade, de pressão política e de contribuição na renovação das formas de assistência social, promovendo estratégias de inclusão (Solano, 2000). Entre 1985 e 1990, foram criadas quatro organizações essenciais das ações que se multiplicaram nos anos seguintes: Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), Pela Vida e o Grupo de Incentivo à Vida (GIV).

Além disso, as ONG/aids eram fundamentalmente baseadas nas políticas dos Direitos Humanos, que foram um dos pilares da resposta brasileira à aids, visando promover o direito à saúde, atuando no combate efetivo de todas as formas de discriminação, principalmente no que se refere às pessoas vivendo com HIV/aids (Brasil, 2010a).

A atuação do movimento gay também marcou o início das articulações da sociedade civil no combate à doença. Por ter sido o primeiro grupo afetado pela aids e, ainda por ter sofrido com o preconceito e discriminação, este segmento foi o pioneiro em posicionar-se publicamente e exigir das autoridades medidas de combate à aids no Brasil (Teixeira, 1977).

No que se refere ao Programa Nacional de DST/aids, - hoje, Departamento Nacional de DST e Aids - a criação deste também foi muito importante na história da

luta contra a aids no Brasil. O Programa teria a incumbência institucional de coordenar, elaborar normas técnicas e formular políticas públicas em sua área de abrangência (Solano, 2000). Seus eixos centrais de ação eram: promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV/aids e prevenção; diagnóstico e assistência; e desenvolvimento institucional e gestão do programa (CREPOP, 2008).

Nesse período, o setor de saúde também tentou envolver outros setores no combate à aids, como o Ministério da Educação, do Trabalho e da Justiça, com o intuito de reunir esforços para o desenvolvimento de políticas nacionais na luta contra a doença, procurando indicar que a aids não deveria ser um problema unicamente da área da saúde, mas sim uma questão de importância nacional. Contudo, foi apenas no final de 1986 que o Ministério da Saúde assinou uma portaria, estabelecendo a notificação compulsória dos casos da infecção, possibilitando assim o início do acompanhamento da epidemia (Silva et al. 2002).

E ainda, em maio de 1987 iniciou-se a testagem de todo sangue doado no país, representando um grande avanço na luta contra a aids no Brasil. Porém, em setembro de 1988 o governo federal noticiou a redução de 30% nos recursos destinados à epidemia, o que acabou enfraquecendo o Programa Nacional de aids do Ministério e deixando-o sem fundos suficientes para o fornecimento dos medicamentos básicos e testagem do sangue no país (Silva et al., 2002).

Com o governo Collor (1990-1992), iniciou-se a quarta fase das respostas políticas à aids, ocorrendo esta de maneira totalmente contrária às expectativas nacionais. A política nacional contra a aids desarticulou-se naquele período, afetando a integração entre estados, ONGs e outras instituições, o que acabou fragilizando não só o próprio programa nacional, mas também, o processo de implantação e de construção do combate à aids no Brasil (Galvão, 2000). O governo Collor mostrou-se não somente um problema nacional no aspecto político, como também na gerência da saúde pública. Especificamente em relação à aids, executou estratégias marcadas pela incongruência, e desestruturação do Programa Nacional e sua evolução (Teixeira, 1997; Galvão, 2000; Camargo Júnior, 1999; Villela, 1999).

A partir da década de 90 também pôde ser constatada uma transição do perfil epidemiológico da aids, resultando em significativas mudanças no cenário da doença no Brasil, como a heterossexualização, feminização, pauperização, interiorização (Parker & Camargo Jr., 2000) e, ainda, o envelhecimento da epidemia (Saldanha & Araújo, 2006).

Ou seja, o vírus disseminou-se e mudou o seu perfil, passando a atingir vários segmentos da população.

Na quinta fase da resposta brasileira ao HIV, ilustrada por Galvão (2000), ocorreu a reorganização do Programa Nacional de Aids do Ministério da Saúde, tendo sido deixadas de lado as rivalidades governamentais, a fim de intensificar e fortalecer a cooperação de todos que estavam na luta contra a doença. Ainda segundo a autora, a coordenação nacional rearticulou-se com as ONGs e programas estaduais, e iniciou as negociações com a cooperação internacional, mais precisamente com o Banco Mundial.

A assinatura, em 1993, do acordo com o Banco Mundial viabilizou o projeto Aids I, com vigência de 1994 a 1998, o qual determinou o caminho das políticas de enfrentamento da epidemia neste período, desdobrando-se posteriormente em outros empréstimos, denominados Aids II e Aids III. Dessa forma, o Programa Nacional de Aids passou a ser o principal financiador dos projetos a serem desenvolvidos em todo o país, oferecendo novas possibilidades de prevenção e controle da doença (Marques, 2002).

As ONG/aids também passaram a contar com recursos do Programa Nacional, provenientes dos empréstimos, para desenvolver programas de prevenção e apoio às pessoas vivendo com HIV/aids, sendo esta a fonte fundamental de sobrevivência de várias entidades. Dessa forma, as ONGs deixaram de agir como opositoras ao governo, passando a serem colaboradoras, parceiras e aliadas deste. O que acabou colocando em jogo, de certa forma, a autonomia dessas iniciativas frente ao governo (Solano, 2000).

A partir desse período dos empréstimos e de reorganização do Programa Nacional, políticas muito importantes foram implementadas no Brasil. Em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde os Serviços de Assistência Especializada (SAEs), que tinham custos econômicos e sociais menores que o atendimento hospitalar convencional. Em 1996 a terapia antirretroviral começou a ser oferecida gratuitamente aos cidadãos brasileiros portadores de aids, reduzindo em 50% a mortalidade e 70% a morbidade dos casos de aids no país, e em 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Posteriormente, também ocorreu a disponibilização de medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, através da Portaria nº 2104, de 2002; a criação da política de vigilância com realização de estudos em grupos populacionais específicos; as formulações particulares da redução de danos do uso indevido de drogas injetáveis, que gerou polêmica; a oferta gratuita de preservativos masculinos; o suporte

diagnóstico, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), dentre outras ações (Fonseca, 2005).

Chequer¹⁰ considera que embora tenha havido estimáveis conquistas em relação à luta brasileira, alguns desafios ainda persistem, como: o quadro econômico desfavorável à sustentabilidade dos programas sociais governamentais, e a discriminação, que se encontra muito presente nos discursos sobre a aids.

Como se pode perceber, desde o seu surgimento, a aids vem trazendo ao debate público contextos tradicionalmente reconhecidos como próprios da arena de vida privada, por possuírem uma carga sociomoral que lhes proibia serem abordados publicamente, como o comportamento sexual das pessoas (Parker & Barbosa, 1996).

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

Marques (2002) ao considerar que o imaginário que se formou sobre a aids em seu início nos remeteu às noções de castigos, segregações, punições e, mais ainda, deixou clara a nossa fraqueza diante do inesperado, levanta um questionamento: “após esses vinte anos de epidemia no país: é possível a construção de políticas públicas mais justas e igualitárias, com a participação da sociedade nesse processo?” (p. 63).

Embora, como dito anteriormente, o UNAIDS (2009) advirta sobre a importância dos entendimentos sobre os desdobramentos da epidemia em cada país, para a implementação de estratégias eficientes contra a aids, autores ressaltam que apesar da extensão e do impacto da epidemia, e da significativa política de resposta que ela gerou no Brasil, são poucos os estudos que tentaram analisar o desenvolvimento das políticas e programas relacionados à aids no país: “o HIV/Aids em geral não conseguiu ser incluído na agenda de pesquisa acadêmica relacionada à política social e de saúde pública no Brasil” (Parker, Galvão, & Bessa, 1999, p. 13). Uma primeira imersão na

¹⁰ História do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - AIDS VINTE ANOS - Esboço histórico para entender o Programa Brasileiro. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DPTBRIE.htm>.

revisão de literatura especializada¹¹ revelou que nos últimos dez anos a problemática da aids e de suas políticas sociais e de saúde ainda tem sido modestamente contemplada como objeto de estudo, sobretudo na psicologia. Em relação ao HIV/aids entre os idosos, essa realidade não é diferente.

Assim sendo, este projeto de mestrado volta seu foco à análise da construção das políticas públicas brasileiras no que se refere ao HIV na terceira idade, objetivando compreender qual é o lugar designado ao idoso nessas políticas e suas implicações no cenário da aids no Brasil. Para tal, iniciaremos uma breve discussão sobre a implementação das políticas públicas de saúde voltadas aos idosos no país.

¹¹ LILACS, BVS-PSI, SCIELO

CAPÍTULO II - ENVELHECIMENTO, SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

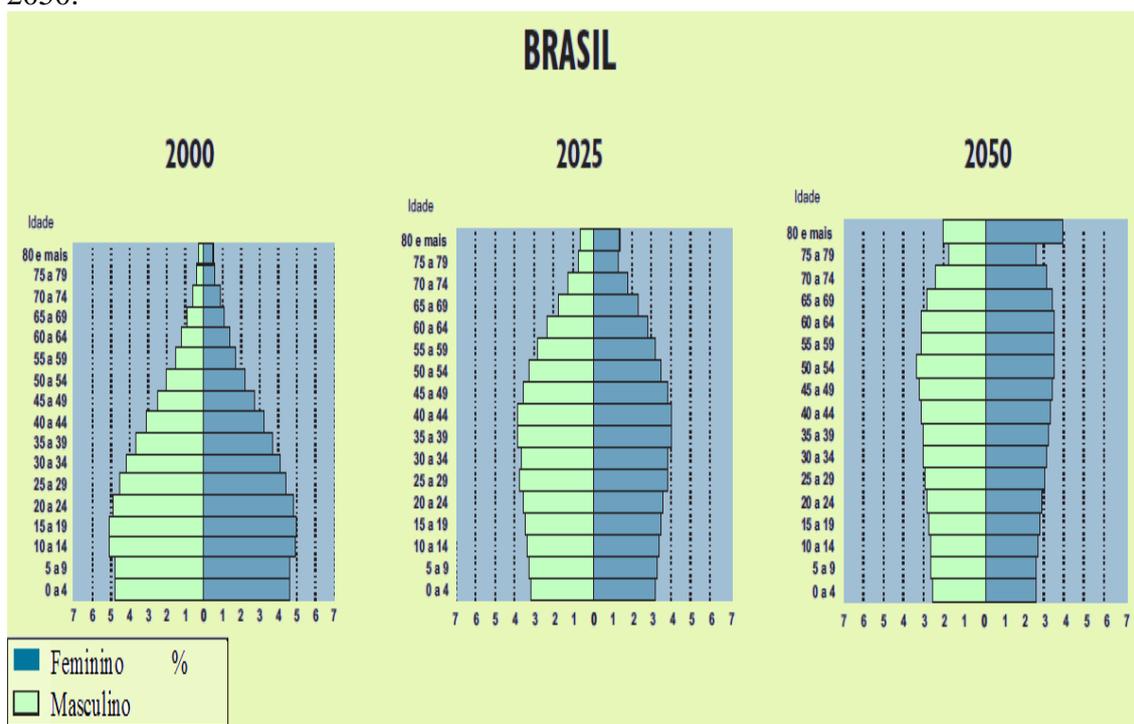
Envelhecimento Populacional

Os idosos formam um grupo populacional crescente, que vem fazendo com que hoje o envelhecimento seja considerado um relevante fenômeno mundial. Para o ano 2050, estima-se que haverá cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo (Brasil, 2007a). A Organização das Nações Unidas (ONU) entende o período de 1975 a 2025 como a “Era do Envelhecimento”. E ainda segundo a ONU, nesta era, o envelhecimento vem ocorrendo de forma mais significativa e acelerada nos países em desenvolvimento. Enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%; nos países em desenvolvimento, atingiu 123% (Siqueira, Botelho, & Coelho, 2002). O crescimento da população idosa brasileira em um período de 50 anos¹² pode ser observado na figura 7:

¹² Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf

Figura 7 - Envelhecimento da população brasileira, por sexo, nos anos 2000, 2025 e 2050.



Fonte: IBGE

Pesquisas realizadas no Brasil expõem que o aumento do número de idosos se deve a vários fatores, como: a tendência crescente da expectativa de vida, estando hoje o nível de esperança de vida ao nascer em torno de 71,3 anos; a melhoria geral das condições de saúde e mudança dos padrões de saúde e doença; a redução dos índices de mortalidade e, por último, a diminuição da taxa de natalidade (Silva, 1996; Motta, 2003).

Velhice e Terceira Idade

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a população idosa como aquela que alcançou ou ultrapassou os 60 anos de idade. Essa classificação é válida para os países em desenvolvimento, porém, em países desenvolvidos o ponto de corte é de 65 anos de idade, pelo fato destes utilizarem esse índice há várias décadas.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, própria a todos os membros de

uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (Brasil, 2007a).

Lessa (1998) atenta para a importância de se pensar o envelhecimento como um processo, ou seja, não como uma etapa que se inicia aos 60 anos. Esse marco cronológico serviria apenas como critério para definir intervenções na população mais velha:

O envelhecimento não começa repentinamente aos sessenta anos, mas consiste no acúmulo de interações de processos sociais, biológicos e do comportamento durante toda a vida, de modo que um indivíduo com menos de sessenta anos pode ser considerado um idoso do ponto de vista orgânico, mental e intelectual, ao passo que um septuagenário ou octogenário pode até ter todas essas funções preservadas, mesmo uma mentalidade coesa com as demais gerações, cabendo-lhe a designação de idoso apenas por sua idade cronológica. (Lessa, 1998, p. 205)

A noção de velhice representando uma etapa diferenciada da vida surgiu no período de transição entre os séculos XIX e XX (Silva, 2008a). Segundo Peixoto (2007), o termo “velhice” era associado à diminuição da capacidade do indivíduo produzir, sendo o termo “velho” relacionado a uma situação de exclusão social.

Para Nunes (2008), do ponto de vista fisiológico, a velhice deve ser vista através de inúmeras variáveis. Se por um lado, há o ciclo biológico, que é próprio do ser humano – todos nascem, crescem e morrem – por outro, existem as várias etapas da vida individual, que são social e culturalmente construídas, e influenciadas por diversas variáveis, como diferenças de gênero, etnia, de nível social e de cultura (Minayo, 2004). Simone de Beauvoir (1970), ao discorrer sobre a temática da velhice e sua conceituação, afirma:

A velhice é um fenômeno biológico: o organismo do homem idoso apresenta certas singularidades, que acarreta conseqüências psicológicas. Certos comportamentos são considerados, com razão, como característicos da idade avançada. Como todas as situações humanas, ela tem uma dimensão existencial: modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e sua própria história. (Beauvoir, 1970, p. 46)

Já a expressão “terceira idade”, é recente e popularizou-se com muita rapidez no vocabulário brasileiro. De acordo com Laslett (1989), que foi um dos primeiros autores a sugerir o entendimento da terceira idade como uma nova e diferenciada etapa da vida, a expressão originou-se na França na década de 70 e foi incorporada ao vocabulário anglo-saxão em 1981. Seu uso é considerado pela literatura especializada uma das maiores transformações na história da velhice, tendo ocasionado uma inversão dos valores atribuídos a esta, antes entendida como decadência física e invalidez, momento de quietude no qual prevaleciam a solidão e o isolamento afetivo, passando a significar o momento do lazer, favorável à realização pessoal, à criação de novos hábitos prazerosos e ao cultivo de laços afetivos e amorosos (Silva, 2008a).

Contudo, ainda que as formulações de Laslett se mantenham como importante referência para o entendimento da terceira idade, elas também foram alvo de críticas e revisões, tanto por parte de estudiosos do envelhecimento, quanto por parte do próprio autor, que reconhece alguns dos problemas de sua teoria geral da terceira idade. Uma delas era a respeito da satisfação, uma vez que o autor passava a idéia de que em outras etapas da vida as possibilidades de satisfação pessoal estavam diminuídas, e somente na terceira idade estas se encontravam efetivamente à disposição dos sujeitos (Silva, 2008b).

Para Debert (1998), a noção de terceira idade reflete um momento de saúde, atividade e vitalidade, enquanto a velhice lembraria decadência fisiológica e cognitiva, experiência de solidão e dependência. Entretanto, a referida autora considera que o processo de modificação da velhice, sendo caracterizado pela noção de terceira idade, acaba por retirar o tema do envelhecimento do rol de preocupações sociais, restringindo assim, a responsabilidade do Estado, à competência e habilidade individuais e, ainda, emana a uma condição de negação da identidade da velhice.

Silva (2008b) pondera que, ainda que controverso, o surgimento da noção da terceira idade, sendo usada de forma crítica e cautelosa “pode favorecer a diversificação das formas de existência e a inovação subjetiva, acrescentando novas possibilidades à descrição das histórias de vida dos sujeitos” (p. 813), e apesar de as pessoas mais velhas terem sido muito valorizadas nas civilizações antigas, como Grécia, Esparta e Roma, sendo sempre chamadas para manterem a ordem estabelecida, hoje ainda podem ser percebidos em nossa sociedade muitos estereótipos e crenças que desvalorizam as pessoas com mais idade.

Robert Butler (1969) considera o preconceito em relação aos idosos como uma forma de intolerância que pode ser comparada a outras, como a racial, a religiosa ou a sexual, o que acaba por fortalecer a criação de políticas e práticas discriminatórias. Já no final da década de 60 este autor assinalava a seriedade do assunto, destacando a importância em se considerar a idade avançada um alvo do preconceito. Há quarenta anos, portanto, estudos já têm assinalado os prejuízos da discriminação geracional – relacionada a outros preconceitos como de raça e de classe – para o desenvolvimento humano e das sociedades, nas palavras do autor: “Age, race and social class discrimination are clearly inimical to the developing human community (...) Age-ism might parallel (it might be wishful thinking to say replace) racism as the great issue of the next 20 to 30 years and age bigotry is seen within minority groups themselves” (Butler, 1969, p. 246). Nesse sentido, Robert Butler previa que ao final do século XX o preconceito de idade estaria equiparado ao preconceito de raça, uma vez que discriminação com pessoas mais velhas se faz presente também em grupos minoritários. Isso é bastante visível atualmente, inclusive, entre pessoas que sofrem discriminação de outra ordem. Dito de outro modo, pessoas idosas são discriminadas também entre pessoas que sofrem discriminação. Em grupos minoritários como o de homens homossexuais, por exemplo, é presente a discriminação de idade, uma vez que a valorização do corpo jovem e sarado é bastante característica do universo homossexual masculino.

Sendo assim, para Minayo (2004) o fenômeno do envelhecimento populacional como questão pública deve ser visto e analisado de forma positiva para o desenvolvimento humano, fazendo-se importante pensar a terceira idade como uma importante questão pública.

O Envelhecimento nas Políticas de Saúde Brasileiras

O processo de envelhecimento demográfico refletiu e continua refletindo na esfera da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade, uma vez que os idosos, assim como os demais segmentos etários (crianças, jovens e adultos), possuem demandas específicas para obtenção de apropriadas condições de vida (Siqueira et al., 2002). Ou seja, apesar de o envelhecimento populacional ser visto como uma das principais conquistas sociais do século XX, percebe-se também que este traz consigo

grandes desafios para as políticas públicas. Sendo um dos mais importantes, garantir que o processo de desenvolvimento econômico e social ocorra continuamente, fundamentando-se em princípios capazes de assegurar tanto um patamar econômico para a manutenção da dignidade humana, quanto a igualdade entre os diferentes grupos etários na divisão dos recursos, direitos e responsabilidades sociais (Alves, 1995).

O termo Políticas Públicas tem sido frequentemente estudado no contexto de áreas e setores políticos específicos da sociedade, obtendo diversas classificações. Segundo Teixeira (1997), podemos compreender políticas públicas como um amplo e abrangente conceito, entendendo-as enquanto ações que tentam responder aos problemas públicos.

Entendemos as políticas públicas como sendo o conjunto de diretrizes e referências ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade lhe apresenta. [...] é a resposta que o Estado oferece diante de uma necessidade vivida ou manifestada pela sociedade. (Teixeira, 1997, p. 43)

De acordo com Camarano e Pasinato (2005) os programas sociais direcionados ao enfrentamento do processo de envelhecimento das populações dos países desenvolvidos começaram a ganhar espaço em 1970, tendo como objetivo a conservação do papel social dos idosos e/ou a sua reinserção, bem como a prevenção da possível perda de sua autonomia. Já no Brasil, como em outros países em desenvolvimento, os autores consideram que a questão do envelhecimento populacional somou-se a uma vasta lista de questões sociais mal resolvidas, como a pobreza e a exclusão social de alguns grupos, e aos altos níveis de desigualdade existentes nessas sociedades, o que fez com que as respostas políticas voltadas ao envelhecimento populacional no país fossem limitadas.

Contudo, a sociedade civil se empenhou e teve fortes influências na implementação de duas iniciativas da década de 60, que merecem destaque devido ao seu impacto no desenvolvimento das políticas brasileiras para a população idosa. A primeira delas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) em 1961, que passou a estudar este processo levando em conta todos os aspectos biopsicossociais do envelhecimento e não somente os fatores físicos, e estimulou iniciativas de apoio à velhice formando parcerias com outras organizações interessadas na temática. A segunda iniciativa ocorreu em 1963 por iniciativa do Serviço Social do Comércio (SESC) contra o desamparo e a solidão entre os idosos. A ação revolucionou

o trabalho de assistência social ao idoso, sendo determinante na deflagração de uma política direcionada a esse segmento populacional (Camarano & Pasinato, 2005).

A partir dessas ações, o Estado começou a pensar uma política direcionada aos que envelheciam no Brasil, e em 1976 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social. Dessa forma, começaram a existir mais pesquisas voltadas à situação da velhice no Brasil, que até então era considerado um país essencialmente jovem (Biasus, 2009).

Assim sendo, podemos perceber que as ações do governo, voltadas à população idosa brasileira até a década de 80 consistiram no provimento de renda para a população idosa que trabalhou de alguma forma, e de assistência social para idosos necessitados e dependentes, predominando as questões de vulnerabilidade e dependência deste segmento (Camarano & Pasinato, 2005).

Todavia, mudanças nessa visão foram tomando corpo na década de 80, por influência do debate internacional. Com a assinatura do Plano Internacional de Ação para o Envelhecimento de 1982, período de redemocratização do país, o Brasil passou a atuar de forma mais assertiva na criação de políticas voltadas ao envelhecimento. Com a criação da Constituição Federal de 1988, houve um grande avanço nas políticas de proteção social aos idosos brasileiros, sendo introduzido o conceito de seguridade social, fazendo com que a rede de proteção social passasse a adquirir uma conotação de direito de cidadania, e não mais apenas um contexto estritamente assistencialista (Camarano & Pasinato, 2005).

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

No ano de 1994 foi criada a Política Nacional do Idoso¹³ (PNI, Lei 8.842/94), tendo como objetivo assegurar os direitos sociais das pessoas a partir de 60 anos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na

¹³ Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. República Federativa do Brasil. Disponível em: [http://www.soleis.adv.br/idoso.htm#LEI N° 8.842/94](http://www.soleis.adv.br/idoso.htm#LEI%20N%208.842/94).

sociedade, representando mais uma conquista para idosos brasileiros. Especificamente na área da saúde, a PNI trouxe como principais metas: garantir ao idoso a assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas na prevenção, tratamento e reabilitação; e criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

Entretanto, a PNI foi questionada pela sociedade através de inúmeras discussões ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de Gerontologia e Geriatria, dentre outras entidades representativas dessa temática, como a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. A partir dessas discussões foi elaborado um documento que se transformou no texto base da Política. Então, dentro da Política Nacional do Idoso foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Idoso¹⁴, através da Portaria Nº 1.395/99 (Santos 2007). Esta tendo como diretrizes básicas: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

Em 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso¹⁵, que apresentou em um único documento muitas das leis e políticas aprovadas e incorporou novos elementos e o estabelecimento de medidas que visam a proporcionar o bem-estar aos idosos (Zornita, 2008). Em seu Artigo 15 é *“assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde - SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”*.

Outra ação importante incidiu em fevereiro de 2006, quando foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contemplou o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso apareceu como uma das seis prioridades estabelecidas pelo governo, sendo apresentada uma série de ações

¹⁴ Lei nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999 cria a Política de Saúde do Idoso. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>.

¹⁵ Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.soleis.adv.br/estatutodoidoso.htm>.

que visaram à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso. Além disso, também foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa¹⁶ Idosa, através da Portaria GM/MS nº 2.528.

A nível estadual, entre os principais objetivos direcionados à saúde do idoso no Pacto pela Vida, estão: estimular a implementação da caderneta e do Manual de Atenção básica da saúde da pessoa idosa; apoiar os municípios para a reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa; implementar o programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso voltado para profissionais da rede de atenção básica à saúde; qualificar o acesso da população idosa à assistência farmacêutica; instituir avaliação geriátrica global à pessoa idosa internada em hospital integrante do programa de atenção domiciliar; e apoiar os municípios na instituição da atenção domiciliar ao idoso.

E a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, trouxe como finalidade primordial, recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Tais diretrizes são: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Como podemos perceber, o processo de envelhecimento no Brasil além de estar associado à questões como a pobreza, a exclusão social e os altos níveis de desigualdade, também parece ter sido inicialmente associado pelo governo como algo negativo, uma vez que os idosos não produziram mais pelo país, e ainda usufruíam do benefício da aposentadoria, o que pode ser constatado pela falta de ações do estado. Neri (2003) afirma que podemos perceber no Brasil, uma sutil associação da atribuição

¹⁶ Lei nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/politicanacionaldesaudedapessoaidosa.pdf>.

dos déficits da previdência e do sistema de saúde, ao aumento da população idosa, ocasionando a negação de reajustes das aposentadorias e de recursos terapêuticos aos mais velhos.

As políticas públicas de saúde voltadas à população idosa no Brasil datam do fim do século passado, tendo sido fortemente impulsionadas pela sociedade civil, que diante da falta de ações do Estado, reivindicou por medidas eficientes que englobassem os direitos e as particularidades da população idosa.

Contudo, apesar de essas políticas terem representado grande avanço no que se refere aos direitos do idoso no país, ainda existem situações em que esses direitos garantidos nas políticas não ocorrem como deveriam, e, além disso, ainda é notável em nossa sociedade, que os conceitos juventude e envelhecimento parecem estar em oposição, o que acaba ocasionando uma frequente idealização do jovem e a depreciação do idoso. A sexualidade, por exemplo, é uma atividade que vem sendo assimilada pela população em geral como algo restrito às pessoas jovens (Zornita, 2008). E, segundo Silva et al. (2002), a crença de que o avançar da idade ocasiona o término da atividade sexual, envolve cada vez mais a sexualidade na terceira idade em diversos mitos e preconceitos, o que tem feito com que os idosos fiquem vulneráveis às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), entre elas a aids.

CAPÍTULO III – SEXUALIDADE, ENVELHECIMENTO E AIDS

Sexualidade e Envelhecimento

Gott (2006), em seu estudo sobre “Saúde Sexual e os Novos Idosos”, considera que a função sexual deve ser vista como um componente vital para se alcançar um envelhecimento saudável. Entretanto, ainda segundo o autor, as questões sobre saúde sexual em idades mais avançadas sempre tiveram baixa prioridade, tanto nas políticas públicas, quanto nas atividades e nas pesquisas, tendo este fator contribuído para o surgimento de mitos e preconceitos em torno da sexualidade na terceira idade.

Devido à pressão cultural, muitos idosos que ainda possuem desejo sexual estão confusos e em dúvida em relação à vivência da sexualidade. Homens e mulheres idosos/as têm experimentado sentimentos de culpa e de vergonha, chegando a considerarem-se anormais pelo simples ato de se perceberem com vontade de manter relações sexuais (Silva et al., 2002).

A sexualidade na maturidade é um tema emergente, carente de pesquisas que descortinem muitos preconceitos. Recentemente, o tema tem despertado maior interesse científico. Porém, até pouco tempo atrás, ainda acreditava-se que por volta dos 50 anos o declínio da função sexual era inevitável frente à menopausa feminina e à instalação das disfunções da ereção masculina. Além disso, por não ter o objetivo de procriação, a atividade sexual perdia fatalmente sua justificativa social (Souza, 2008).

Mas, apesar da sexualidade dos idosos ter sido negada historicamente ao longo das construções de estereótipos negativos, as poucas pesquisas acerca dessa temática revelam que esta população mantém sua sexualidade ativa. Os dados do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2005) sobre a sexualidade do brasileiro demonstram que 67%

da população, de 50 a 59 anos, possuem uma vida sexualmente ativa, apresentando uma média de relações sexuais de 6,3 ao mês. Na população acima de 60 anos o índice também é expressivo, cerca de 39% se dizem sexualmente ativos.

Segundo Stein e Kalache (1999), a velhice pode ser definida como sendo um processo de progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais ao longo da vida de uma pessoa. Conseqüentemente, a sexualidade na terceira idade também muda e contempla esses aspectos, e, de acordo com a forma com que o/a idoso/a lida com essas modificações, ele/a pode desfrutar de uma plena vida sexual, e ainda compreender melhor o/a parceiro/a.

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

Em relação às modificações fisiológicas que ocorrem no corpo da mulher que envelhece estão: a diminuição de estrógenos e do tamanho da vagina, que se estreita e perde elasticidade e lubrificação; a fase de excitação sexual torna-se mais lenta; os seios diminuem de tamanho e turgência; o orgasmo pode ser mais curto e menos intenso. Em relação aos homens pode-se identificar: a diminuição de testosterona e da produção de esperma; a ereção mais lenta, necessitando de maior estimulação; os testículos se elevam menos e mais lentamente na resposta sexual; o período refratário se alarga; o orgasmo pode também ser mais curto e menos intenso (Ramos & González, 1994).

Contudo, apesar dessas limitações que ocorrem em alguns aspectos, para Ramos e González (1994) o idoso tem condições de desfrutar de uma vida sexual ativa, embora, muitos preconceitos ainda rondam nossa sociedade com relação à sexualidade nesta etapa de vida.

O estado físico do idoso e os problemas de saúde que podem surgir com a idade, também exercem forte influência na sexualidade destes. O cansaço, esgotamento, estresse, a má alimentação, a falta de higiene, a falta de atividades físicas podem ter influências muito negativas tanto no interesse, como na própria atividade sexual. Porém, para Castro e Reis (2002), os problemas sexuais que afetam os casais idosos não devem ser interpretados como incapacidade para a vida sexual e sim como disfunções sexuais inerentes à idade, que podem e devem ser tratados para que os idosos continuem vivenciando sua sexualidade.

Além disso, alguns autores (Ramos & González, 1994) afirmam que 10% das impotências que ocorrem com os homens nessa idade são orgânicas, as demais se devem a outras variáveis, como o medo de fracassar na ereção. Butler e Lewis (1985) complementam afirmando que o declínio do desejo sexual percebido pelas pessoas com o avançar da idade, parece estar mais relacionado aos aspectos psicossociológicos do que aos aspectos fisiológicos.

Portanto, é possível perceber que o envelhecimento traz modificações importantes no que se refere aos aspectos físicos e emocionais, contudo, os sentimentos e as sensações não se arruínam, não se perdem com a idade, podendo a sexualidade ser desfrutada até o fim da vida. Por isso, para López (2006) é fundamental que a sexualidade seja vista como uma dimensão humana muito mais expandida, incluindo todos os aspectos fisiológicos e afetivos do ser humano.

Ramos e González (1994) afirmam que os aspectos psicológicos da terceira idade mais relacionados com a sexualidade são: 1) a aceitação da própria imagem corporal e a perda da capacidade física; 2) a aceitação da vulnerabilidade da vida e da proximidade com a morte; 3) a necessidade de relações emocionais íntimas e permanentes; 4) a manutenção do desejo e do interesse sexual e 5) a auto-estima, a auto-aceitação, a comunicação, etc.

Segundo Beck (1968) quanto aos transtornos mentais, a depressão, que muitas vezes acomete os idosos, pode ser associada em muitos casos à ausência de interesse e atividade sexual. Como também a ansiedade e o alto grau de estresse interferem na atividade sexual, principalmente se eles estiverem ligados a alguma enfermidade.

A sexualidade na terceira idade, para Risman (1999), significa algo além da promoção da satisfação física. Ele reafirma a identidade de cada parceiro, demonstrando que cada pessoa pode ser valiosa para a outra. Coelho (2006), afirma que vivenciar a sexualidade no processo de envelhecer é um momento valioso de construção da subjetividade, carregado de emoções e de atitudes particulares com base na subjetividade do indivíduo, bem como na sua história de vida. Butler e Lewis (1985) enfatizam a importância da sexualidade na vida dos idosos. Para esses autores, o sexo e a sexualidade são experiências prazerosas, gratificantes e reconfortantes que intensificam a vida dos indivíduos.

Em se tratando dos aspectos sociais que abarcam o envelhecimento, Zimmerman (2000) elenca alguns, os quais considera centrais, como a crise de identidade, provocada pela falta de papel social, mudanças de papéis na família, no trabalho e na sociedade,

aposentadoria e as perdas diversas, desde a condição econômica ao poder de decisão, perda de parentes e amigos, perda da independência e da autonomia e, ainda, a diminuição dos contatos sociais em função de suas possibilidades, distâncias, circunstâncias financeiras, como também a realidade da violência nas ruas.

Segundo López (2006), a velhice acarreta necessidades interpessoais. A primeira delas é a necessidade de sentirem-se seguros e estimados. Saber que podem contar com a presença, proteção e ajuda de outras pessoas os levam a ter uma busca mais contínua e eficaz pela qualidade de vida. A segunda necessidade é a de ter uma rede de relações sociais, o que inclui os familiares, amigos, conhecidos, companheiros, etc. A terceira seria a necessidade sexual, necessidade de ser acariciado e acariciar, beijar e ser beijado, abraçar e ser abraçado, ser excitado e excitar, usufruir do prazer sexual e, principalmente, da intimidade corporal e afetiva, não diminuindo sua sexualidade à procriação simplesmente.

Ramos e González (1994) afirmam que a família do idoso desempenha um papel básico na sexualidade deste. Em muitos casos, a família coloca obstáculos na vida íntima e sexual do idoso. Diversas vezes ocorre também que as crianças que foram colocadas sob a repressão sexual repetem o mesmo padrão com os pais idosos, principalmente quando estes são viúvos e querem refazer sua vida amorosa. Como cita Catusso (2005):

Se tomarmos como exemplo o que os nossos avós receberam como orientações sexuais de seus pais, podemos considerar que, nos anos 30 e 40, as relações entre pais e filhos não propiciavam tanto diálogo como atualmente. Pouco se conversava com os filhos, principalmente sobre sexualidade. Aliás, esse termo nem era utilizado nessa época. Os pais escondiam a origem da gravidez e utilizavam os mais diversos artifícios para poder dizer que a família aumentou com a chegada de mais uma criança. (p. 10)

A forma na qual cada idoso constitui subjetivamente sua sexualidade não é um processo que inicia no envelhecer, porém é parte do desenvolvimento dos sujeitos desde o seu nascimento (Coelho, 2006). Negreiros (2004), afirma que a história precedente do homem e da mulher é determinante de sua sexualidade ao envelhecer.

O status conjugal também influencia na sexualidade do idoso. De acordo com Souza (2008), a regularidade das relações sexuais da faixa etária a partir de 50 anos ou mais está muito ligada à oportunidade representada pela situação conjugal. De um ponto

de vista demográfico, como dito anteriormente, a proporção de mulheres é maior nesta população pela esperança de vida mais elevada. Esta diferença tende a aumentar à medida que a idade avança. A primeira consequência desse fato é a limitação das oportunidades de relações sexuais, particularmente para as mulheres heterossexuais.

Gênero, Sexualidade e Envelhecimento

Discutir sexualidade, envelhecimento e infecção pelo HIV requer que pensemos nas relações de gênero, que vêm ocasionando trajetórias sociais diferenciadas para homens e mulheres ao longo dos anos. Para Motta (1999) “gênero e idade/geração são dimensões fundantes de análise da vida social. Expressam relações básicas, por onde se (entre)tecem subjetividades, identidades e se traçam trajetórias” (p. 207).

O conceito gênero foi introduzido, no discurso teórico, na década de 1970, através de pesquisas da antropologia, e segundo Louro (1996), passou a ser empregado por vários/as estudiosos/as feministas na década de 80. A autora afirma que referir-se a gênero não se trata de referir-se a sexo, uma vez que enquanto sexo se refere à identidade biológica de um indivíduo, gênero está relacionado à sua construção social como sujeito masculino ou feminino. Portanto, entendendo gênero como uma construção social e histórica, supomos que esse conceito é plural não somente entre sociedades diferentes, como também no interior de uma sociedade as concepções de feminino e masculino seriam diversificadas conforme idade, religião, classe social, etc.

O movimento feminista aponta que a experiência masculina foi privilegiada ao longo da história, enquanto que a feminina, negada e desvalorizada. Além disso, destaca que o poder sempre esteve dirigido ao homem, com o objetivo de dominar o sexo feminino, especialmente seus corpos (Butler, 2003). Diante disso, a filosofia do feminismo compreende que homens e mulheres apresentam distintas experiências, e reivindica que pessoas diferentes sejam tratadas como equivalentes (Louro, 1999).

Segundo Birman (2002), foi no século XVIII que o discurso sobre a diferença sexual no Ocidente tornou-se mais firme, uma vez que até então, os sexos eram concebidos hierarquicamente, sendo o masculino o que detinha poder e dito como “perfeito”, desde a Antiguidade. Tal configuração ocasionou desdobramentos relevantes nas práticas das relações sociais entre os sexos.

Nesse contexto, as diferenças estabelecidas entre homens e mulheres instituíram elementos de desigualdades, deixando as mulheres vulneráveis à força e razão masculina (Rhoden, 2008). No cerne dessas desigualdades, o ser mulher foi identificado principalmente com a dinâmica do amor materno, reprimindo assim o amor erótico e a sexualidade, articulando-a ao sentimento de culpa e vergonha (Menezes & Lopes, 2007).

Nogueira, Saavedra e Costa (2008) consideram que a sexualidade “toma forma através de um amplo sistema de desigualdades de gênero, de raça, de etnicidade, de classe social e de idade, que caracteriza a maior parte das sociedades” (p. 73). E, sendo o gênero uma construção social e cultural, ocasiona diferentes níveis de poder entre homens e mulheres e formas distintas de vivenciar a feminilidade e a masculinidade e, conseqüentemente, a sexualidade.

A obra de Michel Foucault permite compreender a sexualidade não como algo intrínseco ao ser humano, mas como uma construção histórica, cultural, social e política. O autor afirma que a sexualidade é um “dispositivo de poder” instituído historicamente por diversos discursos sobre o sexo, nos quais a finalidade é normalizar, exercer controle e vigilância a partir de uma série de mecanismos e discursos disciplinares que designam as práticas sexuais como “normais” e “patológicas”, “lícitas” ou “ilícitas” (Foucault, 2010).

Dessa forma, Foucault analisou a sexualidade como dispositivo, em seus códigos morais, instituídos ao longo da história, e “os efeitos normatizantes dos modos de dominação na produção da subjetividade humana” (Narvaz, 2007, p. 47). De acordo com o autor, as civilizações antigas foram marcadas pela dominação do homem sobre a mulher, inclusive no âmbito da sexualidade. Na Grécia e Roma da Antiguidade, o lícito e ilícito não era o mesmo para homens e mulheres, uma vez que ao homem era permitido o prazer, enquanto que para as mulheres o ato sexual deveria limitar-se à procriação. O filósofo comenta sobre a moral a qual era imposta aos cidadãos:

Trata-se de uma moral de homens: uma moral pensada, escrita, ensinada por homens e endereçada a homens, evidentemente livres. Conseqüentemente, moral viril onde as mulheres só aparecem a título de objetos ou no máximo como parceiras às quais convém formar, educar e vigiar (...). Ela não tenta definir um campo de conduta e um domínio de regras válidas (...) para os dois sexos; ela é uma elaboração da conduta masculina feita do ponto de vista dos homens e para dar forma à sua conduta. (Foucault, 2009, pp. 30-31)

Apesar de algumas feministas considerarem que Foucault falhou ao não problematizar as questões da dominação de gênero, e afirmarem que o autor apenas tangencia a questão da dominação das mulheres, o pensamento moderno sobre a sexualidade e diversos estudos feministas tem influências foucaultianas (Narvaz, 2007).

De acordo com Negreiros (2004) as mudanças sociais, políticas e econômicas que vêm ocorrendo ao longo dos séculos atingem a homens e mulheres em diferentes gerações. No que se refere aos/às idosos/as, podemos afirmar que estes/as experimentaram por mais tempo as relações de poder e adquiriram mais noções sobre papéis masculino-feminino calcadas em um modelo tradicional.

Estudos psicossociais apontam que as primeiras influências internalizadas, principalmente por meio do modelo paterno-materno, são as mais enraizadas. Assim sendo, as pessoas mais velhas de hoje que vivenciaram relações de poder homem-mulher, principalmente no tocante à visão da sexualidade e do trabalho e até mesmo relações mais próximas e simétricas, tendem a repetir tais conjunturas (Negreiros, 2004).

Ainda segundo essa autora, a inserção feminina no mercado de trabalho, o progresso tecnológico e de comunicação e tantos outros avanços trouxeram repercussões substanciais nas relações homem-mulher, contudo, ao pensarmos em gênero, sexualidade e geração, não podemos dizer que houve substituição de modelos antigos por novos, mas sim que aqueles ainda estão muito presentes e atuantes. Tanto que no caso dos homens mais velhos, estes são valorizados por suas conquistas no plano econômico e social, enquanto as mulheres em idade avançada, mesmo com as mesmas conquistas socioeconômicas, ainda são depreciadas pela perda de seus “encantos naturais”, como o frescor de sua pele, os traços de seu rosto, a elegância de suas formas.

Assim sendo, os corpos de homens e mulheres não são exclusivamente marcados pelo biológico, mas também pela organização social e simbólica na qual estes estão inseridos. “As qualidades morais e físicas atribuídas ao homem ou à mulher não são inerentes a atributos corporais, mas são inerentes à significação social que lhes damos e às normas de comportamento implicadas” (Le Breton, 2006, p. 68).

Como dito anteriormente, ao longo do tempo, a razão entre homens e mulheres com aids vem diminuindo de forma progressiva. O número de casos de aids em pessoas idosas notificados ao Ministério da Saúde na década de 80 eram 240 homens e 47

mulheres. Na década de 90, verificou-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres. Do primeiro caso, nessa população até junho de 2005, o total de casos passou para 4.446 em homens e 2.489 em mulheres. E até junho de 2009 estes números aumentaram para 8.959 no sexo masculino e 4.696 no sexo feminino, ou seja, a proporção que antes era a cada 5 homens, 1 mulher, passou a ser de aproximadamente 2 homens para 1 mulher, sendo a transmissão sexual a forma predominante de infecção¹⁷.

Paiva et al. (1998) consideram que os condicionantes de gênero constroem e oprimem tanto o sexo feminino quanto o masculino, o que torna difícil para ambos os sexos agirem em benefício de sua saúde. No caso da transmissão sexual do HIV, esses condicionantes são constituintes essenciais do que se define como sendo “próprio do homem” e “próprio da mulher”, deixando ambos mais vulneráveis à doença.

Culturalmente, é esperado do homem que este satisfaça sexualmente a/s mulher/es, que consiga ereções sempre que necessário e que nunca recuse alguma insinuação feminina (Silva, Paiva, & Carneiro, 2006). Enquanto das mulheres, é esperado que através da educação mais rígida e repressora a que foram submetidas, sejam esposas submissas e dedicadas (Almeida & Lourenço, 2007). Além disso, as normas de gênero também incitam a perseguição de homens que têm desejos homoeróticos e que acabam sendo obrigados a viverem na clandestinidade, criando um contexto que dificulta a adesão ao sexo seguro ou a proteção das mulheres com quem têm relações sexuais (Paiva et al., 1998).

A pílula anticoncepcional feminina na década de 60 e os medicamentos para estimular a função erétil masculina foram duas descobertas da medicina que trouxeram intensas mudanças na sexualidade de homens e mulheres. A primeira viabilizou a dissociação de prazer e procriação, fazendo com que mulheres, que atualmente encontram-se em processo de envelhecimento, beneficiassem-se (Negreiros, 2004). A segunda, mais recente, assegurou o exercício da sexualidade masculina dos idosos. No entanto, este acréscimo da virilidade masculina, trouxe compensações para muitas idosas, uma vez que muitos homens desfrutaram dessa virilidade com mulheres mais jovens, muitas vezes sem o uso do preservativo (Negreiros, 2004).

Estudos realizados por Muller, Muller e Braga (2008) relatam que as terapias contra a disfunção erétil vêm contribuindo para promover a continuação da sexualidade

¹⁷ Esses dados encontram-se no Boletim Epidemiológico AIDS-DST (2010) do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-das-hepatites-virais-2010>

na terceira idade, tendo como destaque o uso de drogas como o *sinadefil*, mais conhecido como Viagra, que se tornou popular trazendo uma nova perspectiva de vida sexual ativa para os indivíduos com idade madura ou avançada. Este medicamento, lançado em 1988, significou para os idosos, principais vítimas de impotência, a retomada da virilidade. Segundo Negreiros (2004), o sonho de repetir as performances sexuais da juventude se tornou possível, entretanto ao invés de prestigiar a esposa, muitos homens dividiram a experiência com mulheres mais jovens.

Além disso, segundo Butler e Lewis (1985), as mulheres na terceira idade, que sofriam com a menopausa, hoje em dia, podem optar pelo tratamento de reposição hormonal. Quando o nível de hormônios sexuais diminui durante a menopausa, a terapia de esteróides sexuais para repô-los pode reduzir muitos dos sintomas, inclusive as reações fisiológicas ao próprio processo. Os géis lubrificantes também têm servido como um grande aliado das mulheres nas relações sexuais, uma vez que nesta idade a mulher apresenta considerável diminuição da lubrificação na vagina.

Características comuns no envelhecimento, como a necessidade de demonstrar virilidade, o temor do declínio sexual e do espaçamento do período refratário, colaboram muito para que os idosos busquem parceiras ocasionais, a fim de se apresentarem entre os amigos como sendo sexualmente ativos. Estudos envolvendo homens adultos apontaram que a infidelidade é vista por estes como uma forma de exercício da sexualidade, muitas vezes reforçando a masculinidade (Guerriero, Ayres, & Hearst, 2002; Silva, 2002).

O preconceito ao uso do preservativo não é exclusividade da terceira idade, mas dos homens de modo geral. Além disso, algumas questões culturais resultantes da construção social de gênero, como a infidelidade e a multiplicidade de parceiras aceitas socialmente na trajetória masculina, associadas ao fato de muitos homens com sessenta anos ou mais não praticarem o sexo seguro porque isso nunca fez parte de suas vidas, faz com que esses homens exponham-se cada vez mais ao HIV, e, por conseguinte, às suas esposas (Saldanha, 2003).

Paiva et al. (1998) entendem que a cultura machista e latina influem negativamente na vulnerabilidade dos homens, principalmente por reforçarem o caráter impulsivo do sexo, para que os homens possam provar sua masculinidade e virilidade, e por aceitarem a não utilização do preservativo com o argumento de não “atrapalhar o prazer”, além de não colocar em risco sua reputação sexual.

Estudos apontam a dificuldade das mulheres idosas em negociar o uso do preservativo com seus parceiros. Na fase pós-menopausa o uso do condon fica ainda mais difícil, uma vez que este é visto pelos/as idosos/as, principalmente, como método contraceptivo. Dessa forma, as mulheres que vivenciam essa fase, por não terem o receio de engravidar e por não se sentirem vulneráveis à infecção pelo HIV, estão sendo cada vez mais atingidas pelo HIV (Paiva, 1999; Silveira et al., 2002; Praça & Gualda, 2003; Lima, 2006).

Além disso, a instituição “casamento” tem influência direta na questão do uso do preservativo, uma vez que esse é destacado pelas mulheres como fator de proteção à doença. Para muitas mulheres o matrimônio representa amor, fidelidade, confiança, cumplicidade, o que as leva a acreditar no pressuposto de que ao assumir tais valores em suas vidas, estariam protegidas do risco de se infectarem (Maia, Guilhem, & Freitas, 2008).

De acordo com Silveira et al. (2002), o papel social da mulher potencializa seu risco à infecção pelo HIV, uma vez que esta está envolvida em uma trama de relações desiguais de poder. A dependência econômica de algumas mulheres, por exemplo, sobretudo nos países em desenvolvimento, pode limitar o acesso a informações, dificultando a modificação de comportamentos.

Paiva (1999) afirma que a análise da trajetória da epidemia de HIV/aids mostra que, principalmente durante a primeira década da epidemia, a vulnerabilidade da mulher à infecção pelo HIV foi desconsiderada. Sendo assim, o público feminino não foi valorizado nas campanhas educativas e nas metas governamentais de atenção à saúde com relação à aids.

A partir da segunda década da doença, começou a haver uma maior preocupação no que se referia à infecção das mulheres, uma vez que o número de infecções neste público começou a aumentar significativamente. No entanto, a maioria das estratégias voltava-se apenas para mulheres profissionais do sexo e gestantes devido ao risco de transmissão para o bebê, excluindo-se assim as mulheres que não se enquadravam em tal perfil, dentre as quais as idosas (Vermelho, Barbosa, & Nogueira, 1999). Em 1994 começaram a surgir campanhas midiáticas de prevenção voltadas às mulheres de uma forma geral, tendo como objetivo promover o uso do preservativo masculino (Parker & Galvão, 1996), contudo “essas campanhas não problematizavam as construções socioculturais e as hierarquias de poder entre homens e mulheres, que impedem, muitas vezes, a negociação da camisinha” (Carvalhaes, 2008, pp. 83-84).

Villela (2005) considera que recomendar que a mulher “determine” ao seu parceiro o uso de camisinha como estímulo a práticas seguras é um tanto quanto simplista, haja vista que, muitas vezes, esse discurso se choca com as representações de docilidade e amor romântico que atravessam historicamente o corpo das mulheres e com as relações hierárquicas de poder entre gêneros. O que torna importante nesse sentido, analisar as características consideradas socialmente como intrínsecas às mulheres, possibilitando demonstrar a complexidade de situações, circunstâncias e condições que envolvem suas vulnerabilidades ao HIV.

Nos últimos anos têm surgido muitos estudos acerca dos fatores de risco que envolvem as mulheres ao HIV, porém, segundo Carvalhaes (2008) as dimensões das masculinidades e vulnerabilidades dos homens ainda são pouco problematizadas. Nesse sentido, é importante que pensemos como Paiva et al. (1998), entendendo que os condicionantes de gênero ocasionam vulnerabilidades tanto às mulheres, quanto aos homens. De acordo com Carvalhaes (2008):

Há que se considerar que o corpo de homens e mulheres é atravessado por linhas de força e poder, constituídas pela multiplicidade de vivências, realidades, conjunturas e discursos, que se encontram presentes nas atribuições estereotipadas de feminino e masculino e que precisam ser problematizadas, “desnaturalizadas” nas práticas e discursos que envolvem a prevenção, a infecção e a reinfecção da aids. (p. 87)

Muitas das ações de prevenção voltadas à questão da feminização do HIV colocam os homens em uma posição de “traidor responsável” (Meyer, Santos, Oliveira, & Wilhelms, 2004), na qual é culpado pela expansão da doença, devido a um certo “desregramento sexual” e pela ingenuidade feminina (Silva, 2002).

Os dados do Ministério da Saúde sobre a infecção de idosos e idosas, além de ilustrarem uma diminuição na proporção entre homens e mulheres, também evidenciam que os índices vêm aumentando alarmantemente tanto entre homens, quanto em mulheres, o que deixa clara a necessidade de implementação de ações que considerem as tramas relacionadas às construções de gênero, que têm ocasionado a vulnerabilidade entre idosos e idosas.

Scott (1990) analisa que para que esta vulnerabilidade seja minimizada, é fundamental que haja uma desconstrução da tradicional concepção de gênero, fortemente baseada na desigualdade de poder entre homens e mulheres, sendo instituída

uma nova concepção, na qual ambos os sexos sejam entendidos como seres sociais e políticos hábeis para pensar e agir de forma igualitária.

Estudos atuais (SESRJ, 2008) têm demonstrado que a sexualidade e a satisfação sexual na velhice vêm ocorrendo mais do que se imagina. Contudo, muitos idosos, apesar de manterem sua sexualidade ativa, escondem esse fato, muitas vezes por vergonha perante a sociedade. O preconceito e a falta de informação, reforçam o estereótipo da velhice assexuada, contribuindo para a formação de atitudes e propensões comportamentais que acentuam a vulnerabilidade do idoso para as Doenças Sexualmente Transmissíveis e, entre elas, a aids (Figueiredo & Provinciali, 2006).

A aids na velhice como questão emergente em Saúde Pública, revelando a perspectiva da desigualdade, foi tema da dissertação de mestrado de Marlene Zornitta (2008), e destaca de modo pertinente como a sexualidade dos idosos sempre foi negada ao longo de construções e estereótipos sociais negativos. Nesse sentido, a autora problematiza que, no momento em que a expectativa de vida está maior pela existência de novas tecnologias que prolongam a vida sexual das pessoas, a aids na terceira idade, até então ignorada, eclode como um problema de Saúde Pública no país.

Envelhecimento e Aids: Uma Mudança no Perfil Epidemiológico

No início da epidemia da aids no Brasil, os heterossexuais acreditavam não terem risco de contrair a doença, uma vez que esta era considerada “restrita” a homossexuais, hemofílicos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis dos grandes centros urbanos. Tal público, que era amplamente referenciado nas campanhas, passou a mudar seus comportamentos de risco e a utilizar cada vez mais o preservativo. Conseqüentemente, houve um declínio nos índices de infecção deste público e o aumento do número de infectados através de relações heterossexuais. Os anos se passaram e após quase 30 anos da doença observa-se a dificuldade em incluir outro grupo nas campanhas de prevenção: os idosos (Gorinchteyn, 2009).

A epidemia de HIV e aids em pessoas idosas no Brasil tem se mostrado como um grande problema de saúde pública dos últimos anos, devido ao aumento significativo dos casos de pessoas infectadas pelo HIV nesta faixa etária. O número de casos de aids em pessoas idosas notificados ao Ministério da Saúde na década de 80 eram apenas 240 homens e 47 mulheres. Na década de 90, verificou-se um total de

2.681 homens e 945 mulheres. Do primeiro caso, nessa população até junho de 2005, o total de casos passou para 4.446 em homens e 2.489 em mulheres. E até junho de 2009 estes números aumentaram para 8.959 no sexo masculino e 4.696 no sexo feminino, sendo a transmissão sexual a forma predominante de infecção¹⁸. Dentre estes casos, existem aqueles que contraíram o vírus já na terceira idade, e aqueles que estão envelhecendo com o vírus da doença, já contraído há mais tempo, devido à eficácia das terapias antiretrovirais (ARV's), que podem proporcionar o aumento da sobrevida dos pacientes soropositivos (Saldanha & Araújo, 2006).

Como dito anteriormente, considerando que a subnotificação de casos acima de 50 anos varia de 24 a 65% no Brasil, pode-se estimar que este número seja bem maior (Oliveira & Cabral, 2004). Feitoza, Souza e Araújo (2004) ainda ressaltam que a doença nesta faixa etária específica, apresenta grande relevância epidemiológica, não somente pelos números absolutos, mas pelas taxas de incidência (7,6 casos p/1000.000), prevalência (224,9 p/ 1000.000 hab. no sexo masculino), letalidade (43,9%) e anos potenciais de vida perdidos (até 15 anos).

Apesar de a doença poder atingir pessoas de todas as idades, só muito recentemente tem sido dada ênfase às características da epidemia em pessoas com idades mais avançadas, devido ao aumento do número de casos de aids notificados nessa população. Na década de 1980, Catania et al. (1989) chegaram a indicar que a epidemia de HIV/aids nas pessoas idosas poderia ter seu crescimento limitado devido à implementação de medidas de controle dos bancos de sangue e a crença de que os idosos mantinham relações monogâmicas por longos anos.

Segundo Gorinchteyn (2009), a melhoria da qualidade e expectativa de vida da população tem permitido que as pessoas atinjam idades mais avançadas, com total capacidade física e mental, mantendo-se ativas em suas atividades sociais, por conseguinte também nas sexuais. Entretanto, devido ao preconceito e ao tabu que rondam a sexualidade na terceira idade, unidos à carência de políticas públicas que abarquem essa temática, muitos/as idosos/as não se percebem vulneráveis à infecção pelo HIV e mantêm relações sexuais sem o uso do preservativo. Para eles, a camisinha é "*coisa de outro mundo*", e a aids é uma doença dos jovens e de pessoas promíscuas.

¹⁸ Esses dados encontram-se no Boletim Epidemiológico AIDS-DST (2010) do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/boletim-epidemiologico-das-hepatites-virais-2010>

Nesse sentido, a ausência da possibilidade de uma gravidez e o medo relacionado à perda da ereção são fatores que contribuem ainda mais para o não uso do preservativo nesta faixa etária (Gorinchteyn, 2009). Caldas e Gessolo (2007) ressaltam que fazer sexo sem preservativo é arriscado depois da menopausa, pois as paredes vaginais se tornam mais finas e ressecadas, favorecendo o surgimento de ferimentos que abrem caminho para o HIV.

Outro componente que pode ter contribuído para o aumento de casos de aids nessa faixa etária foi o surgimento de medicamentos contra a disfunção erétil. Como já dito anteriormente, essas drogas contribuíram significativamente para a continuação da vida sexual dos idosos. Apesar de não poderem ser diretamente responsabilizadas pelo avanço da epidemia na maturidade, uma vez que o remédio mais antigo foi lançado há apenas nove anos e os dados epidemiológicos referem-se a infecções que provavelmente ocorreram há mais tempo (Caldas & Gessolo, 2007), elas vêm provocando uma verdadeira revolução não só nas vidas dos homens, mas principalmente dos casais idosos. E apesar da ampla comercialização desses medicamentos, ainda são escassos os estudos que se proponham a verificar seus impactos na vida sexual e na saúde dos usuários e campanhas de prevenção direcionadas à população idosa (Sousa, 2008). Ou seja, a qualidade e a expectativa de vida da população em geral aumentaram significativamente nos últimos anos, mas, não parecem ter sido acompanhadas por discussões e programas voltados ao às formas de lidar com a questão da prática da sexualidade por parte dos adultos maduros no atual contexto da epidemia de aids.

A grande maioria das campanhas de prevenção contra as DST/aids no Brasil, contempla a população jovem, sendo notória a necessidade de criação de medidas tanto de prevenção, quanto contra o preconceito existente em torno da sexualidade e a aids na terceira idade, pois segundo Gorinchteyn (2009) é possível perceber que a presença do HIV nesta população revela-se de modo mais impactante do que outras doenças e em idades mais novas. O idoso soropositivo carrega um fardo estigmatizante, que acaba, muitas vezes, comprometendo sua moral e representatividade em seu núcleo social e familiar. As figuras de pai/mãe, marido/esposa, avô/avó perdem, em várias famílias, sua respeitabilidade, podendo abalar profundamente a vida dessas pessoas e distanciá-las de seu convívio social.

Nunes (2008) complementa afirmando que podemos perceber que em relação aos idosos já existe uma imagem de enfermidade incorporada ao seu imaginário, sendo esta reforçada pela sociedade e até mesmo por familiares. E ainda segundo a autora, no

caso do idoso soropositivo, a situação torna-se mais complexa, uma vez que o significado da aids para os mais velhos envolve demandas mais delicadas do que a ameaça de morte. Envolve também questões como o estigma, a reestruturação da identidade, o preconceito, a culpa e a vergonha, que contribuem para o isolamento do idoso e a diminuição de sua sobrevida.

Outro fator que corrobora com a existência do preconceito acerca da aids e da sexualidade na terceira idade tem sido observado devido ao diagnóstico tardio que vem ocorrendo nesta faixa etária. O diagnóstico do vírus HIV em idosos é, frequentemente, adiado em mais de 10 meses, uma vez que certos sintomas da doença, como o cansaço, a perda de peso e problemas na memória, podem ser (e têm sido) confundidos com outras patologias (The Merck Manual of Geriatrics, 2005). De acordo Ribeiro, Coutinho, Saldanha e Azevedo (2006) os profissionais de saúde não têm como prática em suas consultas discutir com o idoso sobre aspectos ligados à sua sexualidade e prática sexual, muitas vezes por desconsiderarem a existência da sexualidade na terceira idade ou por julgamentos próprios, o que contribui para o aparecimento de patologias nesta faixa etária, como a disfunção erétil, o vaginismo e a aids. Figueiredo (2001) e Saldanha (2003) ainda complementam afirmando que os profissionais de saúde têm reconhecido o medo e o estigma, seguidos de desconforto e perplexidade, num primeiro momento, ao se depararem com as questões referentes à aids na terceira idade.

O diagnóstico tardio é uma das principais razões de morte precoce nessa faixa etária. Caldas e Gessolo (2007) ressaltam a importância de ao receber um idoso no consultório ou no posto de saúde, mesmo que seja apenas para um simples procedimento, que o profissional o alerte sobre a importância da prevenção das DST/aids, da mesma forma que se fala ao adolescente. Além disso, as interações do coquetel com outros medicamentos já utilizados pelos idosos também podem produzir reações indesejáveis. Com a imunidade enfraquecida, eles podem morrer por qualquer resfriado banal.

Saldanha e Araújo (2006), realizaram uma pesquisa com o objetivo de identificar os fatores de risco ou de proteção relacionados à vulnerabilidade à aids, em pessoas na faixa etária acima de 50 anos, através das representações sociais de idosos soropositivos ou não, de cuidadores e profissionais de saúde. Os resultados evidenciaram que, no grupo pesquisado, a aids ainda é entendida pelos idosos como uma doença de jovens e de pessoas promíscuas. Os cuidadores demonstraram medo e preconceitos em relação à aids, e os profissionais de saúde também apresentaram

concepções negativas e preconceituosas em relação à aids na terceira idade, o que pode ocasionar um bloqueio ao atendimento do idoso soropositivo.

Voltando novamente ao estudo de Zornitta (2008) realizado com idosos soropositivos, tendo por finalidade descrever e analisar do ponto de vista da bioética, questões morais relacionadas à vivência do envelhecimento com aids, foram destacadas importantes constatações: a de que os idosos participantes da investigação não sentiam-se vulneráveis ao HIV até perceberem-se infectados; a vergonha e o medo de serem discriminados pela família e amigos; a dificuldade dos médicos em trabalharem a sexualidade com essas pessoas; e o importante papel que a sexualidade exerce na vida dos participantes.

O Programa Conjunto das Nações Unidas HIV/Aids (UNAIDS) sugere propostas de ação para diminuir o impacto da aids na terceira idade, como: a mudança do preconceito acerca da sexualidade na velhice; a inclusão de serviços que abordem a questão do HIV; a criação de programas educativos específicos para essas pessoas e a inclusão de idosos em pesquisas sobre prevenção e assistência (UNAIDS, 2002).

Entendemos que o maior acesso às informações e a transformação cultural podem permitir modificações comportamentais relacionadas à sexualidade do idoso, não só por parte dos profissionais de saúde, mas também da população em geral, para que haja uma “aceitação” da sexualidade na terceira idade, bem como a percepção por parte dessa população sobre seus riscos de infecção. Marlene Zornitta (2008) considera que, em relação aos idosos, as políticas públicas de prevenção e assistência em HIV/aids devem objetivar, além da desconstrução de todo imaginário já instalado sobre a doença, os fatores específicos dessa idade, como a dificuldade de mudança de comportamentos e de incorporação de novas formas de lidar com a sexualidade.

Dessa forma, percebemos que não bastam somente os avanços a nível dos aspectos profiláticos, etiológicos e terapêuticos, faz-se necessário além disso, uma perspectiva psicossocial, afinal discutir a vulnerabilidade do idoso ao HIV implica também em falar de situação social e cultural, de situação econômica, de crenças e valores, de auto-estima, plano de vida, *status* conjugal, condições de acesso aos serviços de saúde, e muitos outros fatores.

CAPÍTULO IV - MÉTODO

Contextualizando o terreno e delineando procedimentos

Partindo do pressuposto de que os discursos constitutivos das políticas públicas em HIV/aids no Brasil definem posições de sujeitos a serem ocupadas por diferentes indivíduos, no que se refere ao segmento populacional com idade igual ou maior a sessenta anos, consideramos pertinente problematizar quais discursos constituem essas políticas, analisando as posições de sujeito às quais homens e mulheres idosos/as são chamados/as a ocupar, e analisando também as concepções dos profissionais de saúde que atuam nas políticas acerca desta problemática.

Os discursos das políticas públicas e seus dispositivos de saber/poder atravessam e constituem não apenas as subjetividades, mas, sobretudo, as práticas sociais, dentre elas, as práticas profissionais dos sujeitos que atuam na área da saúde. Considerando que as práticas dos profissionais em saúde são produzidas pelos discursos que fabricam a realidade da qual falam e que as concepções destes/as profissionais são também atravessadas por tais discursos, conjectura-se a importância de um estudo que se proponha a analisar as enunciações acerca da prevenção ao vírus e da assistência às PVHA na velhice, tanto no que se refere às políticas públicas direcionadas a este segmento, quanto a respeito das percepções dos profissionais de saúde que atuam nestas políticas.

Portanto, o campo sobre o qual se desdobrou a análise da pesquisa contemplou duas fontes de naturezas diferentes, as informações encontradas no site do Ministério da Saúde acerca das políticas públicas em HIV/aids direcionadas à aids na terceira idade e as concepções dos profissionais de saúde atuantes em Juiz de Fora, acerca dessa problemática. Neste sentido, tratou-se de uma pesquisa documental e de campo, lembrando que foi importante a atenção às diferenças e especificidades dessas duas

fontes distintas: documentos e pessoas, a fim de dar-lhes o tratamento metodológico adequado ao objetivo da pesquisa.

A investigação documental se processou nos sites do Ministério da Saúde¹⁹, enquanto a pesquisa com profissionais da saúde contemplou entrevistas semi-estruturadas²⁰ (anexo 1), que foram realizadas no âmbito desta pesquisa de mestrado.

A pesquisa documental é um método de investigação que se baseia na organização e análise de informações coletadas em diversos tipos de documentos de domínio público (que compõe o *corpus* material) que produz dados analíticos, cujos resultados empreendem teses importantes à psicologia social (Perucchi & Toneli, 2008). Também faz parte dessa metodologia a apreciação do contexto histórico e social ao quais tais documentos referem-se. A utilização de material coletado nos site do Ministério da Saúde e de seus arquivos documentais, tratando-os como documento, ou seja, como produto fabricado pela sociedade segundo as relações de forças que aí detêm o poder (Legoff, 1984) é legítima, na medida em que a saúde tem um lugar privilegiado de circulação de discursos na sociedade brasileira, constituindo preceitos normativos importantes para as construções de modos de vida e de processos de subjetivação.

Esta apreciação ocorreu a partir dos elementos das políticas públicas nacionais em HIV/aids, objetivando conhecer as formas como as políticas enunciam as questões da aids na terceira idade. Entretanto, como será melhor explorado na análise documental, a imersão ao campo documental revelou fontes restritas no âmbito das políticas públicas voltadas à população idosa e HIV/aids em âmbito nacional. As ações parecem concentrar-se na prevenção, com foco nas campanhas educativas. A pesquisa documental revelou a ausência de outros documentos oficiais (portarias, ofícios, etc.) referentes ao público idoso, como analisar-se-á a seguir.

No que se refere à segunda fonte de coleta de dados junto a profissionais de saúde atuantes em Juiz de Fora, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais que atuam no Serviço de Assistência Especializada (SAE), e em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde que contempla a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na cidade de Juiz de Fora, a fim de analisar suas concepções acerca da aids na terceira idade e sobre as políticas de saúde nas quais atuam. Segundo Triviños (1987): “A entrevista semi-estruturada, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a

¹⁹ Principais sites: www.aids.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/aids

²⁰ O roteiro de entrevista foi elaborado pela mestranda e pela orientadora.

liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (p. 146). Além disso, tal instrumento realça a presença do pesquisador, que pode conduzir a entrevista de acordo com os objetivos do estudo, sendo assim uma estratégia pertinente à pesquisa aqui proposta.

Também foi realizada na pesquisa a observação atenta no momento de visita aos serviços bem como na aplicação da entrevista, com o objetivo de facilitar a compreensão do fenômeno estudado. Os dados adquiridos nessa observação, como lembranças da pesquisadora, reflexões e impressões sobre o campo e os/as entrevistados/as, foram registrados em um diário de campo. Segundo Minayo (1999) o diário de campo “é um ‘amigo silencioso’ que não pode ser subestimado quanto à sua importância. Nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas” (p. 63).

A escolha dos serviços deu-se devido ao importante papel que cada um desenvolve em se tratando de prevenção ao HIV/aids e assistência aos portadores do vírus no Brasil, e neste caso, na cidade de Juiz de Fora. Os Serviços de Assistência Especializada são os serviços de referência em assistência ao tratamento do HIV, implementados pelo Programa Nacional de DST/aids, hoje Departamento Nacional de DST/aids e Hepatites Virais. Enquanto a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por seu caráter de promoção e prevenção também pode (e deve) desenvolver estratégias fundamentais em relação à aids.

Os Serviços de Assistência Especializada²¹ (SAE) são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou aids, tendo sido implementados pelo Programa Nacional de DST/aids a partir de 1994. O objetivo principal desses serviços é prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, contando com uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, dentistas, entre outros. Dentre suas principais atividades estão: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia; controle e distribuição de anti-retrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para

²¹ Informações disponíveis em: http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hiv aids

prevenção e controle de DST e aids. O SAE de Juiz de Fora²² foi implantado em 1996, com o objetivo e compromisso de atender tanto os pacientes do município, quanto da Zona da Mata. Possui atualmente vinte e um profissionais (médicos, assistente social, enfermeiros, psicólogo, farmacêutico, dentista) com capacitação técnica no manuseio clínico dos portadores do vírus HIV/aids e atende em média 1500 pessoas da cidade de Juiz de Fora e região.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006a) às Unidades Básicas de Saúde (UBS), hoje, Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), cabe a função de ser o ponto de partida do atendimento à Saúde Pública de maneira eficiente e eficaz, estando entre suas atribuições, informar a população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção à saúde, atendê-la de forma contínua e resolutiva e encaminhar os usuários, quando necessário, aos serviços de referência. No âmbito da atenção básica, no que se refere à epidemia da aids, são diversas as possibilidades de ação desse setor, como: atividades educativas para promoção à saúde e prevenção; aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão ao tratamento e às recomendações da assistência; diagnóstico precoce das DST's, infecção pelo HIV e hepatites; tratamento adequado da grande maioria das DST's; encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto; prevenção da sífilis congênita e da transmissão vertical do HIV; manejo adequado dos indivíduos em uso indevido de drogas.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2006a) a experiência brasileira com o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família tem proporcionado transformações positivas no que se refere à relação entre os profissionais de saúde e a população. Esse serviço conta principalmente com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), assistentes sociais, e dentistas. Assim sendo, consideramos que os profissionais que atuam na ESF possuem amplo potencial em se tratando da prevenção ao HIV/aids e em assistência às pessoas vivendo com o HIV. Na área urbana de Juiz de Fora existem trinta e duas Unidades de Atenção Primária à Saúde que possuem a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como critério de escolha da UAPS pesquisada, utilizamos aquela na qual a equipe do Serviço de Assistência Especializada (SAE) informou ter maior contato profissional²³.

²² Informações disponíveis no site da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora, em: http://www.pjf.mg.gov.br/saude/aids_dst/servicos.php

²³ Sugestão da banca de qualificação.

Tomando como base o organograma do Departamento Nacional de DST/aids²⁴ e sua estrutura em Unidades e Assessorias, podemos observar três instâncias cujas diretrizes assinalam a junção necessária entre a Política Nacional das DST/aids e a atenção básica à saúde. Uma delas é a Unidade de Assistência e Tratamento (UAT). Dentre algumas de suas atribuições estão a capacitação de profissionais no manejo clínico dos pacientes portadores do HIV/aids; implantação e gerenciamento da rede de serviços alternativos assistenciais; coordenação das iniciativas de integração executiva das atividades de assistência e controle das DST's/aids com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde a Estratégia de Saúde da Família. A outra instância é a Unidade de DST (UDST), a qual visa a definitiva inserção da abordagem sindrômica das DST's na atenção básica de saúde, contando com apoio de serviços de referência para os casos mais complexos; e a participação efetiva das Organizações da Sociedade Civil. Por fim, a terceira instância é a Unidade de Prevenção (PREV), sendo esta responsável pela formulação e implantação de uma política nacional de prevenção de DST/HIV/aids, devendo desenvolver e propor estratégias de intervenção comportamental junto à população em geral e grupos de maior vulnerabilidade. Além disso, deve promover a implantação de modalidades de serviços de saúde que atuem na prevenção primária e secundária do HIV e das DST's.

Assim sendo, podemos perceber a necessidade de realização de um trabalho em conjunto e articulado entre a Política Nacional das DST/aids e a atenção básica à saúde no Brasil.

Participantes da pesquisa

A seleção dos informantes da pesquisa levou em conta a posição que essas pessoas ocupam no universo dos serviços de saúde contemplados pela problemática da pesquisa. Pretendeu-se compor uma amostra por conveniência contendo cinco profissionais de saúde do Serviço de Assistência Especializada, um de cada especialidade (assistente social, dentista, enfermeiro, médico, psicólogo), e, da mesma forma, cinco profissionais da Estratégia de Saúde da Família (agente comunitário de saúde, assistente social, dentista, enfermeiro, médico), contudo, foram realizadas quatro

²⁴ Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/organograma>.

e não cinco entrevistas no SAE, uma vez que a assistente social do serviço estava afastada, e não havia profissional nesta função.

Nesse sentido, a estratégia de composição da amostra teve como critério de inclusão: 1) a vinculação dos participantes da pesquisa ao quadro profissional dos serviços; 2) a experiência deste profissional no referido serviço contar mais de um ano; 3) estes informantes estarem atuando, direta ou indiretamente, nas políticas de HIV/aids na cidade de Juiz de Fora.

O acesso a esses informantes deu-se por contato direto da pesquisadora em seus locais de trabalho. Assim, as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas individualmente, em locais escolhidos pelos sujeitos, que, no geral, foram nas salas de atuação de cada profissional, estando vazias no momento. As entrevistas tiveram duração média de quinze minutos, foram registradas com o auxílio de um gravador, sendo posteriormente transcritas. Na análise, os nomes dos/as profissionais de saúde são descritos através dos pseudônimos: Maria, Joana, João, Lúcia, Carmen, Luiza, Vilma, Nilza, Beatriz.

Todo o processo de coleta de dados com informantes foi viabilizado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (anexo 2), assim como recomendado pelo Conselho Nacional de Saúde²⁵ para ser utilizado na prática cotidiana em saúde e na realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Vale destacar que o projeto teve parecer favorável do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada por meio da análise do discurso de inspiração foucauldiana, que remete à perspectiva de que a “análise do campo discursivo é orientada de modo a compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência (...) de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas exclui (Foucault, 2007, p. 31). Segundo Foucault (2007), “a questão pertinente a

²⁵ Conselho Nacional de Saúde. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução CNS n. 196/ 96. Diário Oficial da União 1996; 10 Out.

tal análise poderia ser assim formulada: que singular existência é esta que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte?” (p. 31).

A abordagem qualitativa nas ciências sociais, segundo Minayo (1993) apóia-se na subjetividade e no simbolismo, considerando a complexidade de processos específicos de grupos mais ou menos demarcados e capazes de serem compreendidos intensamente. Ainda de acordo com essa autora, a metodologia realiza uma aproximação muito valiosa entre sujeito e objeto, uma vez que considera ambos como sendo da mesma natureza: “ela se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas” (Minayo, 1993, p. 244). Portanto, considera-se que a abordagem qualitativa se adéqua aos objetivos aqui propostos.

A pesquisa documental foi realizada a partir de bases de dados do Ministério da Saúde, voltados à saúde do idoso, bem como da problemática do HIV/aids. Quanto ao tratamento das informações coletadas junto a fontes humanas, depois de transcritas as entrevistas, as falas dos/as profissionais foram tratadas como documentos, sendo analisadas por meio da análise do discurso proposta por Foucault (2007), que procura compreender os jogos de enunciação e as formações discursivas. Por meio desse referencial, a presente pesquisa intentou contemplar a interpretação de sentidos e concepções atribuídas pelos sujeitos, nas diferentes posições que ocupam no âmbito dos discursos que compõem as políticas públicas em DST's/aids no Brasil, considerando os sujeitos que falam e as situações em que as falas são produzidas.

Segundo Foucault (2007), a análise do campo discursivo busca analisar os enunciados nas diferentes situações em que ele ocorre, e “determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui” (p. 31). Dessa forma, a perspectiva da análise do discurso de Foucault não se propõe a interpretar o sentido do que foi dito, mas sim descrever as formas e as condições de existência do que está dito e as posições que o sujeito ocupa nos acontecimentos discursivos. Concordando com o reconhecimento do referencial foucauldiano de análise discursiva como ferramenta que permite entender como o discurso revela sua “materialidade por meio do que é pronunciado ou escrito, onde se forjam as posições dos sujeitos. O que torna uma frase ou uma proposição em um enunciado é o fato de podermos assinalar-lhe um lugar a ser ocupado pelo sujeito” (Perucchi & Toneli, 2008, p. 87).

Se uma proposição, uma frase, um conjunto de signos podem ser considerados “enunciados”, não é porque houve, um dia, alguém para proferi-los, ou para depositar, em algum lugar, seu traço provisório; mas sim na medida em que pode ser assinalada a posição do sujeito. Descrever uma formulação enquanto enunciado não consiste em analisar as relações entre o autor e o que ele disse (ou quis dizer, ou disse sem querer), mas sem determinar qual é a posição que pode e deve ocupar todo indivíduo para ser seu sujeito. (Foucault, 2007, p. 108)

Na metodologia delineada nessa proposta, o foco da análise é os discursos que atravessam os conteúdos das políticas públicas. Discurso concebido como o lugar no qual se atualizam os sentidos. Assim, as formações discursivas, os conjuntos de regras, dados historicamente, que ilustram verdades de um tempo (Foucault, 2007) determinam de certa forma, os sentidos. Por isso, a importância de se considerar o caráter histórico, social e ideológico de suas redes de sentidos, não concebendo o discurso separado do sujeito ou proveniente deste, nem tampouco, concebendo o sujeito como sendo livre ou isento de crenças e valores, uma vez que estes constituem subjetividades. Enfim, pretendeu-se considerar o discurso no jogo de sua instância (Foucault, 2007).

O discurso de uma área específica de conhecimento, como a da Saúde, por exemplo, é mais caracterizado pela dispersão e ruptura, e menos pela continuidade e regularidade. Sendo exatamente esse jogo de relações entre objetos, teorias, conceitos, aquilo que atribui uma suposta unidade a um discurso (Foucault, 2007). A proposta da análise do discurso, como método, é entender essa dispersão, objetivando compreender as regras que conduzem a formação discursiva (Brandão, 1997).

Para Michel Foucault, é preciso ficar (ou tentar ficar) simplesmente no nível de existência das palavras, das coisas ditas. Isso significa que é preciso trabalhar arduamente com o próprio discurso, deixando-o aparecer na complexidade que lhe é peculiar. E a primeira tarefa para chegar a isso é tentar desprender-se de um longo e eficaz aprendizado que ainda nos faz olhar os discursos apenas como um conjunto de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos, carregando tal ou qual significado, quase sempre oculto, dissimulado, distorcido, intencionalmente deturpado, cheio de “reais” intenções, conteúdos e representações, escondidos nos e pelos textos, não imediatamente visíveis. É como se no interior de cada discurso, ou num tempo anterior a ele, se pudesse encontrar, intocada, a verdade, desperta então pelo estudioso. (Fischer, 2001, p. 198)

Por meio desse delineamento metodológico intentamos demonstrar como as políticas públicas em saúde, enquanto dispositivo, e suas interpretações por parte dos profissionais da área da saúde, se sustentam em determinados pressupostos sobre o processo de saúde/doença, produzindo efeitos nas práticas de saúde desenvolvidas no município de Juiz de Fora, estabelecendo mecanismos que acabam por preconizar modos de conduta aos sujeitos, neste caso aos/as idosos/as e sua saúde no âmbito da aids e das doenças sexualmente transmissíveis.

CAPÍTULO V – RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA DOCUMENTAL E DE CAMPO

Análise Documental

A pesquisa documental realizada em bases de dados do Ministério da Saúde e outros órgãos governamentais voltados à saúde do idoso, bem como da problemática do HIV/aids, implicou uma realidade preocupante, que será descrita a seguir.

Sobre a pesquisa no Portal da Saúde do Ministério da Saúde, especificamente na página designada Saúde do Idoso, resultou na identificação de um link denominado “sexualidade” (anexo 3), e ao clicar nesse link o internauta é direcionado a outra página. Esta segunda página contém apenas um pequeno texto exclusivamente focado na campanha de 2008, intitulada “Sexo não tem idade. Proteção também não”. Não há qualquer referência ao estudo citado, nem as fontes dos dados estatísticos apresentados em relação ao aumento dos índices de infecção pelo HIV entre a população idosa (de 7,5% em 1996 para 15,7% em 2006), conforme explicitado no documento analisado. O texto afirma que o foco dessa campanha se concentrou na população com mais de 50 anos de idade, afirmando que “a escolha desse público ocorreu por conta da incidência de aids praticamente ter dobrado nessa população nos últimos dez anos”. Entretanto, não explicita se esse quadro é nacional ou mundial. O texto afirma ainda que “dados de um estudo revelam que as pessoas acima de 50 anos de idade têm uma vida sexualmente ativa, 73,1% fez sexo no último ano e apenas 22,3% usaram preservativo na última relação, ao contrário da população de 15 a 24 anos, onde 57,3% usaram na última relação”. Apesar de lançar mão de informações estatísticas o documento analisado não referencia a fonte do estudo citado, utilizando-se de dados estatísticos que nada dizem a respeito do atual contexto da aids entre a população idosa no Brasil. O uso de dados estatísticos nesse documento é descontextualizado e indevidamente ilustrativo, uma vez que não esclarece sobre qual contexto se está falando. Ao apresentar números e escores

estatísticos soltos, o documento do Ministério da Saúde não esclarece sobre o atual contexto da aids junto à população idosa, ao contrário, obscurece ainda mais o quadro geral da epidemia junto a esse segmento populacional, caindo na armadilha de expor informações descontextualizadas, dando margem a especulações e interpretações equivocadas.

Ainda no Portal da Saúde do Ministério da Saúde, dentre as publicações, “Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde” (2005), que foi criada pela Organização Pan-Americana de Saúde em 2002, cita em um rápido parágrafo, a necessidade de ampliação de dados sobre a questão do HIV/aids no público idoso, além da melhoria das atividades de prevenção e assistência a esse público.

O “Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” (2007a), que foi construído tendo como referência o Pacto pela Vida e as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no SUS, traz algumas recomendações no que se refere à sexualidade na terceira idade e à vulnerabilidade do idoso ao HIV. Segundo este, é importante que o aumento da frequência de práticas sexuais entre as pessoas idosas seja acompanhado de iniciativas de prevenção e de assistência direcionadas a esse segmento, considerando também as pessoas idosas que vivem com HIV/aids, uma vez que estas têm demandas específicas, como por exemplo, compreender os efeitos colaterais do tratamento e sobre sua sexualidade, sendo fundamental que os profissionais de saúde acompanhem e estejam atentos para as queixas específicas das pessoas idosas nos serviços de Atenção Básica e nos serviços especializados. Ainda segundo o documento, as intervenções de prevenção dirigidas aos idosos devem focar o estímulo ao acesso e utilização correta dos preservativos masculino e feminino, e lubrificantes; a testagem, diagnóstico e tratamento com procedimentos que levem em consideração as necessidades desse grupo populacional; a inclusão da prevenção de DST/HIV/aids focando as especificidades desse grupo, na rede de Atenção Básica; o fomento da mobilização de organizações da sociedade civil e do protagonismo, para a realização de trabalhos preventivos específicos para idosos; a articulação intra e intersetoriais para a garantia de ampliação e continuidade das ações (Brasil, 2007a).

A publicação “Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento” (2010b), também cita em um parágrafo que a Área Técnica Saúde do Idoso possui interface com a área de DST/Aids do Ministério da Saúde, desde o ano de 2008, e que o exercício pleno da sexualidade faz parte do processo de envelhecimento ativo e saudável.

Segundo esta política, devido ao aumento das doenças sexualmente transmissíveis em pessoas idosas, em especial da aids, além da taxa de mortalidade (de 5,5 em 96 para 6,1 em 2006), desde 2008 a prevenção das DST's e aids tem como público prioritário as pessoas com 50 anos e mais, com o objetivo de informar tal população que o sexo deve ser praticado de forma segura, estando o Ministério da Saúde disponibilizando o preservativo feminino e masculino e gel lubrificante de forma gratuita nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Contudo, apesar de o documento afirmar que o público a partir dos 50 anos é “prioridade” nas ações no Ministério da Saúde, tal fato é contraditório com os achados desta dissertação. Também é importante ressaltarmos que tanto o Estatuto do Idoso quanto a Política Nacional do Idoso, não fazem referência alguma à saúde sexual nessa faixa etária.

Além disso, as informações analisadas no contexto da pesquisa documental junto ao Portal da Saúde, do Ministério da Saúde, concentram-se exclusiva e limitadamente à prevenção, sem qualquer enunciação ao tratamento das DST's e da aids para pessoas idosas vivendo com HIV ou acometidas de alguma doença sexualmente transmissível. Por exemplo, a terapia anti-retroviral, composta por quinze medicamentos usados no combate à ação do HIV no organismo infectado – um importante dispositivo farmacológico que alterou a história da aids como doença crônica, já que por meio dele a expectativa de vida das pessoas soropositivas aumentou significativamente – sequer é citada. Há um absoluto silenciamento de informações quanto ao tratamento no que se refere ao público idoso. Esse silenciamento traduz-se na prática dos profissionais de saúde em Juiz de Fora, demonstrando os “efeitos produtivos” dos jogos de poder que atravessam os discursos (Foucault, 2007) e produzem sujeitos e práticas sociais no âmbito da saúde.

Na pesquisa documental realizada no site do Ministério da Saúde, especificamente na área de DST, aids e Hepatites Virais, não foram encontradas portarias, ofícios, leis ou resoluções em âmbito nacional, que abarcassem especificamente a questão da aids entre pessoas com 60 anos e mais.

Na página inicial do site, ao clicar em “AIDS”, o internauta depara-se com várias opções, sendo uma delas, a palavra “Idosos”. Nessa página (anexo 4) contém um pequeno texto de três parágrafos, com o título “Diagnóstico de idosos”, onde é apontada a questão do diagnóstico tardio nesse público, devido ao fato de tanto a pessoa idosa quanto os profissionais da saúde não pensarem na aids, muitas vezes, negligenciando a doença nessa faixa etária. Ainda segundo o texto, quanto antes se iniciar o tratamento,

aumenta-se a qualidade de vida da pessoa, sendo importante que todos façam o teste, que é rápido, seguro e pode ser feito em qualquer unidade pública de saúde.

Nessa mesma página, o leitor pode acessar a outro link, chamado “Aumento de aids em idosos”, no qual também aparece um pequeno texto que faz referência ao aumento de casos de aids entre homens e mulheres na terceira idade em todas as regiões do Brasil, apontado pelo Boletim Epidemiológico de 2009. É citada a questão dos preconceitos que cercam a vivência da sexualidade na terceira idade, que, segundo o texto, acaba por limitar a abordagem do HIV nessa faixa etária.

Na última página apresentam-se três links: “Tratamento de aids em idosos”; “Campanha – Clube da Mulher Madura”; “Campanha – Clube dos Enta”. Ao clicar no primeiro link, o leitor é direcionado a um texto, intitulado “Adesão ao Tratamento” (anexo 5), o qual chama atenção para a importância do acolhimento da pessoa idosa soropositiva pela equipe dos serviços de saúde, delineando, conjuntamente ao paciente, um plano terapêutico que supere eventuais dificuldades do tratamento. De acordo com o texto, em função de alterações típicas nessa faixa etária, como: dificuldades visuais e da memória recentes, é importante que a equipe de saúde adote alguns procedimentos como, uso de letras em tamanho visível nas prescrições em geral, e sempre que necessário encaminhar o paciente para avaliação oftalmológica; identificar se as informações foram bem compreendidas e memorizadas; adotar estratégias que evitem esquecimentos no uso da medicação (despertadores, lembretes no celular, tabelas com horários e doses em locais estratégicos, etc).

Os outros dois links dão acesso às duas campanhas nacionais voltadas ao HIV/aids em homens e mulheres a partir de 50 anos, realizadas pelo Ministério da Saúde. A campanha do Dia Mundial de Luta Contra a Aids de 2008, “Clube dos Enta”, teve como foco principal os homens com mais de 50 anos e trouxe o seguinte *slogan*: “Sexo não tem idade. Proteção também não”. Enquanto a campanha “Clube da Mulher Madura” foi lançada no carnaval de 2009, com o slogan: “Sexo não tem idade para acabar. Proteção também não”, tendo como público prioritário a população feminina com mais de 50 anos. As campanhas serão melhores discutidas mais adiante.

Pesquisas têm destacado a ausência de campanhas de educação e de prevenção à aids destinadas às pessoas com mais de 50 anos no Brasil, o que contribui para a desinformação desse segmento populacional sobre o HIV (Feitoza et al., 2004; Prilip, 2004). Nesse sentido, como afirmam Ribeiro e Jesus (2006) “o risco dos idosos contraírem o vírus existe e é necessário que incorporem campanhas educativas e de

prevenção nos serviços de saúde, nos meios de comunicação, para esta parcela da população, até então marginalizada e cercada de preconceitos da sociedade quanto ao sexo e a sexualidade” (p. 116). Segundo Vasconcelos e Saldanha (2008) a campanha voltada para homens com mais de 50 anos no Brasil apresenta-se como ação de importante repercussão, contribuindo para o aumento da visibilidade do tema.

Em conversa ao telefone com o Departamento de DST/aids de Belo Horizonte foi informado que, além das duas campanhas do Ministério, não existem outras políticas nacionais direcionadas ao HIV na terceira idade, sendo assim, o idoso deve enquadrar-se nas políticas direcionadas aos adultos.

Pôde-se perceber que algumas cidades, como São Paulo, desenvolvem ações e políticas no que se refere à aids na terceira idade. No ano de 2011, o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, elaborou um “Documento de diretrizes para prevenção das DST/aids em idosos”. De acordo com este documento, para elaborar diretrizes de ações de prevenção às DST/aids para a pessoa idosa, é necessário que haja o envolvimento de vários parceiros institucionais e da sociedade civil. Os municípios do Estado de São Paulo contam com contribuição dos coordenadores dos programas municipais de DST/aids, da atenção básica e saúde da pessoa idosa, além de grupos de envelhecimento ativo, estruturas formadas por serviços e profissionais que atuam de maneira articulada, formando uma rede que tem favorecido a diminuição da vulnerabilidade às DST/aids.

O documento ressalta a importância de articulação com a rede de atenção básica, uma vez que por meio dela é possível promover discussões sobre sexualidade, diversidade sexual, prevenção, acesso a insumos (preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante) e oferecer testagem para o HIV nos diversos momentos do atendimento. Nesse sentido destaca-se que preparação dos profissionais de saúde para o atendimento adequado ao público idoso é fundamental, sendo necessária a ampliação de conhecimento em relação aos indivíduos a partir de 60 anos. Além disso, estabelece atividades que podem ser realizadas para as pessoas idosas, como:

- Oferta de insumos de prevenção nas unidades básicas de saúde e nos espaços de convivência de idosos;
- Realização de oficinas de sexo mais seguro com linguagem e exposição adequadas às necessidades desta população;
- Inclusão das discussões sobre sexualidade dos idosos em todas as atividades de prevenção, inclusive com grupos religiosos;

- Produção de materiais informativos que leve em conta a diversidade e a especificidade nessa faixa etária.

Ações como esta são fundamentais para dar visibilidade à problemática do HIV/aids na terceira idade, além de diminuir a vulnerabilidade de idosos/as ao vírus, contudo, pôde ser percebido que tais estratégias ainda vêm sendo desenvolvidas de forma muito tímida. Pelo fato desta pesquisa ter seu foco voltado para a análise das políticas públicas nacionais, e a imersão ao campo documental ter revelado fontes restritas ao âmbito da prevenção, com foco nas campanhas educativas, e na ausência de outros documentos oficiais (portarias, ofícios, etc.) referentes à população idosa e HIV/aids em âmbito nacional, a análise desdobrou-se sobre as duas campanhas em HIV/aids nacionais direcionadas ao público idoso.

“Clube dos Enta” e “Clube da Mulher Madura”

A campanha ‘Clube dos Enta’, de 2008, tratou de assuntos ligados à sexualidade, objetivando despertar nos adultos maduros e idosos a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, além de oferecer dicas para melhorar o sexo após os cinquenta anos. Nessa ação foram utilizadas mídias na TV, no rádio, em mobiliários urbanos e na Internet, além da produção de cartazes e folders. O slogan trouxe a mensagem “*Sexo não tem idade. Proteção também não*”, enquanto o vídeo produzido foi protagonizado por um grupo de idosos reunidos em um ambiente com mesa de sinuca, troféus, mesa de jogos de carta, camisas de futebol, dizendo o seguinte texto:

*“Nós somos do Clube dos Enta
É assim que a gente se cumprimenta
Gostamos de polenta... pimenta.
Mascamos chiclete... de menta
No sexo a gente nunca se aposenta
E com camisinha, a segurança aumenta.
Se você é como a gente, tem cinquenta, sessenta, setenta...
Mas também não aparenta.
Experimenta.
Minha mulher, quer dizer, a presidenta.
Sexo não tem idade. Proteção também não.”*

O *jingle* da campanha trouxe:

Enta, Enta, Enta
É com orgulho que a gente se apresenta
Enta, Enta, Enta
O nosso clube se chama Clube dos Enta
Enta, Enta, Enta
Na cama a gente nunca se aposenta
Enta, Enta, Enta
A camisinha é a nossa ferramenta
Enta, Enta, Enta
As mulheres nos apóiam e a coisa esquenta
Se você tem cinqüenta, sessenta, setenta
Use camisinha. Experimenta.

Na campanha ‘Clube da Mulher Madura’, direcionada às mulheres com mais de 50 anos, um dos principais objetivos foi incentivar a mulher a negociar com o parceiro o uso do preservativo, uma vez que muitas das mulheres nessa faixa etária têm pouco poder de decisão em relação à camisinha. O folder traz o alerta para o uso da camisinha feminina e do gel lubrificante. A camisinha feminina pode aumentar a autonomia das mulheres no que se refere ao uso de tecnologias de prevenção, enquanto o gel aumenta a lubrificação da vagina, diminuindo a sensação de desconforto causada pela menopausa e pelo uso do preservativo. Os elementos principais da campanha foram o VT e o *jingle*, ambos com veiculação nacional, porém, teve menos repercussão se comparada à campanha voltada aos homens. O vídeo do Clube da Mulher Madura mostra amigas reunidas se preparando para o carnaval, em um ambiente com tecidos coloridos, linhas, agulhas, objetos de maquiagem, entre as seguintes rimas:

Nós somos do Bloco da Mulher Madura.
Gostamos de pintura... costura.
Somos linha dura, mas sem perder a compostura.
Temos jogo de cintura.
Não temos censura. Mas homem desprotegido, a gente não atura.
Nem pra uma aventura.
Um cara consciente é tudo que a gente procura. Um homem que esteja à nossa altura.
Aí, esquenta a temperatura.
Juuura?
Use camisinha. É coisa de mulher segura.

Sexo não tem idade pra acabar. Proteção também não.

O *jingle* da campanha foi:

*Somos do Clube da Mulher Madura.
Temos postura e jogo de cintura.
Sexo pode ser uma loucura, desde que você esteja segura.
Somos do Clube da Mulher Madura.
E nesse Clube não temos censura.
Homem desprevenido mulher não atura, mas se usar a camisinha sobe a temperatura.*

Sexo não tem idade pra acabar. Proteção também não.

Segundo Silva (2009) essas foram iniciativas importantes, e que, de formas criativas, procuraram chamar a atenção do “público alvo” para a importância do uso do preservativo nas relações sexuais, evitando um “discurso que pudesse conduzir à infantilização ou ao alarmismo preventivista” (p. 36). A própria OMS reconhece que o Brasil é um dos primeiros países a iniciar tais campanhas, devido o aumento da incidência de aids (Schmid et al., 2009).

A literatura internacional indica que a precariedade de políticas públicas e estudos que abarquem a problemática do HIV/aids em pessoas a partir de cinquenta anos não é exclusividade do Brasil ou dos países em desenvolvimento em geral, mas também, uma realidade de muitos países desenvolvidos. Em uma revisão sistemática realizada em jornais de língua inglesa, incluídos na MEDLINE, de 1994 a 2005, foi possível constatar que, apesar do considerável aumento de infecção pelo HIV em indivíduos mais velhos, estes constituem um grupo invisível nas pesquisas que envolvem as Doenças Sexualmente Transmissíveis (Levy, Ding, Lakra, Kosteas, & Niccolai, 2007).

Existem diversos aspectos em ambas as campanhas que merecem ser problematizados nesta análise. Nas falas apresentadas no vídeo e *jingle* dos homens, podemos perceber que estas se associam à masculinidade do público alvo, com o uso das palavras “*polenta*”, “*pimenta*”, “*ferramenta*”, assim como à virilidade masculina, tão exigida historicamente. A frase “*Na cama a gente nunca se aposenta*” elucida a questão da cultura machista, que, como nos lembram Paiva et al. (1998) faz com que os homens sintam-se pressionados a sempre apresentarem-se prontos e potentes para o sexo. Essas autoras ainda destacam que as normas de gênero também incitam a perseguição de homens que possuem desejos homoeróticos e os realizam

clandestinamente, o que acaba gerando um contexto que não favorece a adesão ao sexo seguro ou a proteção das mulheres com quem têm relações sexuais.

Na expressão “*A camisinha é a nossa ferramenta*”, podemos perceber, como já discutido anteriormente, o fato de que o objeto ‘camisinha’, definido na campanha como a ‘ferramenta’ do homem, tem associação ao público masculino como detentor do poder de seu uso ou não.

De acordo com Ortner (1979) em diferentes culturas as mulheres - seus papéis e suas tarefas - são explicitamente desvalorizadas em relação às funções masculinas, fazendo com que as mulheres sejam subordinadas ao poder masculino. “As classificações sócio-estruturais (...) excluem as mulheres da participação no, ou em contato com algum domínio no qual reside o maior poder da sociedade” (Ortner, 1979, p. 98). O sexo apresenta-se como um desses domínios ao qual a mulher é subordinada ao poder masculino, nesse caso este último tendo o domínio sobre a questão do uso do preservativo.

A relação da camisinha como “ferramenta” masculina nos faz refletir sobre a discussão levantada por Ortner (1979), que considera que o senso comum faz articulações que associam a mulher à natureza, e o homem à cultura, este, portanto, exercendo o controle sobre aquela. Segundo a autora, a cultura estaria relacionada à noção de consciência humana - sistemas de pensamento e tecnologia - por meio dos quais a humanidade procura manter o controle sobre a natureza. Sendo assim, ao homem caberia além do domínio sobre a mulher, a “consciência” daquilo que deve ou não ser dito ou feito (aqui pensando no uso do preservativo), enquanto à mulher caberia a subordinação enquanto “natureza”, ou seja, aquilo que pode ser transformado pela cultura.

Também destacamos que a cultura machista na qual vivemos, reforça o caráter impulsivo e necessário do sexo para os homens, levando-os sempre a provar sua masculinidade e virilidade (Paiva et al., 1998). A passagem “*Se você é como a gente, tem cinquenta, sessenta, setenta, mas também não aparenta*”, nos remete à questão de que, embora o homem esteja entre essas idades, ele deve conservar seu papel viril.

Segundo Silva et al., (2006) espera-se que o homem satisfaça sexualmente uma ou mais mulheres, e que este jamais recuse insinuações de uma parceira, obtendo ereções imediatas e bem sucedidas. Guerriero et al. (2002) consideram que esta idéia de que sexo é uma necessidade na vida do homem, atrelada ao temor do declínio sexual na terceira idade, contribui para a busca de parceiras eventuais. Estudos envolvendo

homens adultos apontaram que a infidelidade é vista pelos sujeitos como uma forma de exercício da sexualidade que reforça suas masculinidades (Guerriero et al., 2002; Silva, 2002).

Em pesquisa realizada por Alves (2006), com idosos no Estado da Bahia, que teve como objetivo identificar aspectos da masculinidade incorporados às representações sociais de homens idosos para a transmissão e prevenção da aids, foram observadas falas de idosos, como estas:

... porque não há um homem acabado, ele pode ter 80 a 90 anos, ele não é acabado. Única coisa que está faltando é uma pessoa ser nova, bonita e fazer amor com ele, que merece fazer! Ele é homem todo o tempo, até o final da vida dele, porque meu avô morreu com 95 anos sendo homem ainda (65 anos).

Tenho relações extraconjugais eventualmente, mas sempre com mulheres mais novas, 30, 40 anos. Coroa é difícil pra caramba, você convencer uma coroa... mas consegue! (60 anos).

Na frase retirada da campanha dos Enta, “*As mulheres nos apóiam e a coisa esquenta*”, o fato de a palavra “mulher” estar no plural possibilita pensarmos nessa questão da multiplicidade de parceiras sexuais no universo masculino, incluindo as relações extraconjugais. No vídeo da campanha, um dos idosos atende ao telefone celular e diz “*Minha mulher, quer dizer, a presidenta*”. Esse trecho também parece ilustrar a questão da (in)fidelidade masculina, e a vigilância das esposas, no intuito de controlar e vigiar as saídas dos companheiros.

Quanto ao universo das mulheres, a campanha “Clube da Mulher Madura” apresenta palavras socialmente frequentes no universo feminino, como “costura”, e “pintura”. A expressão “*Sexo pode ser uma loucura, desde que você esteja segura*”, ressalta a importância do sexo com prevenção, visando ao empoderamento dessas mulheres a fim de que elas sejam encorajadas na tomada de decisões acerca de suas vidas sexuais. Contudo, tal expressão vem acompanhada de outra, “*Temos postura e jogo de cintura*”, o que nos remete a problematizar a questão da dificuldade de a mulher estabelecer a negociação sobre o uso do preservativo com o parceiro, tanto pela idéia de imunidade quando se tem um relacionamento estável, quanto da representação do HIV/aids como doença do “outro”, além da submissão feminina pautada na questão de gênero e relações de poder (Silva & Vargens, 2006). Acrescido a esses fatores, Villela

(1999) destaca que muitas mulheres entendem que sugerir a utilização do preservativo nas relações sexuais, não sendo por contracepção, pode provocar a desconfiança do parceiro de estar sendo traído. Essa frase, portanto, ilustra que a mulher deve ter “postura” e “jogo de cintura” para estabelecer a negociação do uso do preservativo em suas relações sexuais, uma vez que tal negociação envolve muitos fatores.

Na expressão citada anteriormente, a palavra “loucura” também nos permite fazer associações com as discussões de Ortner (1979), que considera que o universo das mulheres é frequentemente associado, no senso comum, à ausência de razão, portanto à loucura. Essa associação reforça, portanto, o poder masculino de decisão e controle sobre o sexo, uma vez que a este é concedida a posição de sujeito da razão e da consciência.

A expressão “*Não temos censura, mas homem desprotegido a gente não atura, nem pra uma aventura!*”, parece incitar o direito das mulheres idosas de exercer sua sexualidade livre de preconceitos e normas. De acordo com Seixas (1998), a sexualidade feminina foi historicamente construída baseada nas relações de gênero, nas quais a mulher é passiva e seus desejos altamente reprimidos. Enquanto ao homem, dava-se o direito de se entregar aos prazeres, inclusive às diversões noturnas e relações extra-matrimoniais, a mulher não possuía esse direito, pelo contrário, ela devia ser guardiã da moralidade (Giffin, 2002).

O próprio slogan da campanha feminina “*Sexo não tem idade pra acabar. Proteção também não.*”, traz apenas duas palavras a mais do que o slogan masculino, “*Sexo não tem idade. Proteção também não.*”, mas que nesse contexto parece fazer todo sentido. Corroborando com as regras sexuais construídas historicamente e impostas às mulheres, estas não teriam idade para findar a atividade sexual, mas pra iniciar essa atividade, sim. Já para homens, como representado na expressão, o “Sexo não tem idade”, podendo ser iniciado no momento em que desejassem.

A expressão “*nem pra uma aventura!*”, também acaba por gerar certa contradição no que se refere ao contexto do HIV/aids na terceira idade, uma vez que se supõe a hipótese de que as mulheres idosas têm-se infectado em relações sexuais com amantes, ou “homens desprotegidos” com os quais elas viveriam alguma “aventura”, enquanto os estudos que abordam os contextos de vulnerabilidade que envolve o público feminino, indicam que a maioria das mulheres são infectadas pelo vírus através de seus parceiros fixos ou esposos (Paiva, Latorre, Gravato, & Lacerda, 2001; Saldanha Felix, & Araújo, 2008), realidade esta que não se apresenta diferente com mulheres com

50 anos e mais. Sendo assim, podemos perceber que a campanha, em alguns momentos, trabalha com enunciados amparados em estereótipos de gênero, quando deveria trabalhar com informações fidedignas ao contexto de vulnerabilidade apontado pelos estudos sobre o envelhecimento da epidemia. Segundo Seffner (2002):

Acreditamos que o desenho de um currículo na área da prevenção seria bem vindo. Um currículo que contemplasse conteúdos, competências, habilidades, formas de avaliação, atividades e dinâmicas recomendadas como eficientes, acompanhadas da respectiva discussão política. (...) Um currículo que insistisse nas estratégias relacionais, articulando prevenção com gênero, família, faixa etária, raça e etnia, religião, região. Avançar uma proposta de currículo seria ótimo para que se possa dizer se uma propaganda é boa ou ruim, para além das opiniões pessoais. (...) A tarefa de elaboração de um currículo seria o momento apropriado para discussões, por exemplo, acerca do peso da diversidade sexual nas campanhas, tendo em vista que a diversidade sexual precisa ser assumida e valorizada na prevenção à AIDS, e isso representa uma atitude profundamente política que precisa ser tomada. (pp. 32-33)

É interessante também notar que ao contrário da frase apresentada na campanha masculina, *“As mulheres nos apóiam e a coisa esquenta”*, na qual a palavra “mulher” aparece no plural, na publicação feminina, ao fazer referência ao homem, as palavras estão no singular, *“Homem desprevenido mulher não atura”*, *“Um homem que esteja à nossa altura”*, *“Um cara consciente é tudo que a gente procura”*, como se corroborasse com a questão da multiplicidade de parceiras aceitas socialmente para os homens, e ao resguardo da mulher, devendo esta sempre manter relações monogâmicas e estáveis. Essa última expressão também nos remete a pensar que apesar do objetivo da campanha ser o empoderamento das mulheres maduras para a prevenção, esta ainda parece depender muito mais dos homens.

O vídeo se encerra com uma mulher segurando uma camisinha masculina e dizendo *“Use camisinha. É coisa de mulher segura”*. Nesse caso, insistimos na questão do poder masculino sobre o uso ou não do preservativo. Consideramos uma falha da campanha a ausência de ilustração da camisinha feminina, uma vez que esta pode ser a grande aliada da mulher em suas relações sexuais, tornando-a mais segura e aumentando seu poder no que se refere à prevenção.

Apesar das tramas de gênero que envolvem a vivência da sexualidade na terceira idade serem extremamente complexas, e que o uso do preservativo talvez seja apenas a

“ponta do iceberg”, autores, como Finkler, Oliveira e Gomes (2004) chamam atenção para a necessidade de fortalecer o conhecimento das mulheres sobre seus corpos, sexualidade, DST’s e aids, informando-as sobre métodos que possam favorecer seu controle, como o preservativo feminino.

Além disso, tanto a campanha masculina, quanto a feminina enunciam a sexualidade na terceira idade como uma prática unicamente heterossexual, excluindo aqueles/as que possuem desejos e práticas homossexuais, colocando-os/as, dessa forma, em situações de vulnerabilidade. Ou seja, tais campanhas apresentam-se como mais uma forma de exclusão do contexto homossexual e de reafirmação da “heterossexualidade compulsória”, que segundo Rich (2010) vem sendo fortalecida “através da legislação, como um *fiat* religioso, pelas imagens midiáticas e por esforços de censura” (p. 19). A autora ainda complementa afirmando que “a heterossexualidade pode não ser uma ‘preferência’, mas algo que tem sido imposto, administrado, organizado, propagandeado e mantido por força” (Rich, 2010, p. 35).

Nesse sentido, a presente pesquisa constatou que a problemática do HIV/aids na velhice não tem recebido a devida atenção do Ministério da Saúde no que se refere às informações referentes às políticas de enfrentamento da epidemia, nem no âmbito da prevenção e, muito menos, no que se refere ao tratamento e à qualidade de vida de pessoas com 60 anos e mais vivendo com HIV. As duas campanhas voltadas para homens e mulheres com mais de 50 anos ainda são atravessadas por estereótipos de gênero, como se pode analisar nesta dissertação. Assim, o que se constatou foi que as instâncias governamentais responsáveis pela proposição de políticas públicas em saúde parecem ignorar a susceptibilidade da população idosa frente à aids e isso se reflete na ausência de campanhas e, quando aparecem, estão repletas de “armadilhas de gênero”, no sentido proposto por Judith Butler.

Como consequência, o que se configura é um quadro de vulnerabilidade programática, nos quais os índices não apenas da aids, como também, de outras DST’s, crescem nessa parcela da população, devido à falta de orientação voltada aos idosos e também aos profissionais de saúde que atuam nessa área. Como afirma Suzanne Smeltzer et al. (2006) esse fenômeno não é exclusivo das políticas de saúde no Brasil, evidenciando uma problemática global.

Mais de 10% de todos os casos de AIDS nos Estados Unidos ocorreram em pessoas com 50 anos ou mais. A infecção por HIV nas populações de meia-idade ou idosa pode ser sub-

relatada e sub-diagnosticada porque os profissionais de saúde acreditam erroneamente que eles não estão em risco de infecção por HIV. (Smeltzer et al., 2006, p. 1652)

Este quadro de invisibilidade da população idosa em relação à aids e outras doenças sexualmente transmissíveis evidencia um preocupante contexto de vulnerabilidade, pois pode-se conjecturar que para além da desconsideração das políticas em saúde, quanto à susceptibilidade de infecção pelo HIV por pessoas com 60 anos e mais, o problema atinge também elementos técnicos importantes para a eficiência dessas políticas, como por exemplo, a garantia de que as notificações estejam sendo feitas em consonância com a realidade social. Mais uma vez, a análise documental vai ao encontro do que se constatou na análise das entrevistas: há sérios problemas de fidedignidade de informações quanto à notificação dos casos de HIV entre a população a partir dos 60 anos de idade. Essas análises indicam um contexto de vulnerabilidade programática que permite chamar a atenção para a insuficiência de políticas públicas que abarquem tal problemática.

Análise de Campo

Foram analisadas nove entrevistas, transcritas na íntegra, sendo que os/as entrevistados/as de ambos os serviços encontram-se na faixa etária entre quarenta e quarenta e oito anos, e com tempo médio de serviço de aproximadamente 14 anos (SAE) e 9 anos (ESF), ou seja, são profissionais com certa experiência, devido aos vários anos de trabalho nos serviços pesquisados. A maioria das entrevistadas é mulher, tendo apenas um homem compondo a amostra.

Sobre a questão de cuidados em saúde, estudos já apontaram o fato de as mulheres serem as principais produtoras de cuidados sanitários tanto dentro da família quanto para fora desta (Cresson, 1991). Segundo Machado (1986) a participação das mulheres médicas, enfermeiras e técnicas em enfermagem cresceu significativamente nos últimos anos, principalmente as duas últimas categorias, que são constituídas quase que exclusivamente de mão-de-obra feminina. A categoria médica, apesar de também apresentar um crescimento considerável de participação das mulheres, estas, em muitas das vezes, acabam por especializar-se em áreas como pediatria, ginecologia, psiquiatria,

clínica médica. Especialidades estas, que dentro da medicina são, de forma geral, consideradas de menor complexidade, menor prestígio e conseqüentemente, com retorno financeiro mais baixo (Machado, 1986). Também é importante destacarmos que pelo fato de a grande maioria de informantes deste estudo ser do sexo feminino, a visão aqui apontada na análise traz uma visão mais feminina em saúde.

A análise das entrevistas também permitiu constatar um preocupante contexto de vulnerabilidade no que se refere ao atendimento ao público idoso nos serviços de saúde atuantes no município de Juiz de Fora. Desse modo, o trabalho de análise foi realizado da seguinte forma: primeiramente as entrevistas gravadas em áudio digital foram transcritas na íntegra, de modo que pudessem ser arquivadas como documentos e, a partir de tais transcrições, foram organizados os arquivos e iniciou-se a etapa de categorização e descrição de enunciados com o intuito de “compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, (...) de estabelecer suas correlações com outros enunciados a que pode estar ligado” (Foucault, 2007, p. 31).

A análise desdobrou-se, assim, em dois níveis, um longitudinal – referente aos enunciados que se repetem ao longo de cada uma das entrevistas; e outro transversal – referente aos enunciados que atravessam diferentes entrevistas. A partir da descrição desses enunciados, de suas repetições e ausências, seguiu-se para a identificação do campo de associação composto, ao longo das entrevistas, por diferentes enunciados, pois, como afirma Michel Foucault “o material que temos a tratar, em sua neutralidade inicial, é uma população de acontecimentos no espaço do discurso em geral. Aparece, assim, o projeto de uma descrição dos acontecimentos discursivos como horizonte para a busca das unidades que aí se formam” (Foucault, 2007, p. 30). Sendo assim, foram identificados cinco núcleos de sentido em torno dos quais os jogos enunciativos se processaram no conteúdo discursivo das entrevistas: 1) concepções sobre a aids entre profissionais da saúde e seus desdobramentos; 2) atuação preventiva nos serviços; 3) especificidades das enunciações sobre o HIV na terceira idade; 4) ausências e limitações no âmbito SUS e 5) possibilidades de atuação profissional em saúde.

Vale destacar, que essa perspectiva metodológica se inscreve em um projeto científico mais amplo, compartilhado por pesquisadores e pesquisadoras que atuam com a análise do discurso com orientação foucauldiana, pois nas palavras do autor “As condições para que apareça um objeto de discurso, as condições históricas para que dele se possa ‘dizer alguma coisa’ e para que dele várias pessoas possam dizer coisas

diferentes, as condições para que ele se inscreva em um domínio de parentescos com outros objetos, para que possa estabelecer com eles relações de semelhança, de vizinhança, de afastamento, de diferença, de transformação, estas condições, como se vê, são numerosas e importantes” (Foucault, 2007, p. 50).

Concepções sobre a aids entre profissionais de saúde e seus desdobramentos

Não é possível dissociar direitos humanos do enfrentamento das DST/HIV/aids. O processo de reconhecimento do direito ao acesso universal a prevenção, diagnóstico e tratamento constitui importante bandeira de direitos humanos desde o início da epidemia. Afirmar a dignidade do ser humano é o que traz sentido para, por exemplo, a discussão sobre a função social da propriedade intelectual frente o direito à saúde. Além da disponibilização de preservativos e medicamentos anti-retrovirais, trata-se de uma luta constante contra as desigualdades sociais.

(Ministério da Saúde, Brasil, 2008b)

A problemática da aids foi enunciada pelos/as profissionais, como um grave problema de saúde pública, estando a doença relacionada a diversos fatores sociais, econômicos e políticos, devendo portanto, ser trabalhada com muito respaldo. Vale, então, destacar o lugar da saúde na Constituição Federal de 1988, documento inovador ao reconhecer a saúde como um “direito de todos e dever do Estado.” A noção de saúde a partir desse documento, passou a contemplar além de aspectos preventivos e curativos, questões relacionadas à promoção de saúde mais amplamente, no âmbito dos processos de saúde-doença, bem como as condições e modos de vida de uma população. Dessa maneira a Constituição Federal do Brasil, de 1988, estabelece em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua proteção, promoção e recuperação” (Brasil, 1988).

Ao longo das entrevistas transcritas, diferentes enunciados se articularam de uma forma ou de outra, com outros enunciados, designando posições de sujeitos da saúde pública brasileira. Nesse caso, enunciações articuladas constroem referenciais de sentido e determinam tais posições de sujeito. Algumas dessas articulações entre enunciados acerca dos serviços em saúde que intervêm no âmbito da aids, merecem maior atenção nesta análise. No que se refere, por exemplo, ao índice de registros de casos no município de Juiz de Fora, um importante campo de associação refere-se à não diminuição da quantidade de registro de pessoas infectadas. Em média, são registrados anualmente no SAE quarenta novos casos. Esse quadro aparece direta ou indiretamente associado, na fala dos/as informantes, a questões referentes às vulnerabilidades, aos modos de vida relacionados à sexualidade, ao uso ou não uso do preservativo, ao uso de drogas injetáveis, dentre outras enunciações.

João, SAE- “Implica em discutir a questão do relacionamento ser com preservativo, indica a questão do número de relacionamentos que a pessoa pode vir a ter de acordo com a preferência dela, indica às vezes a questão da gestação (...). Então, assim, a questão do HIV acho que gira tanto em função da sexualidade, neh!? Alguns comportamentos de risco.”

Carmen, UAPS- “Eu vejo assim, que é uma questão também de educação. De educação sexual, nesse sentido de as pessoas mudarem o hábito. O hábito de se proteger. A gente, principalmente as mulheres confiam muito nas pessoas e esquece da história, do progresso. Só vive aquele momento. Então com adolescente é do mesmo jeito, e essa questão assim, da vulnerabilidade, neh!? Todos nós somos vulneráveis. Acho que é isso, assim”.

Os marcos da modernidade se sustentam muito fortemente no controle da sexualidade. No que se refere, portanto, à epidemia da aids, pesquisas têm apontado as fragilidades das estratégias de prevenção genéricas com grupos específicos visando a promoção de mudanças comportamentais significativas (Heilborn & Gouveia, 1997). Vale destacar que, mudanças de comportamentos no âmbito da sexualidade são condicionadas por circunstâncias e variáveis socialmente complexas e não com o simples arbítrio do sujeito, como aparece recorrentemente na fala dos/as informantes.

Segundo Paiva (2000b) os Programas governamentais e não-governamentais têm procurado ampliar a consciência de que a aids pode atingir igualmente a todos, discutindo-se a sexualidade de “todos”, como se as práticas sexuais de “todos” fossem

as mesmas, sem considerar que estas possuem seus sentidos particulares em cada cena sexual e em cada contexto sócio-cultural.

A autora considera que por ser a sexualidade uma dimensão da vida significativamente determinada pelo contexto sócio-cultural no qual acontece, é fundamental que se façam problematizações sobre as vivências dos portadores e comunidades mais vulneráveis, e o que é específico de cada grupo, indivíduo ou de situações de vida (Paiva, 2002). “A diversidade é um problema para quem pretende generalização das sugestões programáticas para qualquer contexto” (Paiva, 2002, p. 29). Além disso, Paiva analisa que as ações de prevenção ainda seguem sendo pensadas em sua grande maioria, para pessoas soronegativas que devem “proteger-se” de indivíduos soropositivos (Paiva, 2002), enquanto os poucos estudos sobre a sexualidade de pessoas vivendo com HIV demonstram que os determinantes sócio-culturais da sexualidade, como vida reprodutiva, uso do preservativo, dentre outros, são os mesmos entre soropositivos e soronegativos (Schiltz & Sandforth, 2000). Paiva (2002) afirma que vivemos em uma sociedade que ao mesmo tempo em que a sexualidade é estimulada, ela ainda é pouco discutida em diversos aspectos, como por exemplo:

Como ajudar as pessoas a comunicar a seus parceiros sua situação de portadores? Como incluir na motivação para o uso do preservativo a necessidade de se proteger (e ao parceiro) da re-infecção? Como lidar com os efeitos psicológicos negativos do diagnóstico na vida sexual, como a depressão e o isolamento frequentes? Como lidar com o medo da violência conseqüente ao estigma que ainda marca a vida dos portadores, mesmo estigma com que os “negativos” não querem se identificar e psicodinamicamente acaba por dissolver a consciência de sua provável vulnerabilidade? (p. 29)

O uso de drogas também é um aspecto importante a ser discutido no âmbito da aids. Alguns/mas profissionais lembraram tal aspecto, relacionando-o a dificuldades no atendimento, contudo não associaram esse uso ao público idoso. De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2006) “pacientes usuários de drogas despertam, em geral, reações negativas nas equipes de saúde, que tendem a desqualificá-los moralmente e oferecer serviços com qualidade inferior ao que prestariam a um não usuário” (p. 01). Ou seja, o atendimento a tais pacientes, em muitas vezes, é rodeado por estigmas, que acabam por ocasionar um déficit na atenção. Nas instituições pesquisadas, o uso de drogas também parece associar-se a barreiras no atendimento, o que pode

acabar ocasionando um atendimento de menor qualidade aos indivíduos usuários de drogas.

João, SAE – *“A gente atende também alguns grupos, alguns comportamentos de risco que realmente trazem, às vezes, algum tipo de desconforto em algum momento quando um usuário de drogas, já que não é incomum a gente ver alguém alcoolizado ou mesmo drogado com crack, uma cocaína. Já foi feito o atendimento aqui diversas vezes, pacientes que vêm de uma noitada dessas aí e vêm pra cá com um quadro de alteração de comportamento nítido (...) e de vez em quando a gente tem alguma confusão em função disso, né!?”*

Em seu livro sobre aids e drogas injetáveis, Francisco Inácio Bastos (1996b) desenvolve uma análise da expansão da epidemia de HIV/aids no Brasil, analisando, por um lado, as particularidades sociais e culturais do uso de drogas injetáveis na sociedade brasileira, e por outro, mostrando a relação entre modelos internacionais de tráfico e consumo de drogas, o uso de drogas injetáveis e, especificamente, o compartilhamento de seringas, com as transformações na forma e na expansão da epidemia da aids no Brasil. O autor apresenta argumento a favor do que se tem denominado como estratégia de redução de danos, defendendo que esta é a maneira mais efetiva de prevenir a continuação da expansão do vírus HIV pelo uso de drogas injetáveis.

O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais de saúde acolham e conversem abertamente com os pacientes sobre o uso de drogas, sem julgamentos, para que estes falem sobre sua condição sem ser discriminados ou punidos pela mesma. É fundamental que profissional e paciente elaborem, em conjunto, estratégias eficazes no que diz respeito ao tratamento a ser implementado (Brasil, 2000). No que se refere ao contexto do uso de drogas entre idosos/as na percepção de profissionais de saúde, a pesquisa de Oliveira, Araújo e Saldanha (2006) é ilustrativa ao destacar como esse contexto aparece desassociado do universo da velhice. Dito de outro modo, o assunto “uso de drogas, emergiu não mais como uma via provável de contágio, mas sim, como um meio que não implica riscos para os idosos” (Oliveira et al., 2006, p. 146). Assim, na referida pesquisa, bem como na investigação desenvolvida nesta dissertação de mestrado, os fatores de risco, segundo os profissionais de saúde, complementam, de certa forma, a idéia proposta nos tabus que colocam o uso de drogas como algo distante dos modos de vida de pessoas idosas.

Também é importante destacar como, nos discursos sobre a aids que atravessam a fala dos/as informantes desta pesquisa, a preocupação com a incidência aparece como

algo a ser problematizado. Diferentes campos de saber, dentre os quais se podem destacar a medicina, a psicologia, a pedagogia e a psiquiatria, fabricaram importantes dispositivos por meio dos quais se processam técnicas de poder exercidas sobre as coletividades. Nesse sentido, a discussão acerca da vulnerabilidade e sua associação a esse campo acima descrito remete-nos a problematizar mais atentamente aquilo que Foucault (2010) assinala como uma das estratégias do biopoder: o controle da população.

Os governos percebem que não têm que lidar simplesmente com sujeitos, nem mesmo com um "povo", porém com uma "população", com seus fenômenos específicos e suas variáveis próprias: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, forma de alimentação, habitat. (Foucault, 2010, p. 31)

Percebeu-se, a partir do século XVIII, que o sexo era o cerne do problema econômico e político que o Estado deveria controlar e administrar: a “população”. Exigindo assim, procedimentos de gestão, como o controle da “natalidade, a idade do casamento, os nascimentos legítimos e ilegítimos, a precocidade e a frequência das relações sexuais, a maneira de torná-las fecundas e estéreis, o efeito do celibato ou das interdições, a incidência das práticas contraceptivas” (Foucault, 2010, p. 32).

As classificações etárias também determinam “formas legítimas e ilegítimas” da vivência da sexualidade, regulando os corpos, ditando as formas de relacionamento, estipulando limites, delimitando identidades e estilos de vida (González, 2007). “As diferenciações etárias entrariam, portanto, também no regime de disciplina dos corpos onde estaria em jogo não só a vigilância e o controle do comportamento sobre as identidades sexuais (...), mas também de uma sexualidade própria das idades” (Silva, 2009, p. 28). Ainda segundo Foucault:

É verdade que já há muito tempo se afirmava que um país devia ser povoado se quisesse ser rico e poderoso. Mas é a primeira vez em que, pelo menos de maneira constante, uma sociedade afirma que seu futuro e sua fortuna estão ligados não somente ao número e à virtude dos cidadãos, não apenas às regras de casamentos e à organização familiar, mas à maneira como cada qual usa seu sexo. (Foucault, 2010, p. 32)

O sexo não deixou de ser discutido, mas passou a ser dito de outra forma, por certo tipo de instituições, a partir de determinados pontos de vista e objetivos (Foucault, 2010). Assim, as concepções acerca dos diferentes contextos de vulnerabilidade estão atravessadas por outras concepções que traduzem estratégias governamentais de controle da epidemia, tendo a população como alvo de investimento, como, por exemplo, as estratégias de distribuição gratuita de preservativo, das campanhas governamentais de prevenção, etc. Esse campo de enunciações permite constatar, como afirma Elizabete Franco Cruz, que “a alta incidência da infecção pelo HIV aparece ligada, portanto, ao (des)controle da epidemia, como que num aumento incontável de algo que escapa à normatização dos corpos e ao controle da vida” (Cruz, 2007, p. 370).

O conceito de “educação bancária” descrito por Freire (1989), no qual informações definidas como proeminentes pelo educador são “depositadas” no indivíduo que deve consumi-la, é lembrado por Paiva (2002) ao fazer uma comparação com a forma na qual grande parte das ações de prevenção ao HIV e assistência ao portador vêm sendo conduzidas no país:

Ou é um cliente de oficinas e grupos de apoio organizados para “modelar” novos comportamentos e rever práticas definidas a priori como pouco saudáveis. O consumidor deve aprender a usar adequadamente os produtos (preservativos, scripts de sexo seguro, medicação) e conseguir realizar os comportamentos que devem ser treinados. O pressuposto, mesmo que inconsciente, é de que o produtor sabe o que é mais adequado e aceitável para “todos”, e age com a pressa e boa intenção de quem não quer correr o risco (público) de que o consumidor não realize o que se espera dele. (Paiva, 2002, p. 32)

Freire (2000) defendeu a idéia de que ninguém consegue ensinar nada a ninguém, uma vez que o conhecimento deve ser compartilhado e discutido entre todos. De acordo com Ayres (2002) muito tempo já foi investido em tentativas de “ensinar” às pessoas o que é o HIV/aids, as formas de prevenção, dentre outros. Contudo, é possível perceber que tais estratégias educativas não conseguem abarcar as complexas dimensões do problema. “É como atirar pedras em lagos escuros” (Ayres, 2002, p. 16).

Segundo Seffner (2002) as ações de prevenção são consideravelmente político-pedagógicas, situadas no campo da educação. Assim como na fala da profissional de saúde citada anteriormente, esse autor afirma ser comum ouvirmos afirmações do tipo “é tudo uma questão de educação”, o que acaba muitas vezes por levar a uma concepção

de que “tudo” tenha que se tornar uma disciplina escolar, como por exemplo, disciplina no trânsito, direitos humanos, dentre outras questões. Contudo, é importante refletir que os processos de aprendizado podem ocorrer em diversos locais e contextos, não se restringindo ao ambiente escolar.

Seffner (2002) considera que tais processos educativos formam identidades. “A educação é entendida então como atividade construtora, não simplesmente mediadora, ela constrói identidades” (Seffner, 2002, p. 29). Ainda segundo o autor, falta no Brasil uma maior problematização e politização das ações de prevenção. Em outras palavras, muitas das campanhas preventivas têm objetivado a formação de “consumidores de camisinha”, e não de sujeitos conscientes e autônomos em suas decisões em saúde. A aids continua sendo percebida por muitos, através do viés médico e a prevenção, como uma atitude de caráter individual (Seffner, 2002). “Politizar o processo de educação implica também lidar com a história, em nosso caso a história das práticas, dos conhecimentos, dos juízos de valor, das verdades de cada época relativas à sexualidade” (Seffner, 2002, p. 30).

Pensando nas verdades de cada época e em juízos de valor, como nos aponta Seffner (2002), os/as profissionais entrevistados/as fizeram associações entre vulnerabilidade e modos de vida dos sujeitos. Tais associações, muitas vezes acabam por estigmatizar e culpabilizar tais indivíduos por suas práticas. De acordo com Paiva et al. (2001), a infecção pelo HIV ainda segue sendo associada por muitos, a condutas “promíscuas” e a vida afetivo-sexual das pessoas vivendo com HIV/aids segue desconsiderada ou reprimida. Ainda de acordo com esses autores, nos centros de referência em HIV/aids, é possível reconhecer profissionais que designam valores e significados para o sexo e para a aids, em sua maioria conservadores, estigmatizando aqueles/as que agem de formas diferentes da sua. Até mesmo profissionais mais abertos à diversidade, muitas vezes reconhecem o não uso da camisinha como uma irresponsabilidade, que acaba por culpabilizar aqueles que não absorvem “adequadamente” os guias de prevenção, como se adotar práticas seguras dependesse somente da vontade e da razão informada (Paiva, et. al, 2001). De acordo com Camargo Jr.:

A Aids é duplamente desconfortável para a maior parte dos médicos, em primeiro lugar porque os coloca em frente a questões tabus como a sexualidade tida como desviante ou o uso de drogas ilícitas, questões para as

quais não se encontram preparados, uma vez que até então elas não vinham sendo objeto de reflexão para o saber da medicina. Em segundo lugar, a informação sobre o modo de contágio depende única e exclusivamente da informação dos pacientes (...) o único referencial para possíveis contágios, desde o início da epidemia, é a palavra do paciente, no qual usualmente o médico não confia, por supor que o mesmo sempre mente, omite ou se equivoca. (Camargo Jr., 1994, p. 47)

Pensando na assistência às pessoas vivendo com HIV/aids, o avanço na medicalização antiretroviral e sua oferta gratuita foram citados como fatores positivos no que se refere ao aumento da sobrevida do paciente soropositivo, além da melhoria em sua qualidade de vida. O envelhecimento da epidemia foi elucidado como estando relacionado a esse avanço, uma vez que os/as entrevistados/as, principalmente aqueles/as pertencentes ao SAE, percebem que há um considerável número de pacientes soropositivos, que atualmente adentram na terceira idade justamente pelo fato de terem sua sobrevida aumentada com o uso dos antiretrovirais.

Segundo Dourado, Veras, Barreira e Brito (2006) a oferta da terapia antiretroviral (TARV) acrescida das ações de prevenção e controle da infecção pelo HIV, tem resultado em alterações no padrão da epidemia de aids. O Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a proporcionar o acesso universal e gratuito aos medicamentos antiretrovirais, através do Sistema Único de Saúde (SUS), como já dito anteriormente, a partir de 1996. É importante lembrar que o ativismo das ONG/Aids e o empenho dos profissionais de saúde foram fundamentais nesse processo, e que o papel do movimento social tem sido muito importante para a sustentabilidade dessa medida.

Em mais de dez anos da implementação dessa política, foram conquistados consideráveis progressos: estima-se que no período entre 1996 e 2002 houve redução de 50% na mortalidade e de 70% da morbidade dos casos de aids no Brasil (Brasil, 2007b). E ainda, apesar de o número de internações por aids no SUS não ter reduzido ao longo do tempo, o número de internações das pessoas em uso da TARV diminuiu. A taxa de hospitalizações por aids por paciente em terapia uso de ARV no Brasil era de 63% em 1998; em 2004 caiu para 26% (PNDST/Aids/MONITORAIDS).

O fato é que a terapia combinada ocasionou uma verdadeira revolução na vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Apesar de alguns incômodos, como efeitos colaterais que podem vir a ocorrer com o paciente, ela resultou no aumento da sobrevida

e diminuição dos casos de doenças oportunistas. As pessoas passaram, então, a deixar um pouco de lado a idéia de morte, e a retomar seus planos de vida (Bastos, 2006). Nas palavras de Ayres (2002) “a perspectiva de poder se tratar e/ou conter o avanço da infecção é um estímulo a que cada vez maior número de pessoas, e mais precocemente, se preocupem com sua condição de saúde, procurem os serviços e permaneçam aderidos a seus cuidados” (p. 13).

Portanto, tal avanço proporcionou às pessoas portadoras do vírus viver por mais tempo, chegando muitas vezes, na terceira idade. Porém, como considera Prilip (2004), há idosos/as que adentram na terceira idade com o vírus, e outros/as que contraem o HIV após os 60 anos, o que deixa claro a necessidade de implementação de políticas públicas eficientes tanto no que se refere à assistência, quanto à prevenção desse público.

Outra questão interessante que deve ser problematizada a partir da análise dos enunciados que atravessam as falas dos/as profissionais de saúde entrevistados/as é acerca da medicalização como dispositivo de biopoder, e nesse caso, o efeito dos avanços tecnológicos se processa não apenas para as pessoas que vivem com HIV, mas também para as pessoas que envelhecem. A medicina e a farmacologia se constituem como técnica (bio)política de intervenção, com efeitos de poder próprios. Medicina e Farmácia forjam dispositivos de saber-poder que incidem sobre os corpos e sobre a população. Investem, ao mesmo tempo, em cada organismo e seus processos biológicos, cada subjetividade e seus processos psicológicos e na população e seus processos sociais. Dispositivos de saber-poder com efeitos disciplinares e, sobretudo, regulamentadores. A ordem disciplinar do corpo, seus usos e prazeres, bem como os efeitos deles decorrentes, passam a ser controlados na sociedade normativa (Foucault, 2010).

Ainda com relação aos avanços da terapia antiretroviral, alguns profissionais referenciaram a aids como uma doença crônica, uma vez que atualmente as pessoas soropositivas que fazem o acompanhamento clínico vivem por muitos anos e com qualidade de vida. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir do surgimento da TARV, passou a incluir a aids na categoria das “condições crônicas”, enquanto doença tratável e clinicamente “manejável”.

O médico infectologista do SAE complementou esse assunto afirmando a importância de se pensar na aids como uma doença crônica, até mesmo para diminuir o choque dos pacientes que recebem o diagnóstico, contudo, considera fundamental que

essa comparação seja feita com cautela para que a problemática da aids não seja banalizada. De qualquer modo, é importante que profissionais da saúde, não apenas da medicina, mas todos que compõem as equipes interdisciplinares dos serviços pesquisados, possam compreender as dimensões bio-médicas, econômicas e sociais da transmissão do vírus HIV.

Como pontos negativos referentes ao HIV foram citados fatores como a não adesão ao tratamento por parte de muitos indivíduos, a ausência do uso de preservativo ainda observada, questões referentes ao estigma e preconceito que rondam o imaginário das pessoas quando se fala em aids, questões de gênero, além de outros aspectos sociais, como os dilemas da religião católica acerca do uso do preservativo.

Maria, SAE- “O processo de adesão também é complicado neh!? É uma coisa que você vai ter que tomar para o resto da vida. Tem todo o processo de adesão, de aceitação da doença. E às vezes a pessoa tá bem, e não toma os remédios por causa dos efeitos colaterais. Por mais que a gente oriente aqui, têm muitos casais que não usam o preservativo. Às vezes não usam falando que é prova de amor”.

Joana, SAE- “As pessoas não aderem né!? Existe uma dificuldade de adesão muito grande, e aí é que entra assim essas questões sociais, porque a gente se depara com muitas pessoas assim, com muita falta de informação, com pessoas, assim que faltam o básico, que não tem o que comer, que não tem leite para dá para a criança neh!? (...) muitas pessoas que têm o hábito, que já trazem uma história de drogas, de uso abusivo de drogas, neh!? Então, são pessoas que assim, que vão ter uma dificuldade maior de tá aderindo, sabe? (...) Uma outra coisa que me veio aqui agora e que eu esqueci de falar é essa questão do preconceito neh, do isolamento social. Então, assim, falou de morte e sexualidade neh, que são dois tabus, então acho que por isso que as pessoas sofrem tanto”.

A adesão ao tratamento é uma questão muito importante a ser discutida no âmbito da aids, uma vez que esta envolve vários fatores. Segundo Torres (2006) a efetividade do tratamento com os antiretrovirais demanda alto grau de adesão. Tal eficácia está vinculada a um processo dinâmico e contínuo, que envolve profissionais de saúde, a rede social, o indivíduo soropositivo, entre outros atores sociais (Schaerich & Motta, 2006).

Apesar de todo avanço conseguindo com a TARV, D. F. Santos (2007) destaca que o tratamento com antiretrovirais também ocasiona algumas dificuldades, “um preço a ser pago”, não “apenas à complexidade dos esquemas prescritos (com três ou mais medicações diárias), mas também ao aparecimento de efeitos colaterais, que podem ser

apenas transitórios e sintomáticos, como náuseas, passando por alterações do sistema nervoso central até modificações corporais (lipodistrofia)” (pp. 61-62).

Por isso, é fundamental perceber que o tratamento não deve ser limitado à prescrição de medicamentos, uma vez que a percepção dos aspectos subjetivos do paciente soropositivo é essencial para a promoção eficaz da adesão ao tratamento (Torres, 2006). Assim sendo, ainda de acordo com a autora:

é importante que a expressão "*adesão ao tratamento*" seja entendida como uma atividade conjunta na qual o paciente não apenas obedece a orientação médica, mas entende, concorda e segue a prescrição estabelecida pelo seu médico. Significa que deve existir uma "aliança terapêutica" entre médico e paciente, na qual são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos que estão envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento. (Torres, 2006, p.10)

As dificuldades associadas ao uso da TARV fazem com que muitos/as pacientes abandonem o tratamento. Todavia, o uso irregular da medicação pode fazer com que o vírus fique mais resistente a anti-retrovirais de mesmo grupo farmacológico, além da perda da efetividade do tratamento, constituindo um grande problema para a saúde pública (Torres, 2006). Leite e Vasconcelos (2003) consideram que a não-adesão ao tratamento pode estar associada a fatores como: dificuldades de acesso ao medicamento; grande prescrição de medicamentos, ou tratamentos muito longos, que acabam por atrapalhar a rotina do/a paciente; a forma pela qual o indivíduo se percebe perante a doença, ou ausência de sintomas; falta de um diálogo próximo da realidade do/a paciente, e falta de confiança frente à equipe de saúde.

Como ilustrado na fala dos/as profissionais, ainda há uma grande dificuldade de adesão, que envolve diversos fatores sociais, como por exemplo, níveis de instrução e acesso a recursos socioeconômicos. Em estudo realizado por Carvalho, Duarte, Merchán-Hamann, Bicudo e Laguardia (2003), também puderam ser encontradas considerações nesse sentido uma vez que, dentre os principais fatores associados ao nível de adesão estavam, escolaridade, situação de emprego, rendas pessoal e familiar, uso de substâncias ilícitas, estrutura familiar e/ou comunitária. Tal pesquisa concluiu que variáveis sócio-econômicas desfavoráveis, estão fortemente relacionadas a um menor nível de persistência no tratamento. Dentre os fatores que facilitam a adesão ao tratamento, foram destacados, a ausência de efeitos colaterais ocasionados pela

medicação, a quantidade de medicamentos a serem ingeridos por dia, além do número de vezes (Carvalho et al., 2003).

Segundo o Programa Nacional estratégias como o aumento de informações, grupos de adesão, atendimentos individuais, interconsultas e consulta conjunta, atividades de sala de espera, rodas de conversa e o tratamento diretamente observado (TOD), podem contribuir para que haja uma maior adesão ao tratamento (Brasil, 2007b).

A qualidade e acesso aos serviços de saúde também são fundamentais nesse processo. Em pesquisa desenvolvida por Nemes et al. (2009) foi constatado que em unidades com melhores indicadores de qualidade como, maior disponibilidade de recursos humanos, oferta de medicamentos e exames satisfatória, controle de abandono e de faltas, opinião do gerente sobre o desempenho da equipe, o nível de adesão à TARV foi maior do que nas unidades com piores indicadores de qualidade.

Tal estudo também destacou que os fluxogramas de assistência, na maioria dos serviços, são rotineiros, iguais para todos os pacientes, deixando de priorizar os grupos de maior risco de não-adesão (Nemes et al., 2009). Fato que também parece ocorrer na instituição pesquisada (SAE), uma vez que, apesar dos profissionais citarem as variáveis envolvidas no processo de adesão, não foi mencionado algum plano de tratamento, além do fundamental cuidado individual, que abarque os grupos de risco no que se refere à não-adesão. Alguns entrevistados/as relataram ser o processo de adesão ao tratamento uma questão menos complexa quando associada à terceira idade. Segundo estes, talvez o fato destes/as pacientes já fazerem uso de outros medicamentos favoreça a incorporação da TARV em suas rotinas. Mas é importante lembrar que o tratamento medicamentoso no público idoso apresenta algumas especificidades, que serão discutidas adiante.

O fator “discriminação” também apresenta forte influência no que se refere ao uso da medicação. Segundo D. F. Santos (2007) a não-aceitação da condição de portador de um vírus tão estigmatizante pode interferir na adesão ao tratamento. Além disso, a evolução da doença também pode alterar a auto-estima dos indivíduos soropositivos devido à lipodistrofia, questão difícil de ser absorvida pelas PVHA. Essas alterações corporais, que eram muito mais acentuadas no início da epidemia, atuam como uma forma de “marcar” a pessoa, aprofundando o estigma perante a doença.

O estigma sofrido pelas pessoas que vivem com HIV/aids ainda representa uma batalha a ser vencida no Brasil. A aids continua incitando sentimentos de vergonha,

necessitando ser ocultada. Ainda é possível perceber nos dias de hoje, que pacientes escondem sua sorologia até mesmo para os familiares, temendo algum tipo de rejeição, ou mesmo com o intuito de poupá-los do sofrimento (Santos, 2007).

Em pesquisa realizada por Carvalho, Merchán-Hamann e Matsushita (2007), que teve por objetivo, avaliar os fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-retroviral em sete centros de referência do Distrito Federal, foram descritas pelos pacientes entrevistados, diversas situações de discriminação por pessoas próximas, como amigos, família, comunidade em que reside, igreja frequentada. Situação que também se apresenta no âmbito público e nos serviços de saúde.

De acordo com Silva, Waidman e Marcon (2009) o medo do preconceito no local de trabalho é um fator que contribui para a não-adesão ao tratamento de forma correta. O paciente muitas vezes tem o receio de sua sorologia ser descoberta, e acabar perdendo o emprego. Além disso, os cuidados necessários com alguns medicamentos, como por exemplo, a necessidade de mantê-los sob refrigeração, também é um fator que pode dificultar a adesão, uma vez que nem todas as pessoas que convivem com a aids possuem este aparelho em seu domicílio. E ainda, quando há necessidade de levar a medicação para o trabalho, em muitos casos é ocasionada uma situação constrangedora uma vez que os/as colegas de trabalho poderão ficar sabendo do diagnóstico.

Soares (2002) considera que o aparecimento da aids suscitou o medo em relação à morte e associações e juízos de valores em relação ao sexo, que ainda reverberam em aspectos obscuros, proibidos e imorais relacionados à doença. Ainda segundo a autora:

Valendo-nos dessas operações discursivas e sociais – estigmas, preconceitos, estereótipos –, chegamos aos atos cotidianos de discriminação, que isolam e segregam aqueles que carregam as marcas (os estigmas) de sua condição, excluindo-os, afastando-os, desviando-os, tornando-os incompatíveis, abandonando-os, privando-os, despojando-os e, no limite, eliminando-os de fato do convívio social. (p. 42)

Assim sendo, podemos perceber que o estigma e preconceito relacionados ao HIV e às PVHA, que foram relatados pelos/as profissionais e ilustrados em pesquisas realizadas no Brasil, ocasionam diversas consequências negativas no que se refere à luta contra a aids, tanto no que tange as pessoas que vivem com o vírus, quanto nas estratégias de prevenção deste. Enquanto a aids for enunciada como a “doença do outro”, daquele que transgrediu valores morais e é culpado por sua condição, as pessoas

não reconhecerão as situações que as expõem à infecção para não se identificarem tais rótulos de desvalorização (Paiva, Pupo, & Barboza, 2006).

O uso do preservativo também sofre influências da existência de tais rótulos implementados no início da epidemia, uma vez muitas pessoas, ao não se identificarem como “ímorais” ou “promíscuas”, não se percebem em situação de vulnerabilidade e não fazem uso do códon (Nunes, 2008). Pesquisas têm demonstrado que muitos segmentos populacionais no Brasil, como jovens (Thiengo, Oliveira, & Rodrigues, 2005), caminhoneiros (Villarinho et al., 2002), mulheres em união estável (Silva, 2008), idosos e idosas (Saldanha & Araújo 2006), muitas vezes não se percebem vulneráveis ao HIV, e neste último caso, até mesmo profissionais de saúde não têm considerado o público idoso em situação de vulnerabilidade (Saldanha & Araújo, 2006).

Pensando nas relações de gênero, também citadas pelos/as profissionais entrevistados/as, diversos autores consideram que elas são “responsáveis” pelo fato de mulheres, mesmo aquelas que possuem conhecimento sobre as formas de infecção pelo vírus HIV, terem dificuldades no que se refere ao uso do preservativo (Silva, 2008; Lopes, 2010). Segundo Lopes (2010):

As mulheres são especialmente vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, em especial ao HIV/AIDS, por características histórico/sociais. Percebe-se que inúmeras são as vulnerabilidades em que as mulheres estão expostas quando se pensa em HIV/AIDS e grande parte delas se relaciona a uma trajetória histórica social. (p. 14)

Isso acontece, como afirmam Silva (2008) devido à dificuldade de negociação no que se refere ao uso do preservativo, pela idéia proteção dos relacionamentos estáveis, e/ou de amor romântico sem traições, e ainda, devido à submissão feminina pautada na questão de gênero e relações de poder. As mulheres também têm maior probabilidade de sofrer violações, de serem forçadas a manter relações sexuais contra a vontade (Silva, 2008).

Contudo, Paiva et al. (1988) ressaltam ser importante pensar nas relações de gênero e na vulnerabilidade de mulheres, porém, mais do que isso, as autoras consideram que tais problematizações devem ser pensadas não no singular, mas sim no plural, uma vez que essas relações acabam por ocasionar a vulnerabilidade tanto de mulheres, quanto de homens.

Os/as profissionais entrevistados/as, apesar de considerarem que as tramas que envolvem gêneros estão relacionadas à infecção pelo HIV, suas concepções parecem estar mais relacionadas à vulnerabilidade das mulheres, do que das pessoas do sexo masculino.

Os estigmas e preconceitos que envolvem a aids, também foram relacionados ao sigilo profissional, uma vez que a maioria dos participantes relatou manter o sigilo sobre a sorologia dos/as usuários/as e, mais especificamente no SAE, ter um cuidado com a imagem do serviço.

Segundo Discacciati e Vilaça (2001), desde o surgimento das profissões de saúde, bem como de outras áreas das ciências humanas, a ética foi representada como a base do comportamento profissional. O sigilo profissional é um dever ético que veda a revelação de assuntos confidenciais ligados à profissão, como é o caso da sorologia do paciente. Os/as profissionais de saúde devem considerar todos/as os/as pacientes como possivelmente infectados pelo HIV, adotando os procedimentos de biossegurança em todo e qualquer atendimento.

Maria, SAE- “A gente, até pra preservar o serviço, a gente não divulga que o SAE, ali na galeria, é um serviço que atende aids. Que é um serviço só de aids. Porque a gente tem um serviço muito central, e às vezes a gente até tinha problemas de alguns pacientes para entrar aqui dentro, e ter alguém conhecido que o veja entrando aqui e associe à aids. (...) alguém pergunta ‘ah, o que funciona aqui?’, aí a gente responde ‘aqui funciona a infectologia, atendimento de doenças infecciosas’”.

Apesar da questão do sigilo ser um dever do profissional em saúde e um direito do paciente, pôde ser observado na fala da cirurgiã-dentista da UAPS, certo receio em atender pessoas soropositivas, seja por dificuldades de infra-estrutura do serviço, como já discutido anteriormente, ou devido a concepções preconceituosas diante de tais pacientes. A profissional chegou a mencionar que a problemática da aids é gravíssima, uma vez que muitas pessoas omitem sua sorologia, e ainda fez uso da palavra “aidético” para fazer referência às pessoas vivendo com HIV/aids, denominação que abarca toda uma carga estigmatizante e discriminatória com relação a tais indivíduos.

Alguns estudos têm ilustrado dificuldades de PVHA em conseguir atendimento odontológico quando sua sorologia é revelada ao profissional, ou quando apresentam sinais clínicos da doença (Lopes, Pordeus, Paixão, & Discacciati, 1998; Ferreira, 1988).

Nilza, UAPS – “Gravíssima neh, mesmo porque muitos dos pacientes que a gente atende, eles não têm nem conhecimento ou omitem que tem, que são soropositivos. (...) Mas aí são pacientes já, eu felizmente aqui não tenho acesso a esse tipo de paciente. Felizmente assim, pelas dificuldades que a gente tem em manutenção de uma cadeira o mais asséptica possível neh. (...) Precisaria que tivesse um profissional inclusive da limpeza, pra que fizesse uma limpeza em todo o ambiente neh, se fosse um atendimento em rotina desses pacientes. E isso a gente não tem.

Dessa forma, pôde ser observado que o preconceito com relação ao HIV/aids é um importante elemento a ser problematizado no âmbito da saúde, uma vez que é possível perceber que o vírus HIV está envolto a uma “nuvem” de estigmas e preconceitos, que são reproduzidos tanto pela sociedade em geral, quanto pelos profissionais em saúde. Segundo Silva, Fontes, Saldanha e Araújo (2006) o estigma e o preconceito são obstáculos na luta pela prevenção e combate ao HIV/aids, colocando as pessoas soropositivas em difícil posição perante a vida. Oliveira et al. (2006) consideram que quando se trata da infecção pelo HIV na terceira idade, tais representações carregam uma carga moral ainda maior, já que a associação entre HIV e sexualidade ainda parece muito desafiadora, até mesmo para os profissionais em saúde. Em estudo realizado por essas autoras, verificou-se a associação de concepções sobre aids na velhice, por parte de profissionais de saúde, a temáticas negativas, como decepção e preconceito e práticas sexuais promíscuas, igualando o conhecimento científico ao senso comum.

Atuação Preventiva nos Serviços

As estratégias de prevenção e de promoção da saúde no Brasil se processam no âmbito das políticas públicas em saúde coletiva. Nesse sentido, é possível compreender que a saúde pública/saúde coletiva é entendida como um campo de conhecimento e de práticas organizadas institucionalmente e direcionadas à promoção da saúde das populações (Sabroza, 1994).

Desde o surgimento da aids, até os dias atuais, o Brasil desenvolveu importantes ações no campo da prevenção, principalmente, com base no referencial dos direitos humanos, sendo estas reconhecidas internacionalmente. Entretanto, ainda existem desafios de diversas ordens nesse campo, como baixa cobertura das ações de prevenção,

restrições de acesso aos insumos de prevenção, investimento insuficiente nas ações voltadas para grupos específicos (Brasil, 2009).

De acordo com a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (2009), a prevenção continua sendo a principal ferramenta de enfrentamento ao HIV no mundo. Assim sendo, é fundamental que novas tecnologias e estratégias sejam permanentemente estudadas e executadas nesse segmento, com o objetivo de ampliar a eficácia dos programas de prevenção, para que estes possam estar em consonância com as tramas que envolvem a epidemia (ABIA, 2009).

É importante contextualizarmos que as atribuições e as demandas do SAE e da UAPS se diferem, uma vez que enquanto a este último serviço é designado um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (Brasil, 2006a), ao SAE cabe a realização de assistência ambulatorial aos pacientes vivendo com HIV/aids, sendo sua qualidade assegurada pela assistência integral, prestada por equipes multidisciplinares aos pacientes e seus familiares (Brasil, 2008c). Contudo, embora haja diferenças entre os serviços pesquisados, vale lembrar que ambos devem desempenhar ações preventivas com relação ao HIV/aids.

Os/as entrevistados/as da Unidade de Atenção Primária à Saúde relataram que apesar do objetivo do serviço ser de prevenção e promoção à saúde da comunidade, existem dificuldades, tanto por parte dos profissionais quanto da população, na mudança de concepção de um modelo de atenção em saúde que sempre esteve atrelado a uma forma de atuação curativa, para a abordagem preventiva.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, a saúde é o “*recurso que permite às pessoas manter uma vida, individual, social e economicamente produtiva*”, compreendendo a promoção da saúde como:

um processo social e político, não limitado a abraçar ações direcionadas a fortalecerem as habilidades e capacidades dos indivíduos, mas envolvendo, também, ações dirigidas a mudar as condições sociais, ambientais e econômicas, de forma a amenizar o seu impacto na saúde pública e individual. (WHO, 1998, p. 01)

Dessa maneira, enquanto as ações preventivas têm como objetivo evitar o surgimento de doenças específicas, a promoção está mais voltada para o estabelecimento do bem-estar geral de pessoas e comunidades, partindo de uma concepção positiva de saúde (Czeresnia, 2003).

Segundo Traverso-Yépez (2007) desde a antiguidade, médicos-filósofos já haviam “refletido sobre a necessidade de promover saúde e, especialmente, prevenir doenças, mediante a observação da relação entre saúde e certas práticas sociais” (p. 224), contudo, eram poucos os que podiam desfrutar das estratégias de promoção desenvolvidas na época – somente a aristocracia (Rosen, 1994). No Brasil essa visão mais abrangente de saúde passou a ser observada no final da década de 1980, com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar disso, como nos diz Traverso-Yépez (2007):

até hoje, constata-se um profundo hiato entre o que está no papel e as práticas cotidianas. No caso da implementação das políticas de promoção da saúde, a dificuldade é ainda maior, como conseqüência da multiplicidade e complexidade dos aspectos envolvidos, entre esses: as desigualdades sócio-estruturais e as injustas relações de poder afetando negativamente mais de um terço da população brasileira. (p. 227)

Além desses empecilhos das desigualdades sociais no Brasil, as estratégias de promoção e prevenção no país ainda possuem outros obstáculos, como por exemplo, a hegemonia do modelo biomédico centrado na doença e não na saúde (Traverso-Yépez, 2007), citada pelos/as participantes da Unidade de Atenção Primária à Saúde.

Segundo Czeresnia (2003) o discurso científico e a organização institucional das práticas em saúde no Brasil foram construídos a partir de conceitos e práticas direcionadas às doenças, aos aspectos fisiológicos, e não à saúde e à integralidade dos sujeitos.

Apesar da implantação do Programa de Saúde da Família – PSF –, hoje Estratégia de Saúde da Família – ESF –, ter sido focada na substituição do modelo assistencial biomédico, centrado na doença, por um novo modelo em consonância com os princípios do SUS, trabalhando-se com equipes multiprofissionais, ainda é possível perceber uma grande valorização do saber médico, em detrimento aos outros profissionais. Helman (2003) considera que o jaleco branco utilizado pelos médicos

ainda simboliza confiabilidade e ciência. Nas palavras de D. F. Santos (2007) “muitas vezes acontece de pacientes ficarem bastante satisfeitos com a aquisição de uma receita, independente de usá-las” (p. 90).

São notáveis os avanços da biomedicina no âmbito da saúde mundial. Seu arsenal de medicamentos e equipamentos médicos foi de suma importância para o tratamento de doenças (D. F. Santos, 2007), porém Scilar (2005) pondera que “depois da ascensão de uma medicina exclusivamente científica, ficou clara a necessidade de uma medicina científica e social. Essa necessidade ainda não foi totalmente atendida, e permanece como o grande objetivo para os próximos anos” (p. 09).

Segundo Franco e Merhy (1999) para que haja a mudança do modelo assistencial curativo, centrado no profissional médico, é preciso refletir sobre os processos do trabalho em saúde e seus desdobramentos, construindo novas relações entre os profissionais, assim como destes com os usuários, objetivando transformá-los em sujeitos produtores do cuidado em saúde. A formação dos profissionais em saúde também é algo fundamental nesse sentido, já que, muitas vezes, esta acaba por focar uma atuação curativa, esquecendo-se dos aspectos de prevenção e promoção (Santos, 2007).

Carmen, UAPS- “A gente tenta, mas não consegue ter esse domínio, de trabalhar a promoção pra prevenção. A gente ainda tem uma coisa que vem da secretaria, a gente ainda trabalha o curativo. Suspende aí uma demanda de médico de manhã pra você ver que ‘mafuá’ que dá, sabe!? Que confusão que dá. As pessoas também ainda têm essa questão curativa da coisa. Ela não tem essa visão preventiva. Espera chegar, ficar doente, pra gente estar trabalhando”.

Quanto aos/às entrevistados/as do SAE, estes/as declararam trabalhar a prevenção ao nível da assistência, ou seja, abordando os aspectos preventivos com a população já soropositiva atendida pelo serviço. Segundo estes/as, as ações de prevenção também são feitas pelo Centro de Testagem e Aconselhamento, não sendo citadas as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Embora os/as profissionais do SAE afirmarem trabalhar os aspectos preventivos na assistência, essa não parece ser uma das atividades primordiais no serviço. Como ilustrado na fala da entrevistada, o CTA é o serviço que aborda mais as questões preventivas. Dessa forma, podemos perceber que a prevenção para pessoas soropositivas no SAE é deficitária.

Maria – SAE – *“As políticas de prevenção a gente não trabalha muito. Quem trabalha mais a nível de prevenção são os profissionais do CTA. Tanto é que quando têm essas campanhas, como a do dia 1º, a que vai ter agora do Rainbow Fest são eles que fazem, fazendo a divulgação do CTA, para que as pessoas venham fazer o teste. (...) Então esse projeto Fique Sabendo, quem trabalha mais é o pessoal da prevenção. (...) A gente trabalha a questão da prevenção dentro da assistência também.”*

Paiva (2002) considera que a prevenção no Brasil tem sido pensada para pessoas soronegativas, enquanto o debate público sobre a prevenção e o cuidado das pessoas que vivem com HIV/aids tem se tornado ausente no cenário brasileiro. Neste sentido, a noção de “Prevenção Positiva” tem sido proposta como uma das contribuições para a mudança da política brasileira de combate ao HIV, sendo definida pelo Ministério da Saúde como:

um campo de ação focado nas necessidades das PVHA e se estrutura a partir da incorporação do conceito de vulnerabilidade à dimensão do viver com HIV/Aids. Trata-se de uma política que busca promover atenção integral à saúde e qualidade de vida, tendo como referência os componentes de advocacy, mobilização comunitária, direitos humanos e integralidade na atenção nos serviços do SUS. (Brasil, 2007b, p. 01)

Segundo Camargo Jr. (2009) prevenção e assistência, além de estarem centradas em uma visão reducionista do molde biomédico, fortemente impulsionada por essa biopolítica de controle e adestramento dos corpos (Foucault, 2010), ainda são pensadas de maneiras antagônicas, o que tem ocasionado déficits na eficácia de tais ações. O autor ressalta a importância da implementação de ações intersetoriais, nas quais intervenções de prevenção sejam integradas a outras ações, como assistência social e cuidado (Camargo Jr., 2009).

Apesar de ser priorizada pelo SUS a necessidade de integração das ações de promoção, prevenção e assistência, através da pesquisa de campo, foi possível perceber que tal integração não vem ocorrendo, uma vez que os/as entrevistados/as do SAE não têm conhecimento de ações de prevenção ao HIV/aids desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Ainda no que se refere às políticas de prevenção, também pôde ser analisado pelas falas dos/as profissionais dos dois serviços que a prática do aconselhamento em DST/aids é realizada em alguns momentos. O aconselhamento é definido pela

Coordenação Nacional de DST/Aids como “Um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação” (CN-DST/AIDS,1998).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006a) a realização do aconselhamento, que pode ser realizado individualmente ou em grupos, é de suma importância na prevenção, no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST's, assim como no acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/aids, contribuindo na adoção de comportamentos sexuais mais seguros, na redução do impacto da descoberta do diagnóstico, na promoção do auto-cuidado, entre outros fatores.

Também de acordo com o Ministério da Saúde (2006a), os profissionais dessa área devem estar disponíveis para o diálogo sobre vida sexual dos usuários, demandas reprodutivas e formas de prevenção possíveis, considerando especificidades de gênero, orientação sexual, idade e estilo de vida. Dessa forma, o aconselhamento pode contribuir na prevenção, na medida em que permite a avaliação dos riscos e condições de vulnerabilidade de cada indivíduo.

A prática do aconselhamento em DST/aids relembra-nos o conceito de governabilidade, discutido por Michel Foucault. Segundo Dazzi (2000) “é possível afirmar que os dados da AIDS estão intimamente envolvidos com os programas, cálculos e técnicas para o ‘governo da alma’” (p. 03), um controle e governo sobre os corpos. Nesse processo de escuta, o indivíduo “confessa” a respeito de suas práticas sexuais, enquanto o profissional em saúde, que ocupa uma posição de poder sobre este indivíduo, de especialista no assunto, dita as normas de uma sexualidade aceita, adequada, produzindo jogos de verdade a serem seguidos.

Segundo Foucault (2010) a partir do século XVIII, ao mesmo tempo em que o sexo passou a ser mais discutido, ele era também policiado. Focos como as escolas, a igreja, a medicina, a justiça penal iniciaram discursos sobre o sexo, regendo as práticas sexuais, fixando cada um à sua forma “a linha divisória entre o lícito e o ilícito” (Foucault, 2010, p. 44).

A medicina desenvolveu desde esta época um “adestramento” dos corpos, ditando as formas pelas quais os indivíduos deveriam comportar-se, como eles deveriam exercer as práticas do “cuidado de si” (Foucault, 2010). Adestramento este que podemos perceber atualmente nas relações dos profissionais em saúde com a população.

Apesar dos princípios do aconselhamento trazerem a necessidade da troca de conhecimentos e saberes entre os indivíduos e os profissionais em saúde, podemos perceber que em muitos serviços a prática de aconselhamento não se realiza dessa forma, havendo “uma confusão entre aconselhamento e outras práticas de orientação (palestras, aplicação de questionários aos usuários, ‘conselhos’ no sentido normatizador de condutas)” (Brasil, 1999, p. 10). A recomendação do uso do preservativo, em muitas ocasiões, ocorre de maneira impositiva ao invés de ser um processo de escuta da demanda do indivíduo, sobre o que este realmente pensa sobre o seu uso. (Brasil, 1999).

Assim sendo, segundo Fairclough (2001) o aconselhamento é marcado por uma ambivalência, uma vez que possui aspectos de emancipação e dominação, influenciados pela “democratização” e “tecnologização” do discurso. Souza, Czeresnia e Natividade (2008) refletem sobre o aconselhamento em HIV/aids:

o aconselhamento é constituído por um conjunto de intervenções que busca interferir nas condutas da vida cotidiana dos sujeitos. Isso aponta para uma relação dialógica entre usuários e profissionais do serviço e sinaliza a existência de um jogo entre necessidades democraticamente contempladas e modos tecnológicos de agir. (p. 1537)

No SAE, o aconselhamento é feito com as pessoas soropositivas e, em alguns casos, com os/as parceiros/as destas. Enquanto na Unidade de Atenção Primária é realizado um grupo de direitos reprodutivos com jovens e adultos jovens, onde são abordados temas como planejamento familiar, métodos contraceptivos, prevenção à DST/aids. Além disso, em outros momentos, como a consulta médica, ou uma visita domiciliar, esses assuntos também são discutidos. Desse modo, foi possível perceber que as atividades de aconselhamento desenvolvidas pela UAPS restringem-se quase que exclusivamente às pessoas mais jovens, em idade reprodutiva, deixando o grupo idoso à parte dessa prática. No SAE existe, ainda, uma dificuldade no que se refere à adequação do tempo para o aconselhamento diante de uma demanda grande quando comparada ao quadro de profissionais do serviço. Os/as entrevistados/as consideram que o tempo acaba por ser muito reduzido para cumprir todas as expectativas, objetivos e diretrizes desse processo.

Carmen, UAPS- “Eu encaminho as pessoas para o aconselhamento. Às vezes faço o aconselhamento, neh!? (...). E quando a mulher tem algum, porque geralmente a

gente atende mais a mulher neh!? Um HPV por exemplo, aí a gente aconselha, orienta a procurar o serviço. (...). Normalmente a gente acolhe a pessoa, explica, por que por exemplo, se aparece uma DST, ou um HPV, uma herpes ou qualquer doença sexualmente transmissível, a gente faz o acolhimento, trata aquela pessoa, que geralmente é pro médico que a gente encaminha e a gente orienta a conversar com o parceiro, a procurar o serviço do CTA”.

Vilma, UAPS- “A política aqui que é contemplada que a gente tem é a parte do aconselhamento em DST e depois oferecer os exames também. Depois seria tratamento, mas aí seria já na atenção secundária, não é aqui, se acontecer. (...) e depois fazer os exames. O exame de gestante é feito aqui, agora só gestante. A gente já pede em rotina no pré-natal. Os outros a gente tenta encaminhar pro SAE, não pode ser feito aqui não. Porque lá no SAE, eles passam por uma palestra e depois fazem o exame”.

João, SAE - “Hoje eu tô assim, eu tô até atendendo desde cedo. Pacientes que eu deveria gastar mais tempo, mas eu não tenho uma opção, eu vou atender. Provavelmente tem gente aí fora que não tá marcado e não vou conseguir atender, mas (...) é uma situação às vezes difícil porque a gente fica frustrado (...). Quando a gente aqui há um tempo atrás foi marcar a consulta a cada trinta minutos, o rapaz da prefeitura não quer que você marque a cada trinta minutos, porque aí você não dá vazão (...) se eu for marcar a cada trinta minutos, eu vou atender oito pessoas”.

A política de aconselhamento, e de testagem para gestantes foi significativamente evidenciada na fala dos/as profissionais. Na Unidade de Atenção Primária, todas as mulheres grávidas passam pelo pré-natal, no qual é solicitado o teste de HIV, oferecido pelo serviço. Em caso de ser constatada a soropositividade, a gestante é encaminhada ao SAE, para que possa ter o acompanhamento necessário. Neste outro serviço, a gestante soropositiva deve ser notificada ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), assim como a criança exposta ao HIV. Essas mulheres são acompanhadas através de um trabalho de orientação, no qual são esclarecidas diversas dúvidas, como prosseguimento do pré-natal, amamentação do bebê, acompanhamento posterior da criança, dentre outras.

Maria, SAE- “Eu contemplo mais é em relação à gestante soropositiva. Nós implantamos esse programa de redução da transmissão vertical em Juiz de Fora em 97, porque até então as gestantes não eram testadas no pré-natal. Então foi feita uma capacitação com os profissionais dos PSF’s pra que eles comessem a pedir esse exame de rotina, que é o pré-natal. Então eu tenho uma participação bem ativa nessa questão. Toda gestante que passa aqui pelo SAE são encaminhadas a mim”.

Tornou-se frequente, no Brasil, o diagnóstico de infecção pelo HIV durante a gestação, em razão da solicitação dos exames sorológicos durante o pré-natal. O Ministério da Saúde preconiza que a testagem deve ocorrer no primeiro trimestre ou na primeira consulta pré-natal, sendo repetida no terceiro trimestre. A Resolução n° 1.665/2003 do Conselho Federal de Medicina, em seus artigos 5° e 6°, menciona que o médico deve realizar o aconselhamento pré e pós-teste e solicitar o teste anti-HIV durante o acompanhamento pré-natal, resguardando o sigilo da paciente e fazendo o registro de tais medidas, assim como o consentimento ou a negativa da gestante perante a realização do exame (Brasil, 2010c).

Foi possível perceber que esta política tem sido bem assimilada e desenvolvida pelos profissionais desses serviços, uma vez que a maioria dos/as entrevistados/as, quando indagados/as sobre as políticas de prevenção ao HIV nas quais atuam, fez referência às ações de aconselhamento em DST/aids, e de redução da transmissão vertical do vírus. Ao mesmo tempo, também foi observada uma grande ausência no que se refere às ações preventivas direcionadas ao público idoso. O grupo de direitos reprodutivos, no qual são abordadas as questões preventivas em relação ao HIV na unidade de atenção primária, possui participação de um público jovem, em idade reprodutiva. No SAE, as ações preventivas e assistenciais também estão voltadas aos jovens e adultos jovens.

Especificidades das Enunciações sobre o HIV na Terceira Idade

Segundo os/as profissionais, a ausência de ações preventivas direcionadas à terceira idade justifica-se pelo fato de o Ministério da Saúde direcionar as políticas de prevenção e assistência para as populações vulneráveis, não incluindo o grupo idoso nestas. Logo, a maioria das ações realizada pelos serviços é voltada a esses segmentos vulneráveis, não abarcando as particularidades da terceira idade.

Maria, SAE- “O ministério direciona as políticas para as populações vulneráveis. (...) e a terceira idade eu não sei dizer se entra nessa população vuln..., não entra nessa população vulnerável, mas o que a gente percebe com a mudança no perfil da epidemia é a pauperização, a heterossexualização, interiorização e juvenalização e a questão das mulheres”.

De acordo com o site do Ministério da Saúde, específico para a aids²⁶, as populações vulneráveis são: jovens, gays, travestis e outros homens que fazem sexo com homens, mulheres, e pessoas encarceradas. O relatório da Sessão Especial da Assembleia-Geral das Nações Unidas (UNGASS), produzido pelo Ministério da Saúde (2010a), sobre a resposta brasileira frente à aids, faz referência aos fatores relacionados à vulnerabilidade no país:

A vulnerabilidade de indivíduos e populações ao HIV, no Brasil, é fruto da combinação de muitos fatores, ligados a questões de gênero, raça e etnia, orientação sexual, renda, escolaridade, região geográfica de moradia e faixa etária, dentre outros que são agravados pelo regime de desigualdade que marca severamente a sociedade brasileira. (Brasil, 2010a, p. 34)

O Relatório destaca ações desenvolvidas com populações vulneráveis, como mulheres, gays, travestis e outros HSH, jovens, usuários de drogas injetáveis, gestantes, populações indígenas, população negra, pessoas deficientes, integrantes das forças armadas, trabalhadores de empresas, não sendo citado o público idoso. Também ressalta que, pelo fato de o vírus estar significativamente concentrado nesses segmentos populacionais, as estratégias de prevenção tentam abarcar tanto essas populações, quanto a população em geral. Dessa forma, podemos perceber que a falta de reconhecimento do Ministério da Saúde da população idosa como um segmento vulnerável ao HIV tem gerado desdobramentos na prática dos profissionais e na dinâmica dos próprios serviços, que não têm priorizado as questões relativas à vulnerabilidade de idosos e idosas.

Vale a pena destacar que os dados epidemiológicos, que são fundamentais para a implementação de ações e práticas na saúde pública, apontam um aumento expressivo dos casos de infecção pelo HIV na terceira idade, ainda com tendência a aumentar este número (Araújo & Saldanha, 2006). Enquanto em outras faixas etárias, os índices indicam certo nível de estabilização, entre o público idoso tais índices vêm crescendo alarmantemente. Apesar disso, ainda é possível observar uma carência no que se refere às políticas de prevenção e assistência em HIV/aids direcionadas especificamente ao público idoso.

²⁶ Site: www.aids.gov.br

A maioria dos/as entrevistados/as também relatou não ter conhecimento de nenhuma política específica para os/as idosos/as, outros têm conhecimento das campanhas que foram direcionadas a homens e mulheres idosas, no entanto, consideram que foram ações muito pontuais e que não tiveram a continuidade necessária.

João, SAE- “Não tem, assim, um política fortemente, né? Você vê há uns dois, três anos atrás o governo andou fazendo algumas campanhas de divulgar a importância do idoso pra se evitar um risco. Não passa muito disso. Faz campanha de prevenção muito específica, muito determinada por eles, então, e você fica na dúvida se gasta inclusive bem o dinheiro nesse sentido, assim. Vai causar um impacto, gasta um dinheirão e de repente não vai. Tem muita política que pra você ter ela dando resultado, você tem que fazer ano após ano, ano após ano, ano após ano, entendeu?”

Pensando na realização de ações descentralizadas, no SAE, determinados profissionais afirmaram que apesar de terem observado o aumento de casos de HIV na população idosa, esta ainda não representa a maioria dos usuários atendidos no serviço, portanto ainda não foi desenvolvida nenhuma atividade de prevenção ou assistência específica para esse grupo. Na UAPS, a maioria dos entrevistados disse não ter percebido o aumento da infecção de idosos/as, e que raramente abordam a temática da sexualidade com estes.

Maria, SAE – “Aumentou, mas não é a maioria da nossa população, entendeu? Nossa população aqui no SAE, o idoso ainda é uma população pequena em relação a essa faixa que está em idade reprodutiva. Eu percebo muito a juvenilização”.

Luisa, UAPS- “Olha, não tem muita demanda nesse sentido do idoso me procurar pra poder responder alguma questão relativa a isso, DST/aids. O público que mais me procura pra poder saber é o público mais jovem. Então deve ter alguma demanda dentro da área clínica. Eu acredito que sim. Mas por exemplo, quando a gente faz uma visita domiciliar no sentido da busca ativa, nós também não procuramos o idoso. Sempre a busca ativa são adultos jovens”.

Vilma, UAPS- “Assim, a maioria das vezes os idosos não entram em detalhe. É muito difícil a gente falar, conversar com o idoso sobre sexualidade. Agora você tá até me chamando atenção. Eu acho que eu nunca, raramente tenho algum idoso que venha aqui pra falar, discutir esse assunto, sexualidade. A maioria deles vem, igual eu te falei, questão de tratamento: pressão alta, diabetes, entendeu. Então é muito raro eu abordar até esse assunto aqui com eles, mas com relação, quando é necessário a gente faz do mesmo modo neh!? É o aconselhamento, tudo igualzinho, sem distinção. Pelo menos a gente aqui, sem distinção de idade neh!?”

No período de 1999 a 2004 foram notificados 386 casos de aids em idosos no Estado de Minas Gerais (Programa Nacional DST e AIDS, 2004). Em Juiz de Fora, os dados epidemiológicos indicam que, de 1986 a 1996 foram notificados 7 casos em mulheres acima de 50 anos, enquanto de 1997 a 2007 esses números subiram para 38. Em relação aos homens, de 1986 a 1996 eram 32 notificações, e de 1997 a 2007 os casos notificados chegaram a 99 (Prefeitura de Juiz de Fora/Programa Municipal de DST/Aids, 2009). É fundamental ser ressaltado que a sub-notificação de casos acima de 50 anos pode variar em até 65% no Brasil, podendo-se estimar que esse número seja bem maior (Oliveira & Cabral, 2004). Além disso, esses dados não expressam o número real de idosos HIV positivos, mas sim, o número de idosos/as com aids notificados, uma vez que a notificação é baseada nos casos sintomáticos, mascarando assim uma grande parcela de idosos infectados com o vírus. Também é importante destacar que, pelo fato de Juiz de Fora ser considerada como referência para as cidades da Zona da Mata, tanto na dispensação de antiretrovirais quanto em assistência ambulatorial ao paciente portador de HIV/aids (Reis et al., 2008), o número de idosos/as atendidos pelo Serviço de Assistência Especializada da cidade provavelmente atende a um número ainda maior de pacientes da terceira idade. Portanto, podemos perceber que a demanda de idosos/as soropositivos é existente, e poderia ser ainda maior se a sub-notificação dos casos nessa faixa etária não fosse tão alta.

Lisboa (2007) ressalta a importância de esses números serem reconhecidos e tornados visíveis, dando voz e vez à cidadãs e aos cidadãos idosos/as para que falem de suas demandas, dúvidas, necessidades próprias de seu momento de vida. Dessa maneira, poderão surgir idéias para ações que tragam informações sobre as formas de prevenção e que possam resultar na adoção de práticas de auto-cuidado mais efetivas e adequadas por parte desse público, diminuindo com isso o surgimento de novos casos de infecção pelo HIV.

Também foi possível perceber na fala de alguns/mas profissionais que estes/as consideram que a atuação tanto na prevenção quanto na assistência aos/as idosos/as deve ser conduzida da mesma forma como atuam com outras faixas etárias, apesar de enunciarem especificidades sobre a vivência da sexualidade na terceira idade.

Lúcia, SAE – *“Eu não acredito que tenha que haver uma informação específica pra terceira idade, o que a gente espera é que uma pessoa de sessenta anos consiga entender a mesma fala que um adulto e um adolescente. Eu não vejo... igual, pra*

criança você tem que ter um vocabulário diferente. Agora, será que vai ter que ter um vocabulário diferente pra idoso?”

Sobre a assistência em saúde na velhice, apesar do Brasil ser um país no qual sua população vem envelhecendo a passos largos, Veras (2003) considera que é necessária uma (re)organização dos modelos assistenciais nessa faixa etária. Segundo esse autor, apesar de haver uma grande demanda de idosos nos serviços de saúde, existe uma expressiva carência de profissionais bem preparados e com formação específica no que se refere ao público idoso. A própria Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) reconhece que existem pouco mais de 500 médicos especialistas em geriatria, ou seja, na grande maioria das vezes, o profissional que faz o atendimento ao/à idoso/a não é o geriatra, uma vez que este profissional é praticamente inexistente (Veras, 2003).

É possível que a fala destes/as informantes seja produto do próprio contexto, que (re)produz a lógica da não valorização da atenção às pessoas idosas. Veras (2007) ressalta que existe muita desinformação, preconceito e desrespeito no que se refere aos idosos e idosas, unido ainda a uma precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas desse grupo etário.

Assim sendo, a autora destaca a importância e urgência de que, diante da nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira, ocorram mudanças e inovações nos modelos de atenção à saúde da população idosa brasileira, com a finalidade de garantir a efetividade do sistema e a qualidade de vida deste público (Veras, 2007).

Apesar de Camacho e Coelho (2010) ressaltarem que os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na rede de atenção básica, que estão na “linha de frente” dos cuidados com a saúde, serem atores fundamentais nesse contexto, e a importância de que estes sejam alvo de treinamento e capacitação diferenciada para se adequarem às necessidades da população idosa, foi possível perceber certo despreparo dos/as entrevistados/as da UAPS no que se refere ao atendimento desse público, inclusive quando o assunto é sexualidade.

Carmen, UAPS – *“A gente ainda tem essa dificuldade de atender o idoso. De todas as maneiras, de todas as formas, porque o idoso é uma pessoa mais vulnerável, uma pessoa mais frágil. E a gente, na nossa formação, muito raro a gente atender, ter essa informação, vamos dizer assim, ter esse conhecimento”*.

Os/as participantes enunciaram alguns fatores que, na concepção deles/as, fazem com que os/as idosos/as estejam vulneráveis ao HIV. As dificuldades do uso do preservativo na terceira idade, por exemplo, foram elucidadas pela maioria dos/as profissionais como um dificultador na prevenção desse público. Segundo os/as entrevistados/as, além de o idoso não ter iniciado sua vida sexual com a prática do uso do preservativo, a possível dificuldade de ereção que pode ocorrer nessa faixa etária faz com que o homem tenha o receio de que o preservativo prejudique seu desempenho. O Viagra foi referido como um gatilho na continuação da sexualidade dos idosos, porém, muitas vezes, segundo os/as profissionais, este vem sendo utilizado na prática de relações extraconjugais.

Vale destacar que apesar dos/as entrevistados/as terem relatado tais situações, foi possível compreender que essas são mais concepções que estes/as possuem a respeito dos contextos de vulnerabilidade que envolvem a terceira idade, do que algo que eles/as realmente presenciam na prática, uma vez que como pôde ser percebido, e será melhor discutido posteriormente, tais profissionais, principalmente aqueles/as que atuam na Unidade de Atenção Primária à Saúde, raramente abordam as questões relativas à sexualidade e seus desdobramentos com idosos/as.

As relações de gênero também foram lembradas, uma vez que, de acordo alguns/mas profissionais, os idosos consideram que a camisinha diminui o prazer, e a mulher ainda tem certa dificuldade na negociação do uso do preservativo masculino com o parceiro.

Joana, SAE- “Eu acho que a fala da cultura da camisinha neh!? Essa questão da...da ereção, porque assim até os homens mais jovens eles falam isso, que eles têm dificuldades as vezes, alguns né, de usar o preservativo que na hora de colocar o preservativo eles perdem a ereção. Então nos casais mais velhos pior ainda né!? (...) essa falta de cultura de usar preservativo, essa questão da potência e tal, a dificuldade de usar, de inserir isso”.

Maria, SAE- “Entre o sexo feminino e o masculino eu acho que as mulheres estão bem mais vulneráveis em relação aos homens. A questão de usar o preservativo, neh!? Que é o que eu percebo aqui, que eles têm muita dificuldade de tá usando, e geralmente não usam”.

Carmen, UAPS – “Eu acho assim, que o pessoal da terceira idade ainda tem aquela cultura antiga de não usar preservativo, que acha que é bobeira. Eu acho que mais que ta aumentando os casos por causa disso. Porque eles são contra o uso da camisinha. Pra colocar isso na cabeça deles é complicado”.

Essa, com certeza é uma questão importantíssima a ser discutida no âmbito da prevenção e da assistência aos idosos e idosas, já que, como discutido anteriormente na revisão teórica, os condicionantes de gênero ditam formas pelas quais homens e mulheres devem agir, atribuindo diferentes posições sociais ao feminino e ao masculino, que, como Paiva et al. (1998) consideram, acabam por ocasionar a vulnerabilidade tanto da mulher, quanto do homem. E ainda, como afirma Negreiros (2004), os/as idosos/as de hoje, que vivenciaram mais fortemente relações de poder homem-mulher, principalmente no tocante à visão da sexualidade e do trabalho e até mesmo relações mais próximas e simétricas, tendem a repetir mais significativamente tais conjunturas vivenciadas ao longo de suas vidas.

Além disso, as especificidades de gênero são marcadores importantes no que se refere à prevenção. Segundo Lopes (2010) as mulheres são especialmente vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis, devido a características histórico/sociais. Para Silva e Vargens (2006) a difícil negociação do uso do preservativo com o parceiro, a idéia de imunidade quando se tem um relacionamento estável, através da crença de amor romântico, e a submissão feminina pautada na questão de gênero e nas relações de poder, são fatores que aumentam a vulnerabilidade das mulheres ao HIV. A mulher tem um histórico de opressão e poder subjugado nas relações afetivo-sexuais, histórico este que ainda apresenta reflexos, uma vez que, em muitos relacionamentos ela acaba por submeter-se às escolhas, decisões ou desejos do parceiro. São também as mulheres que sofrem mais violações, são mais coagidas a manter relações sexuais contra a vontade, seja dentro de relações duradouras, relações casuais, ou até mesmo comerciais, no caso das profissionais do sexo (Silva & Vargens, 2006). Tais conjecturas são mais “aceitas” por muitas mulheres idosas, visto que vivenciaram um período no qual o homem era criado para desempenhar seu papel reprodutor, cabendo à mulher a dedicação com a família e a procriação.

Quanto ao homem, é possível perceber que as relações de gênero demonstraram a sexualidade masculina como um impulso biológico instintivo, inclusive podendo entregar-se a diversões noturnas e prazeres extra matrimoniais (Borrelli, 1998). Mais que isso, os idosos possuem ainda muita resistência no que se refere ao uso do preservativo (Giraud, 1995; Gorinchteyn, 2009) seja por não terem iniciado suas vidas sexuais com a cultura do preservativo, por não se perceberem vulneráveis à contaminação pelo HIV, ou por medo de comprometer seu desempenho sexual, dentre outros fatores.

E, como considera Lopes (2010), por ser o preservativo um objeto de poder masculino, uma vez que seu uso parte de um poder decisório predominantemente masculino, a mulher que é subordinada a tal situação de não uso do preservativo, encontra-se em posição de vulnerabilidade frente ao HIV/aids. Também é importante ressaltar que a ausência de negociação do uso do preservativo em relacionamentos estáveis e duradouros é menos presente quando relacionada aos relacionamentos ocasionais (Linsk, 1994; Ory & Mack, 1998; Lopes, 2010).

Em estudo realizado por Lopes (2010) com o objetivo de descrever o processo de vulnerabilidade auto referido por 256 mulheres com 60 anos e mais em relação ao HIV/aids a partir de suas atitudes sexuais, foi possível perceber que 90% dessas idosas consideram normal praticar sexo na terceira idade, e embora a maioria seja bem informada acerca dos métodos de prevenção ao HIV/aids, 67,4% respondentes afirmaram não fazerem uso do preservativo em suas relações sexuais.

Assim sendo, podemos perceber que o fato das mulheres terem informações ou se acharem susceptíveis ao HIV, nem sempre justifica a negociação da prevenção em suas relações sexuais (Alves, Kovacs, Stall, & Paiva, 2002, Lopes, 2010). Segundo Barbosa (1999) e Villela (1999) é preciso que as mulheres se sintam no direito de negociar o uso do preservativo e encontrem maneiras de agir como “sujeitos sexuais”, para que seus direitos sejam respeitados. Nas palavras de Lopes (2010):

A prevenção ao HIV/AIDS em mulheres com 60 anos ou mais deve incluir, além de estratégias de repasse de informação e de cuidados, saúde sexual e reprodutiva, estratégia de fortalecimento individual, reforço na auto estima e estímulo a autonomia de uma forma geral. Ou seja, deve-se investir no *emponderamento* destas mulheres a fim de que elas se tornem sujeitos ativos no processo de mudança e se encorajem na tomada de decisões acerca de suas escolhas. (p. 87)

O uso do preservativo feminino foi lembrado por poucos/as profissionais como uma alternativa frente à resistência masculina ao uso da camisinha. Segundo Stein (1990) por ser um dispositivo de prevenção sob controle da mulher, o preservativo feminino é uma estratégia para ampliar as opções de proteção das mulheres, contudo, as falas trazidas pelos/as entrevistados/as ilustram que essa tecnologia parece ainda não ter sido bem incorporada nas ações de prevenção tanto da UAPS quanto do SAE pesquisados.

Após ser comercializado em vários países da Europa e nos Estados Unidos no início da década de 90, o preservativo feminino começou a ser comercializado no Brasil em 1997, quando seu registro foi obtido junto à Vigilância Sanitária, e, a partir do ano 2000, o Ministério da Saúde passou a fornecer esse insumo para as Secretarias Estaduais de Saúde para ser distribuído a mulheres de populações consideradas prioritárias para a prevenção das DST/Aids, que seriam: profissionais do sexo; mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual; mulheres soropositivas e parceiras de homens soropositivos (MVHA); usuárias de drogas e parceiras de usuários de drogas injetáveis; mulheres com DST e de baixa renda, usuárias dos serviços de atenção à saúde da mulher (Barbosa & Perpétuo, 2009).

Apesar da Sistemática de Disponibilização do Preservativo Feminino (SDPF), ser uma estratégia importante para o fortalecimento da autonomia, visando à prática do sexo mais seguro, é possível perceber que existem fatores que influenciam negativamente na obtenção desses objetivos (Barbosa & Perpétuo, 2009). Em estudo realizado em 2004 pelo Programa Nacional, por meio do Estudo da Política de Distribuição e Acesso ao Preservativo Feminino (Perpétuo, Abreu, & Perpétuo, 2005), pôde ser observado que muito embora exista uma logística que visa a garantir a disponibilidade do preservativo feminino onde ele se faz necessário, não se conseguiu garantir a existência do insumo nas unidades executoras na quantidade suficiente ou de forma constante, além disso, nos serviços onde o preservativo feminino é oferecido parece não haver uma preparação dos/as profissionais de saúde para trabalhar com essa possibilidade preventiva. O estudo demonstrou que por mais que o insumo esteja sendo oferecido em alguns serviços, existe uma carência no que se refere às ações educativas que ofereçam um suporte satisfatório à mulher.

Em pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/Aids, foi constatado que em 2005, somente 5% dos homens e 3,5% das mulheres referiram uso do preservativo feminino alguma vez na vida, percebeu-se ainda, que com o aumento da idade, esses índices são ainda menores (Berquó, Barbosa, & Lima, 2008). Em 2008, na pesquisa sobre comportamento, atitudes e práticas (PCAP), observou-se um aumento no uso do preservativo feminino, 6,7% das mulheres e 7,6% dos homens relataram já ter feito uso desse insumo (Barbosa & Koyama, 2008).

Segundo Barbosa e Perpétuo (2009) apesar desse aumento, o pequeno número observado de usuárias do preservativo feminino permite afirmar que esse item não faz parte do cotidiano das mulheres em geral. Ainda de acordo com as autoras:

De qualquer forma, é fato que o preservativo feminino não conseguiu ocupar o lugar de destaque inicialmente imaginado, como alternativa de proteção para as mulheres. Além da pequena cobertura populacional, é possível sugerir também que, entre as usuárias do condom feminino, apenas um pequeno número de relações sexuais é protegido por seu uso. (p. 143)

As características peculiares do preservativo feminino, como a disponibilização restrita, devido à sua produção limitada e seu elevado custo, fazem com que essa estratégia de enfrentamento ao HIV encontre desafios tanto operacionais quanto estratégicos (Barbosa & Perpétuo, 2009). Além disso, como dito anteriormente, a falta de preparo dos/as profissionais de saúde para realizar discussões com os/as usuários/as a respeito do uso do preservativo e de suas vantagens, faz com que seu uso seja limitado. No caso dos/as idosos/as foi possível perceber a importância da inserção dessa tecnologia, uma vez que os homens idosos possuem diversas resistências no que diz respeito ao preservativo masculino. Contudo, o que pôde ser observado foi que o uso do condon feminino ainda não foi bem assimilado tanto pelos/as profissionais de saúde, quanto pelos/as idosos/as de uma forma geral, uma vez que esse item foi referido de forma muito tímida nas falas produzidas pelos/as profissionais do SAE, não sendo sequer lembrado pelos/as participantes da UAPS.

Maria, SAE- “Eu acho interessante para a terceira idade o uso do preservativo feminino, porque ela é bem lubrificada. E por a mulher ter o ressecamento vaginal, seria bom (...). Os homens na terceira idade não foram ensinados a usarem o preservativo, e eles não usam. Porque eles têm essa dificuldade em manter a ereção. E com isso a mulher acaba também não usa (...). Eu trabalho com o preservativo feminino aqui, mas o índice de procura ainda é muito baixo. Eu percebo que os parceiros, os homens gostam mais dessa camisinha do que as mulheres (...). Eles alegam que a sensação (...) é que eles não estão usando nada. Porque aí eles não têm que parar pra colocar, porque a parceira vai estar usando”.

João, SAE – “Vulnerabilidade é porque realmente a pessoa idosa, que não teve a vivência do uso de preservativo. Não é uma coisa tão simples assim, eu acho. É, de achar que não tem o mesmo tipo de prazer. Você não ter às vezes o preservativo feminino trabalhado como uma alternativa razoável, neh?”

Os/as profissionais consideram que atualmente, com os programas da terceira idade, como bailes e excursões, os/as idosos/as estão se expondo mais ao HIV, já que

nesses espaços eles/as encontram possibilidades de socialização, que muitas vezes, desdobram-se em relações sexuais. Também analisam que esse público não se considera vulnerável ao vírus e possui poucas informações a respeito das formas de transmissão e prevenção da doença. Essa constatação foi corroborada por algumas pesquisas (Leite, Moura, & Berlezi, 2007; Lazzarotto et al., 2008), como discutido a seguir.

Aqui, também vale destacar a fala de uma profissional de saúde que associou a vivência da sexualidade nessa faixa etária a um momento no qual os/as idosos/as querem aproveitar intensamente a vida, sem que haja a prevenção necessária. É interessante indagarmos sobre certa noção que tem aparecido associada à terceira idade, como em geral é ilustrada em propagandas e manifestações acerca da “melhor idade”, que estimula o aproveitamento intenso da vida, uma vez que esta noção pode carregar uma idéia de irresponsabilidade no que se refere à vivência da sexualidade na terceira idade.

Segundo Debert (1997), a representação de idosos/as, construída nas revistas é, constantemente, a de indivíduos independentes dos filhos e parentes, ativos, capazes de desfrutar de várias atividades novas e atraentes nessa etapa da vida. Nessas revistas, a velhice é apresentada, não apenas como o momento em que satisfação e prazer atingem o auge, mas também o momento de dedicação à realização pessoal. Entretanto, ainda segundo a autora, esse estímulo não vem sendo acompanhado adequadamente.

Essas novas imagens do envelhecimento que acompanham a construção da terceira idade ocupam um espaço cada vez maior na mídia que - respondendo ao interesse crescente da sociedade pelas tecnologias de rejuvenescimento - desestabiliza mecanismos tradicionais de diferenciação no interior do mundo dos experts e, ao mesmo tempo, abre novos campos para a articulação de demandas políticas e para a constituição de novos mercados de consumo. As iniciativas voltadas para a terceira idade transformam o envelhecimento em uma experiência mais gratificante; contudo, esse sucesso surpreendente é proporcional à precariedade dos mecanismos de que dispomos para lidar com os problemas da velhice avançada. (Debert, 1997, s/p)

A fala de uma profissional, descrita abaixo, que compara a vivência da terceira idade com o “*bum da adolescência*”, pode ser corroborada com a pesquisa de Scott (1996), na qual foi constatado que as enunciações produzidas pelos idosos coincidiam em diversos sentidos com aquelas produzidas pelos adolescentes, ressaltando, principalmente, a importância da liberdade e a autonomia. Liberdade esta, que implica

em uma resignificação do processo de envelhecer, como descrita por Guita Debert (1999). Em seu livro, a autora inicia um capítulo descritivo sobre grupos de convivência de idosos, com a fala de um idoso:

Eu acho a terceira idade uma inovação, a melhor possível sobre o idoso. Foi a melhor possível porque deixa a gente assim, numa liberdade total, sabe? É uma gostosura. (Debert, 1999, p. 144).

Tal fragmento citado por Debert (1999) ilustra essa idéia de “aproveitamento intenso da vida”, que consequentemente também abarca a sexualidade da população idosa. De acordo com Scott (2001) a terceira idade pode ser um momento da vida no qual idosos e idosas sentem-se mais “soltos/as” com relação à sexualidade, identificando-se “como indivíduos que têm suas próprias vidas a viver e que já pagaram suas ‘dívidas’ à sociedade” (p. 69).

Para tanto, torna-se relevante pensarmos a respeito dessa intensificação da sexualidade na terceira idade e, ao mesmo tempo, nas limitações no que se refere ao atendimento desse público (Caldas & Gessolo, 2007), que vem sendo limitado - como constatado nesta pesquisa - a doenças “típicas” da terceira idade, como diabetes e hipertensão.

Maria, SAE- “Eu acho que basicamente é isso, que é você mudar comportamento, neh!? (...) Você pegar uma população que não tinha o hábito de usar, neh!? Porque a aids pra eles era uma coisa assim, que tava muito longe. Então, de repente passar a usar o preservativo. Acho que a grande questão é essa, dessa mudança de comportamento, neh!? E a pessoa não se percebe em situação de risco. Eu acho que é basicamente essa questão, dela não se sentir em situação de risco. (...) o que o que dificulta é você trabalhar a questão do uso neh!? Da questão do uso do preservativo, deles aderirem a essa questão de mudança de comportamento”.

Carmen, UAPS – “Eu acho assim, que com esse programa da Terceira Idade, que os idosos de uma certa forma estão mudando neh, deixando de ser aqueles idosos, aquele vovozinho que fica dentro de casa. Que vão pra AMAC dançar, que vão viajar, que vão se expor, neh!? Eu acho que esse ‘bum’ de sair de casa do idoso fez com que aumentasse esses casos também. Eles vão pro baile, eles vão dançar, mas eles não foram preparados pra isso (...) Eles não tem essa noção. Eles querem viver o momento. Eu acho que é isso, é como se fosse o ‘bum’ da adolescência. Eu acho que o idoso tá, a maioria assim tá querendo viver de novo, reviver a adolescência. ‘Agora eu to idoso, já criei a família toda. Agora eu vou aproveitar a vida’. Só que esse aproveitar, eles tão aproveitando sem esse conceito de saúde, sabe”.

Sobre a vida social na terceira idade, Leite et al. (2007) afirmam que a participação de idosos/as em grupos de terceira idade, principalmente os bailes, favorece a ocorrência de encontros afetivos, ampliando a possibilidade dessas pessoas continuarem a vivência da sexualidade. Além do que, o aumento do número da população idosa, aliado à idéia do envelhecimento saudável, aponta para o aumento de pessoas frequentando esses espaços, onde muitos/as idosos/as vivenciam novos relacionamentos afetivos, amorosos e sexuais.

Em um estudo etnográfico feito com mulheres com idade a partir dos 60 anos, de camadas populares que frequentam bailes de terceira idade no município de Santa Maria (RS), foi percebido que as idosas sentem-se jovens, e parecem esquivar-se das denominações de “velha” ou “idosa”. Essa situação também pôde ser observada através das vestimentas que usam, a maioria das mulheres estudadas usa roupas justas, jeans, saias e vestidos curtos, decotes, além da preocupação com o corpo, procurando manterem-se magras através de dietas restritivas (Bortolotti & Borges, 2009).

Outro aspecto encontrado pelas autoras foi o fato de as mulheres entrevistadas referirem o envelhecimento como possibilidade de novas vivências, como a satisfação pessoal e vínculos amorosos e afetivos, podendo ainda perceber a existência de uma conexão entre o sentimento de estar vivo e o exercício da sexualidade (Bortolotti & Borges, 2009).

Apesar da vivência da sexualidade ser algo saudável e presente no cotidiano de idosos e idosas, segundo Leite et al. (2007) há muitas informações sobre HIV/aids que ainda não estão bem esclarecidas para estas pessoas. Em pesquisa realizada pelos autores com 52 idosos/as que participam de grupos de terceira idade, foi constatado que 73,07% dos participantes não se consideram vulneráveis ao HIV, somente 21,15% usam preservativos, e 83% nunca realizaram o teste anti-HIV.

Lazzarotto et al. (2008) também encontraram dados que ilustram a desinformação sobre o HIV nessa faixa etária, em estudo realizado na região do Vale do Rio dos Sinos com participantes de um Grupo de convivência com idades entre 60 e 90 anos. Dos/as participantes, 49,4% consideram que a pessoa infectada com o vírus sempre apresentará os sintomas relacionados à aids, 41,4% acreditam que a transmissão poderá se dar através da picada de mosquito, 86,3% não usam preservativo e apenas 11% destas já realizaram o teste anti- HIV.

Salvo a questão da falta de informação de idosos/as sobre o HIV, também foi enfatizada na fala dos/as participantes a forma preconceituosa na qual a sexualidade

nessa faixa etária é tratada em nossa sociedade, o que, segundo estes/as, faz com que os/as próprios/as idosos/as evitem falar sobre sua vida sexual nos serviços de saúde. De acordo com os/as profissionais de saúde da UAPS, os/as idosos/as que são atendidos pelo serviço, procuram tratamento para algumas doenças frequentes nessa faixa etária, e raramente pensam em questões preventivas, como a abordagem da sexualidade.

Quando se fala em soropositividade na terceira idade, os/as profissionais em saúde entrevistados/as de ambos os serviços consideram que há um significativo preconceito envolvendo o assunto. Eles/as entendem que a descoberta do HIV nessa faixa etária é consideravelmente mais impactante do que em qualquer outra idade, uma vez que a sexualidade dos/as idosos/as é desvelada, e estes/as passam a ser julgados/as e estigmatizados/as por terem transgredido as regras da velhice assexuada.

Lúcia, SAE – “E quando eles (idosos/as) descobrem nas cidades deles é mais constrangedor do que um jovem ou adulto. Porque (...) eles ficam constrangidos pela descoberta que as pessoas descobrem que eles tão tendo relação sexual, estão namorando, estão tendo alguma coisa, entendeu?”

Joana, SAE- “O que eu acho muitas vezes é o choque em relação ao diagnóstico neh!? Porque eu acho que pega mais de surpresa. (...) essa questão desse momento inicial para a aceitação mesmo, (...) eu acho que são pessoas que de repente não tinham, não estavam tão expostas, e porque eu acho também que existe esse tabu de que idoso não tem vida sexual. Então ai eu acho que existe um constrangimento maior dele, de está expondo a vida sexual e tal, e o que é um tabu (...). Então eu acho que esses tabus essa coisa de que o idoso não tem sexo, não vive a sexualidade dele, que é um tabu, mas eu acho que eles vivenciam isso de uma certa forma, uma certa vergonha”.

Todavia, também foi possível perceber que o preconceito com relação à sexualidade e soropositividade na terceira idade vem ocorrendo não só por parte da sociedade, como também pelos/as profissionais de saúde. Apesar de alguns/mas dos/as entrevistados/as afirmarem não ter nenhum preconceito em relação à vivência da sexualidade na velhice, em determinados momentos das entrevistas apareceram enunciações que admitiram dificuldades de atuação com os/as idosos/as de uma forma geral, até mesmo em relação à formação em saúde, que ainda é deficitária em alguns aspectos referentes à saúde na terceira idade, incluindo-se a saúde sexual nessa faixa etária. Além disso, a atividade sexual na terceira idade foi enunciada em alguns momentos, como algo casual e inconsequente.

Carmen, UAPS- “O próprio HIV, ou doença sexualmente transmissível, ela ainda vem com essa carga, com esse preconceito. Então eu penso isso, que com o idoso

ainda vai ser pior. Tem o caso de uma senhora que, ela veio e ela tava com uma lesão de HPV. Então eu expliquei pra ela que era uma doença sexualmente transmissível, que pega de homem pra mulher. Ela foi na médica e falou com a médica que eu falei que o marido dela tava traindo ela. (...) só que assim, o marido é mais novo que ela dez anos, entende? Então assim, eu tive essa barreira, essa dificuldade. Você imagina você falar com a pessoa que ela ta com HIV. Ainda existe esse preconceito, talvez nosso também. A gente ainda tem essa dificuldade de atender o idoso. De todas as maneiras, de todas as formas.

João, SAE- “Ao longo do tempo a gente sente que isso sucessivamente aumentou e um pouco talvez pela questão da gente às vezes num parar pra pensar na questão da sexualidade do idoso. Ele se expõe, neh? E às vezes um pessoa de mais idade, ela não tem aquela de usar o preservativo porque culturalmente aquilo não tá inserido no cotidiano”.

Maria, SAE – “Tipo assim, passou pela vida e não adquiriu esse vírus e de repente ta na terceira idade. Já criou os filhos, já casou, já teve filhos. Tá preocupado às vezes em forró, em dançar, em baile, neh!? E não tem essa preocupação”.

Para Figueiredo (2001), Saldanha (2003), Oliveira et al. (2006) e Lopes (2010), diversos/as profissionais em saúde têm reconhecido o fato de se assustarem perante a sexualidade e a soropositividade na terceira idade, o que tem prejudicado a realização de vínculos significativos com idosos/as soropositivos/as.

Segundo Gorinchteyn (2010), o profissional em saúde muitas vezes evita discutir a temática da sexualidade com idosos/as, por sentir-se “imoral ou mesmo amoral ao tomar essa atitude, parece-lhe estar transgredindo regras e valores” (p. 22).

Diniz e Saldanha (2008) ressaltam que existem profissionais em saúde que acreditam que esse público está bem informado sobre os riscos de infectar-se pelo vírus. Em estudo realizado pelas autoras, com agentes comunitários de saúde (ACSs) do estado da Paraíba, foi possível perceber que os/as participantes entendem que os/as idosos/as possuem informações sobre a aids, que existem campanhas direcionadas a este público, e, ainda afirmaram discordar da necessidade de tais campanhas.

Em pesquisa realizada com equipes do Programa Saúde da Família do município de Diamantina/MG, foi constatado que 84,6% dos profissionais não averiguavam se os/as idosos/as tinham vida sexualmente ativa e 92,3% não verificavam se os/as mesmos/as faziam uso de preservativos. O fato de não trabalharem a sexualidade nessa faixa etária foi justificado pelas seguintes causas: resistência do paciente, receio e/ou desconsideração sobre o assunto por parte do profissional (Murta, 2005).

Sabe-se que esta invisibilidade da sexualidade na velhice, tem criado contextos de vulnerabilidade. Como afirmam Ribeiro e Jesus (2006) com o advento de medicações que prolongam a vivência da sexualidade nessa faixa etária e a visão do idoso como um ser assexuado, aumenta ainda mais a sua vulnerabilidade frente às doenças sexualmente transmissíveis (DST's) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), pois não têm sido levantadas como deveriam, discussões sobre medidas preventivas necessárias para atingir esse grupo da população. Ainda de acordo com as autoras, “o que se observa é que os serviços de saúde nunca estiveram preparados para o envelhecimento populacional focando as suas atividades e ações em atenção à criança, à mulher e ao adolescente” (Ribeiro & Jesus, p. 114).

Enquanto, em pesquisa realizada por Lisboa (2007) com idosos/as, foi possível perceber que estas pessoas

têm muito a perguntar, questionar, compartilhar e multiplicar, quando lhes é dada oportunidade de se tornarem visíveis e possibilidades de interlocução. Se entendemos que as práticas de cuidados de si e dos outros são construídas nas relações – sociais, afetivas, de aprendizagem, de poder - que se estabelecem entre as pessoas, instituições, serviços de saúde e assistência; não podemos aceitar ou ser coniventes com essa invisibilidade que silencia e gera um vazio. Onde não há discussão, não acontecem trocas e as chances de crescimento mútuo ficam reduzidas. As estatísticas atuais mostram claramente o avanço da epidemia de AIDS na população com mais de 50 anos, e parece razoável que essas pessoas declarem suas demandas, curiosidades, enfim, deixem de ser invisíveis. (Lisboa, 2007, pp. 07-08)

Quanto à assistência ao paciente idoso soropositivo, os/as profissionais da UAPS não possuem muitas informações, uma vez que, segundo estes, as pessoas soropositivas são acompanhadas pelo SAE. A enfermeira e a médica do serviço afirmaram não terem conhecimento de nenhum caso de idoso ou idosa que seja atendido/a por elas, e que se existisse, agiria da mesma forma com a qual atua com os usuários de outras faixas etárias.

Segundo o Ministério da Saúde (1999) a disseminação da epidemia de HIV/aids ocasionou a importância do estabelecimento de procedimentos normativos, objetivando a ampliação e a capacitação dos serviços de atendimento em HIV/aids, assim como nas modalidades convencionais, e inserção de atividades preliminares de diagnóstico,

encaminhamento e acompanhamento conjunto do paciente soropositivo com outros profissionais.

Dentre as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de DST/Aids (1999), especificamente na área de diagnóstico e tratamento podemos destacar: 1- “promover aconselhamento pré e pós-teste, nos serviços de saúde selecionados, nos diversos níveis de assistência do SUS em serviços selecionados e cadastrados pelas Coordenações Estaduais e Municipais de DST/AIDS (UBS-PSF; serviços de atenção à saúde da mulher; criança; adolescentes e adultos em geral)”; 2- “garantir o treinamento/capacitação e reciclagem de conhecimentos de profissionais de saúde para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV/Aids”; 3- “garantir a normalização de procedimentos e condutas na assistência ao indivíduo com HIV/aids”.

Como apresentado anteriormente, os serviços de Atenção Básica devem possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de HIV/aids às unidades de referência, incluindo em suas ações: atividades educativas para promoção à saúde e prevenção; aconselhamento para os testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída e às recomendações da assistência; encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção, realizando acompanhamento conjunto. É fundamental ainda, que a organização dos serviços de saúde promovam um acesso mais digno àqueles que buscam o serviço e que cada profissional da atenção básica incorpore em sua rotina a preocupação em identificar os pacientes em situação de maior vulnerabilidade, garantindo-lhes atendimento humanizado e resolutivo (Brasil, 2006a).

Contudo, apesar do Ministério da Saúde preconizar que o SAE e as UAPS realizem suas ações em HIV/aids de forma conjunta e articulada, a imersão ao campo possibilitou a percepção de que, na prática, eles parecem não estar funcionando com a articulação necessária. Em diálogo com uma enfermeira do Serviço de Assistência Especializada, esta afirmou não saber de nenhum trabalho de prevenção e/ou assistência que seja realizado pela Estratégia de Saúde da Família. A profissional acredita que esse serviço desenvolva mais as questões de métodos contraceptivos e planejamento familiar e que, até onde tem conhecimento, os médicos da UAPS, quando suspeitam da doença, encaminham o usuário ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou diretamente ao Serviço de Assistência Especializada (SAE), dando fim ao atendimento.

Maria, SAE - *“Depois do diagnóstico positivo, o paciente passa a ser atendido no SAE. Eles (profissionais das Unidades Básicas de Saúde) alegam na maioria das vezes que não possuem preparo para atender esses pacientes, por exemplo, os óculos. Às vezes, coisas que eles podem resolver, como uma dor de cabeça num soropositivo, eles logo mandam pra cá.”*

Dessa forma, foi possível perceber que a UAPS, além de contar com obstáculos no que se refere às ações preventivas em relação ao HIV/aids, também possui limitações quanto a assistência às pessoas vivendo com o vírus, uma vez que sua atuação parece limitar-se ao encaminhamento aos serviços especializados (CTA e SAE), não havendo um trabalho conjunto e articulado com tais serviços.

Em relação à assistência ao público idoso vivendo com HIV/aids, Gorinchteyn (2010) afirma que embora o/a idoso/a receba o mesmo tipo de medicação que as pessoas mais jovens, a soropositividade na terceira idade deve ser vista com atenção redobrada e ressalta a importância de que os profissionais estejam capacitados para orientá-los/as e dar o suporte de maneira eficiente, no SAE os/as profissionais relataram atuar da mesma maneira na qual assistem às outras idades. Lima et al. (2010) destacam que os/as idosos/as possuem necessidades médicas e psicossociais peculiares à sua faixa etária. Segundo esses autores, esse segmento geralmente se mostra mais afetado com a descoberta da doença e a soropositividade associada a outras doenças características ao processo de envelhecimento, implica na necessidade de manejo adequado do medicamento e seus efeitos colaterais, o que causa, em muitas das vezes, resistência ou desistência do tratamento. Também é importante lembrar que muitos/as idosos/as possuem dificuldades de memória e leitura, por exemplo, que podem dificultar no processo medicamentoso (Gorinchteyn, 2010).

Conforme o Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids da cidade de São Paulo (2011), apesar de existirem poucos estudos sobre o tratamento do HIV na terceira idade, sabe-se que algumas alterações fisiológicas apresentadas nessa faixa etária, como a perda da capacidade de reserva funcional de órgãos vitais e deterioração do controle homeostático, além de alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, podem alterar o metabolismo dos antiretrovirais e mudar a sua eficácia. O uso dos medicamentos antiretrovirais e profilaxias para infecções oportunistas podem ocasionar o surgimento de patologias, como o diabetes *mellitus*, a hipertensão, entre outras. Estas também requerem a administração de medicamentos, os quais podem resultar em polifarmácia, aumentando o risco de aparecimento de efeitos colaterais e interações medicamentosas.

Assim sendo, é fundamental que na avaliação inicial desses/as pacientes, sejam incorporados os aspectos relacionados à prevenção, ao tratamento, à adesão aos medicamentos, ao sigilo e apoio social, abarcando desde a avaliação clínica até a mensuração qualitativa de suas capacidades funcionais. Para tal, os profissionais de saúde precisam de uma base sólida de conhecimentos sobre a doença, seu impacto e especificidades no público idoso, tanto em termos de co-morbidades e diagnósticos diferenciais como em relação aos sistemas sociais (CRT-SP, 2011), o que parece não ocorrer nos serviços pesquisados.

A vulnerabilidade do público idoso, portanto, foi claramente identificada nesta pesquisa. Os relatos dos/as profissionais em saúde são atravessados por discursos que designam a pessoas idosas certas posições de invisibilidade, posições abjetas, facilmente traduzidas em condições de menos direitos, menos acesso a políticas públicas, etc.

Ao mesmo tempo em que os serviços tentam generalizar o atendimento, os/as profissionais e o próprio serviço não conseguem generalizar o princípio da sexualidade. Ou seja, o serviço defende a assistência generalista, mas particulariza a vivência da sexualidade, de modo que idosos e idosas não sejam concebidos como seres sexuais.

Pensando nos conceitos de vulnerabilidade individual, vulnerabilidade social, e vulnerabilidade programática, propostos por Ayres, França Junior, Calazans, e Salletti (1999) podemos entender, que o público idoso está inserido em seus três âmbitos: individual, social e programático.

Na vulnerabilidade individual, uma vez que esta se refere ao grau e à qualidade da informação que a população possui sobre as formas de prevenção e sua aplicação na prática, como por exemplo, a negociação das práticas de sexo seguro, e saber usar o preservativo. Pesquisas têm demonstrado que os/as idosos/as possuem poucas informações a respeito das formas de transmissão/prevenção do HIV, além de não considerarem-se em situação de risco perante ao vírus (Feitoza et al., 2004; Saldanha & Araújo, 2006; Zornita, 2008).

Na vulnerabilidade social, que envolve aspectos econômicos, culturais e sociais, como relações de gênero, crenças religiosas, desigualdade social, acesso aos serviços de saúde, estrutura de governo. Como exemplo, podemos citar o difícil acesso dos idosos/as aos serviços de saúde, além da falta de profissionais especializados no atendimento geriátrico (Veras, 2003); as crenças dos profissionais de saúde, que muitas vezes, por desconsiderarem a vivência da sexualidade e uso de drogas injetáveis na terceira idade, não abordam aspectos preventivos com este público (Saldanha & Araújo,

2006); questões sociais, como a baixa escolaridade, constatada em maiores níveis na população idosa soropositiva (Menezes, Gonçalves, & Castro, 2007); dentre outros.

Já na vulnerabilidade programática, que consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de doenças, gerência e monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção, como dito há pouco, o público idoso também se encaixa, uma vez que os dados epidemiológicos apontam um crescimento do número de infecções pelo HIV nessa faixa etária como em nenhuma outra faixa de idade. Há, portanto, um grande desfalque no que se refere às ações de prevenção e assistência direcionadas ao público idoso (Menezes et al., 2007).

Tal quadro de vulnerabilidade de público idoso, assim como de outros segmentos populacionais, parece estar associado também a uma série de ausências e limitações do Serviço Único de Saúde brasileiro, como apresentado a seguir.

Ausências e Limitações no âmbito SUS

A partir da apreciação das entrevistas com os/as profissionais de saúde, foi possível perceber algumas limitações no que diz respeito à organização dos serviços. Sabe-se que a partir da implementação do SUS e seus princípios orientados para a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e controle social, além de instrumentos normativos, que são as normas operacionais, desencadeou-se um processo de ampliação do número de serviços de saúde, assim como sua qualidade (Machado et al., 2007). A estrutura jurídico legal do Sistema, não só para o governo brasileiro, mas para o mundo inteiro, é considerado um dos mais avançados em termos de legislação de saúde (Taglietta, 2004).

Estima-se que 90% da população brasileira acessa de algum modo ou utiliza-se do SUS. Pesquisas realizadas pelo Ministério da Saúde e por outras instituições indicam que somente 8,7% da população não o utiliza em momento algum. A maioria, 61,5%, utiliza seja o sistema privado de saúde, previdência de outra instância pública ou outro tipo de seguridade social (Taglietta, 2004).

No entanto, devemos considerar que o processo de implementação do SUS teve (e continua tendo) que lidar com inúmeros percalços, visto que representou uma proposta de ação renovada em saúde, enquanto na verdade muitos profissionais não

havia sido formados em conformidade com o modelo proposto de promoção em saúde, além das dificuldades enfrentadas pelos gestores ao tentarem adequar as ações básicas de saúde, sem dispor na ocasião de recursos para este intento (Machado et al., 2007).

Dentre algumas das limitações presentes no SUS, podemos citar: existência de impasses desde sua implantação; financiamento ainda insuficiente; crescimento da atenção primária, mas, com qualidade insuficiente; pouca integração entre municípios e serviços; atendimento de hospitais e serviços especializados com eficácia abaixo do esperado (Lucchese, 2003). De acordo com Campos (2007) o SUS necessita “enfrentar estes obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção, cuidando, ao mesmo tempo, de demonstrar a viabilidade da universalidade e da integralidade da atenção à saúde” (p. 302).

O direito à saúde ainda parece ser tema complexo da agenda política e governamental no Brasil, uma vez que podemos identificar dois paradigmas teórico-políticos no que se refere a esse direito. De um lado, o paradigma da saúde pública, que adota o princípio da equidade, e, de outro, o da economia da saúde, que segue os princípios da competitividade, do foco da ação pública e o método das ciências econômicas e administrativas (Carvalho, 1999).

Pinheiro, Guizardi, Machado e Gomes (2010) consideram que as abordagens teóricas do pensamento econômico, que subsidiam muitos dos estudos de demandas no planejamento em saúde, não são suficientes para abarcar a complexidade das necessidades em saúde, tendo na subjetividade a principal limitação, já que nessas abordagens não há preocupação em estabelecer como objeto de investigação o entendimento dos processos que os produzem. Além do mais, esses autores também chamam atenção para a falta de estudos em saúde que procuram esmiuçar a relação dos usuários dos serviços de saúde com profissionais e gestores que atuam nesse campo.

Por mais que saúde seja um direito garantido em constituição, a prática revela uma enorme incongruência entre as conquistas sociais estabelecidas no plano legal e a realidade complexa vivenciada pelos profissionais e usuários do setor (Travesso-Yépez & Moraes, 2004). A carência de recursos humanos em saúde, com capacitação técnica adequada, com salários e condições de trabalho satisfatórios, a falta de equipamentos importantes, ainda constitui uma realidade presente na maioria dos municípios brasileiros, ocasionando um grande obstáculo no que diz respeito ao atendimento de qualidade da gestão municipal (Bodstein, 2002).

Bodstein (2002) pontua que “programas e projetos de intervenção, que, na prática, traduzem uma orientação e uma decisão política previamente tomadas, não garantem sua execução e ou implantação, trazendo a indagação sobre em que medida uma determinada intervenção foi ou não de fato implantada” (p. 403). Para que haja um entendimento a respeito do nível de implementação de qualquer programa em saúde, é preciso levar-se em conta as tramas que envolvem os diferentes contextos sociais. Trata-se de compreender que atribuições e obstáculos são frequentes entre o processo de decisão política e a implementação (Bodstein, 2002).

As falas dos/as profissionais/as de saúde tanto do SAE, quanto da UAPS enunciam a existência de entraves nos serviços. A infra-estrutura inadequada foi citada como um dificultador para o desenvolvimento de algumas atividades, como grupos de prevenção e promoção à saúde, e até mesmo para as próprias atividades de rotina. A sala na qual é feito o atendimento médico no SAE, por exemplo, é considerada muito barulhenta, e no trabalho de campo no acesso ao contexto da pesquisa, pôde-se constatar que sua localização é bem próxima ao corredor de uma galeria muito movimentada. Nesse sentido, é importante destacar a constituição da unidade básica e do espaço do atendimento nos serviços, como lugar privilegiado para a integração do subjetivo às práticas de saúde (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 2000).

Maria, SAE- “A questão do espaço pra mim é muito complicado. O atendimento adulto e pediátrico é feito no mesmo espaço. E o ideal seria separar, neh!? Uma vez a gente começou a trabalhar essa questão da adesão também, que é uma coisa importante neh!? Adesão ao tratamento e ao medicamento, mas a gente tava usando a recepção como espaço e aí não podia travar o serviço, porque outras pessoas tinham que entrar aqui e aí a gente tava fazendo o grupo na recepção. Igual, eu cheguei aqui à conclusão que ou você faz uma coisa bem feita, ou não faz, porque você tem que ter a questão do espaço, neh!? Oferecer uma coisa, um lanche. Você tem que ter um suporte, uma estrutura, neh!? Que é o que a gente não tem atualmente”.

Carmen, UAPS- “É muito fácil você falar assim ‘você vai e faz’, mas como que eu vou fazer isso? Por que eu devo fazer isso? (...). Existe o espaço pro desenvolvimento, que não existe.”

Também é importante contextualizar, como destacado anteriormente, que a clientela do SAE e da UAPS são diferenciadas. Enquanto na primeira instituição os/as profissionais em saúde deparam-se com o atendimento ao público que já lida com a situação de soropositividade, na UAPS as demandas são as mais variadas, nem sempre

relacionadas ao HIV/aids. Ou seja, os serviços de saúde pesquisados contemplam diferentes segmentos populacionais.

O quadro profissional reduzido também foi referido de forma negativa pelos profissionais dos serviços. Na UAPS, os/as entrevistados/as relataram dificuldades de atuação, uma vez que consideram o número de profissionais da unidade muito limitado para atender à demanda da comunidade. No SAE, podemos perceber que apesar da demanda ter aumentado expressivamente desde sua implantação em 1996, o quadro de profissionais continua praticamente inalterado, ocasionando assim, uma sobrecarga, que acaba por comprometer a qualidade do atendimento.

Vale destacar que a equipe de profissionais ocupa uma posição fundamental na estratégia de saúde pública brasileira, uma vez que seus múltiplos saberes biológicos, subjetivos e sociais, podem privilegiar e intervir na singularidade do adoecer, e também na prevenção (Capozzolo, Fortuna, & Matumoto, 2007).

A origem do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, em 1994, hoje, Estratégia de Saúde da Família (ESF), está vinculada à proposta do governo federal aos municípios para a implementação da atenção primária em saúde. Esse programa intentou reorganizar e reorientar novas práticas profissionais nos serviços, e sua principal inovação foi a proposta de vinculação da população a uma equipe básica de saúde, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde residentes na própria comunidade atendida. “É esta equipe que identifica, mediante diagnóstico, as necessidades e organiza a demanda a partir da comunidade, das famílias e dos domicílios, prestando assistência integral e realizando atividades de informação, de orientação e de promoção da saúde” (Bodstein, 2002, p. 407). A equipe de profissionais ocupa uma posição importante na estratégia de saúde pública brasileira no que se refere à Saúde da Família, pois vincula obrigatoriamente cada família à equipe de um território, e organiza-se segundo princípios da vigilância sanitária: busca ativa, programas, dentre outros (Bodstein, 2002; Campos, 2007).

Ainda no que se refere à Estratégia de Saúde da Família, sabe-se que “uma atenção primária que se responsabilize por 80% dos problemas de saúde de uma população e que resolva 95% deles é uma condição fundamental para a viabilidade, inclusive financeira, dos sistemas públicos de saúde” (Campos, 2007, p. 304). Com esse objetivo, é necessário que as equipes de atenção primária atuem fortemente em três funções complementares: a clínica, a de saúde pública e uma de acolhimento das

diferentes demandas. Entretanto, há uma série de inconsistências na política e gestão desse programa que acabam por produzir uma lentidão em sua constituição no Brasil, o que tem comprometido o SUS como um todo. O financiamento insuficiente aos municípios ocasiona, por exemplo, entraves na gestão de profissionais qualificados tendo em vista o apoio tímido de estados e do Ministério da Saúde (Campos, 2007).

No SAE, essa clara insuficiência no que diz respeito ao quadro de profissionais, além de comprometer a qualidade do serviço e gerar uma sobrecarga no trabalho, tem obrigado esses/as profissionais a realizarem seus atendimentos mais rapidamente, além de buscarem formas de lidar com a situação vivenciada, como o exemplo citado pelo médico infectologista do serviço, que já atendeu duas pacientes ao mesmo tempo, pois uma pôde esclarecer à outra, que não queria fazer o uso do coquetel, sobre a situação incômoda que vivenciou ao iniciar o tratamento com os antiretrovirais, explicando, porém, que hoje em dia não sofre mais com os efeitos colaterais causados pela medicação.

Embora o Programa Nacional de DST/aids considere a consulta conjunta como uma estratégia que pode contribuir para a maior adesão ao tratamento (Brasil, 2007b), neste caso, essa forma de atuação parece ocorrer unicamente como estratégia de atendimento mais rápido. Esse relato acerca dos manejos do atendimento médico improvisado e decorrente do contexto do serviço, permite analisar as condições de trabalho dos/as profissionais de saúde e os desdobramentos metodológicos e éticos dessas contingências dos serviços. Para enfrentar os diferentes contextos da sua intervenção no serviço, os/as profissionais tecem estratégias que podem representar impacto na qualidade do seu trabalho, mas também, na qualidade de sua vida e de sua saúde enquanto trabalhador/a.

Maria, SAE- “Quando o SAE inaugurou, em setembro de 96, ele tinha 50 pacientes em acompanhamento. É uma equipe pequena. A gente tá com déficit de infectologista (...). Só eu de enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga. Então, assim, eu considero uma equipe pequena, e a questão do espaço físico também. Antes eram 50 pacientes, agora são, sei lá, 1500”.

Luisa, UAPS- “Os programas que vêm pra cá são programas pacotinho fechado neh!? Então, assim, somos poucos profissionais pra muita gama de população. Igual a gente tá conversando aqui, toda hora tá lá batendo (referindo-se a pessoas batendo na porta de sua sala), então assim, são coisas que realmente assim, peca nesse sentido”.

No que se refere ao atendimento odontológico nos serviços, ambas as dentistas expuseram a ausência de secretária para realizar a marcação das consultas, além da falta de um profissional que realize a assepsia dos instrumentos e da própria sala de atendimento. As profissionais relataram que elas próprias fazem a limpeza necessária, atrasando o atendimento de outros usuários.

Segundo o Ministério da Saúde (2006b) os serviços de atenção básica devem contemplar uma equipe de saúde bucal contendo pelo menos um cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário. Sendo que este último possui entre suas atribuições: realizar a desinfecção e esterilização de materiais e instrumentos utilizados; preparar e organizar instrumentos e materiais necessários nos procedimentos; organizar a agenda referente aos atendimentos odontológicos.

Já os documentos referentes à composição da equipe dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) no Brasil, apesar de ressaltarem a importância da atuação de uma equipe multiprofissional em tal serviço, não mencionam a necessidade de atuação do técnico em higiene dental ou do auxiliar de consultório dentário. No entanto, pode-se indagar sobre a relevância da participação de um profissional que auxilie o/a dentista, principalmente na desinfecção e assepsia de instrumentos odontológicos, considerando que já no início dos anos 90, estudos demonstraram a contaminação, tanto na superfície externa quanto na interna, de canetas (instrumentos odontológicos) após seu uso, inclusive com microrganismos mais patogênicos, como o HIV (Lewis & Boe, 1992; Pankhurst & Philpott-Howard, 1993). O estudo de David Lewis e Robert Boe (1992) indica, inclusive, que, até que se prove o contrário, certos procedimentos de higienização entre cada paciente devem ser considerados componentes de procedimentos de segurança importantes nas práticas em odontologia. Nas palavras dos autores, um dos procedimentos valorizados diz respeito à assepsia de instrumentos, entre um atendimento odontológico e outro: “Unless reliable data on cross-infection frequencies are obtained and prove it unnecessary, thoroughly cleaning and heat-treating high-speed handpieces between each patient should be considered an essential component of standard procedures whenever universal precautions are practiced in dentistry” (Lewis & Boe, 1992, p. 405).

Nilza, UAPS – “Pelos dificuldades que a gente tem em manutenção de uma cadeira o mais asséptica possível neh!? A gente não tem grandes recursos digamos neh!? Precisaria que tivesse um profissional inclusive da limpeza, pra que fizesse uma limpeza em todo o ambiente (...). E isso a gente não tem. Eu faço todos os atendimentos

sem desinfecção de piso, a não ser quando, tem, a gente faz alguma cirurgia, alguma coisa assim, que aí tem uma, que suja de sangue, uma parede, um chão, aí a gente solicita a limpeza da sala, de piso, parede, essas coisas assim, mas isso não tem uma rotina entre um paciente e outro”.

De acordo com Campos (2007), no que se refere a mudanças que devem ser pensadas nos sistema de saúde brasileiro, há uma diretriz que, se adotada, possui grande possibilidade de ampliar a eficiência, eficácia e humanização no país: “trata-se da criação de mecanismos organizacionais, que torne clara e bem estabelecida a responsabilidade sanitária dos entes federados, dos serviços e das equipes de saúde” (p. 303). A equipe de profissionais em saúde, tanto no SAE quanto no ESF, ocupa uma função estratégica quanto à responsabilidade macro e mirco-sanitária dos sistemas locais e dos serviços de saúde. Como afirma esse autor, “a responsabilidade macro-sanitária volta-se para a regionalização do Sistema, buscando a definição precisa *do quê compete a quem (...)*, dentro de cada cidade, estabelecer *do que se encarregará* cada serviço hospitalar, de especialidades ou de urgências” (Campos, 2007, p. 303). A responsabilidade micro-sanitária depende da reorganização do trabalho em saúde, tanto na atenção primária, enfermarias, ambulatórios quanto em centros de especialidades, tendo como objetivo a inscrição de clientela com uma determinada equipe interdisciplinar, bem como propiciar a construção de vínculos terapêuticos entre essa equipe de referência e pacientes com seus familiares.

Outro assunto importante referente aos serviços é a falta de informatização dos dados. Tanto no SAE quanto na UAPS as informações dos usuários ficam registradas em pastas. Essa forma de organização faz com que os serviços não tenham uma fácil acessibilidade ao perfil dos usuários atendidos, como por exemplo, número total de pacientes, número de crianças, adultos, idosos/as, homens, mulheres, entre outros dados.

Segundo o Ministério da Saúde (2011)²⁷ a informação é fundamental para a democratização da Saúde e o aprimoramento da gestão, sendo a informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS), uma diretriz essencial para a descentralização das atividades de saúde e viabilização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis. Para alcançar tais objetivos foi criado o Departamento de Informática do SUS – DATASUS, possuindo dentre suas atribuições: fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas à

²⁷ Informações obtidas em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=01>

manutenção e ao desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde; assegurar aos gestores do SUS e aos órgãos congêneres o acesso aos serviços de tecnologia da informação e bases de dados mantidos pelo Ministério da Saúde; apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS.

A Política Nacional de Atenção Básica também faz referência à questão das informações em saúde ao afirmar que compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão. Cabendo também às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas (Brasil, 2007c).

Uma análise da situação dos Sistemas de Informação de Saúde no Brasil indica que, apesar de haver certo avanço em coletar, organizar e divulgar as informações de saúde no Brasil, existe ainda uma grande necessidade em avançar, tanto no que se refere à integração entre os sistemas de informação, quanto no uso da informática para a melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho em saúde, da gestão e do controle social²⁸.

Maria, SAE- “Até hoje a gente não conseguiu informatizar o serviço. Então, assim, a gente não tem dados. Se você me perguntar ‘quantos pacientes da terceira idade vocês atendem aqui’, eu não sei te falar quantos são”.

Além disso, no SAE, a questão da notificação dos casos de aids é um problema, uma vez que há muitos usuários que ainda não foram notificados, apesar de preencherem os critérios estipulados pelo Ministério da Saúde.

Os instrumentos de notificação são formulários que devem ser preenchidos cuidadosamente, registrando-se todas as informações indicadas, para permitir a análise e comparação de informações. Segundo Cruz, Toledo e Santos (2003) todas as unidades de saúde, independente de seu nível de complexidade, devem notificar os casos de aids de adultos ou crianças, cumprindo as exigências preestabelecidas para a definição de caso. Entretanto, na cidade de Juiz de Fora, tanto o Centro de Testagem e Aconselhamento quanto as Unidades de Atenção Primária não fazem a notificação.

²⁸ Informações obtidas em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=05>

Esses serviços encaminham os casos de HIV para o Serviço de Assistência Especializada (SAE), e este notifica os casos de aids.

O registro desses casos torna-se essencial, na medida em que os dados produzidos pela vigilância epidemiológica são utilizados para nortear ações de prevenção e controle dos agravos, além de subsidiar as ações programáticas da assistência ao paciente, como a distribuição de medicamentos, número de leitos, dentre outras.

A notificação compulsória dos casos de aids no Brasil foi estabelecida em 1986, com o objetivo de acompanhar a epidemia no país. Em 1993 ocorreu a implantação do SINAN/AIDS, que contribuiu na uniformização dos bancos de dados e as análises epidemiológicas sobre a aids. O sistema propiciou avanços no gerenciamento dos dados de morbidade, como também indicou linhas de investigação no campo de atuação relacionado à doença (Brasil, 1997). Porém, essa notificação ocorre somente para os casos de aids, excluindo os casos de soropositividade. Os estudos que trabalham com a infecção pelo HIV no país baseiam-se em estimativas e não em dados notificados (Souza, 2008).

Vale lembrar, contudo, que a notificação é um - importante, mas, apenas um - dos muitos aspectos da vigilância epidemiológica, que pode ser entendida, no contexto nacional como “um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (Lei Orgânica da Saúde, Nº 8.080/90).

Carneiro Jr. (1995) entende que a construção da vigilância epidemiológica no Brasil caracteriza-se como um sistema de informação que não consegue englobar os soropositivos assintomáticos, não cumprindo assim seu papel de controle eficiente da epidemia, uma vez que os soropositivos sintomáticos ou assintomáticos são tratados, porém, não notificados.

No caso de Juiz de Fora, essa problemática apresenta-se ainda maior, visto que além de não serem notificados os casos de soropositividade, muitos indivíduos que já preenchem os critérios de aids ainda não foram notificados. A falta de informatização no serviço e o quadro profissional limitado podem ser apontados como fatores que dificultam o registro dos formulários.

Desse modo, os dados que chegam até o Programa Municipal de DST/aids, e posteriormente às instâncias estaduais e federais, não correspondem com a realidade do

perfil epidemiológico da cidade e da região, haja vista que o SAE atende pessoas de outras cidades da Zona da Mata que não possuem o serviço, como Santos Dumont, Barbacena, Muriaé, Além Paraíba. Assim sendo, as ações tanto de assistência quanto de prevenção propostas pelo Programa, tornam-se limitadas, já que são baseadas em dados que na realidade, são mais extensos.

No que se refere às instâncias municipais, estaduais e federais, também puderam ser observados determinados entraves políticos. Alguns profissionais apontaram que a partir da descentralização das ações do SUS, a qualidade do serviço foi diminuída. Segundo Bodstein (2002), na década de 1990 começou a haver um avanço no processo de descentralização do setor da saúde brasileira, no qual a esfera municipal começou a ser gradualmente considerada como a principal encarregada pela gestão da rede de serviços de saúde no país e pela realização e supervisão da maioria das ações e dos programas de saúde. Conseqüentemente, a estrutura do Programa brasileiro de aids também sofreu modificações. Para Fonseca, Nunn, Souza-Junior, Bastos e Ribeiro (2007) embora este tenha sido altamente centralizado, desde a sua implantação em 1985, seus gestores procederam, a partir de 2000, as primeiras ações de descentralização.

Em 2002 um novo arranjo institucional do Programa Nacional DST/Aids começou a ser delineado, tendo sido enfatizada a descentralização do financiamento e da administração das atividades do programa para Estados e municípios. Dessa forma, o financiamento passou a ser repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, permitindo um acordo de Planos de Ações e Metas entre os gestores do SUS, com o objetivo de respeitar os diversos graus de autonomia desses níveis governamentais, assim como “a flexibilidade necessária face à extensão e heterogeneidade territorial e às diferentes características e complexidades de que a epidemia da AIDS se reveste nas várias regiões e localidades do país” (Fonseca et al. 2007, p. 2135).

A proposta da descentralização é de suma importância no contexto da luta contra a aids, pois considera as diferenças culturais, regionais e sociais, contudo, os apontamentos feitos pelos/as profissionais de saúde indicam que embora a autonomia para realizar projetos a nível municipal represente um importante avanço, o financiamento para o desenvolvimento de tais ações não vem ocorrendo de maneira satisfatória.

Algumas pesquisas que se atentaram para o processo de descentralização das políticas sociais e da saúde, destacam algumas questões relacionadas às características político-institucionais dos municípios, como por exemplo: dependência financeira frente ao governo federal; fragilidade do corpo técnico burocrático; descontinuidade das ações e dificuldades na contratação e manutenção de profissionais qualificados, principalmente nos municípios pequenos ou mais pobres (Souza, 1999; Arretche, 2000). Essas “são variáveis importantes que explicam indubitavelmente as restrições e limites da descentralização e as profundas variações no desempenho técnicopolítico dos gestores locais na prestação de serviços, fundamentalmente aqueles voltados para educação e saúde” (Bodstein, 2002, p. 404).

Determinados profissionais mencionaram lacunas referentes às políticas de assistência e à própria Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, referindo-se a certo descaso com a questão da aids e com a saúde da população de uma forma geral.

Camargo Júnior (2004) nos ilustra uma situação muito frequente no que se refere à saúde brasileira:

é importante falar sobre uma velha tradição clientelista, patriarcalista e patrimonialista do Brasil, que ainda é bastante comum. Na área de saúde, isso é particularmente visível em dois processos. O primeiro é a utilização do próprio setor de saúde como moeda de troca política. Essa prática ficou conhecida, num determinado momento, como a "política da bica d'água". Hoje, é a "política do centro de saúde". Em vez de abrir uma bica d'água, o político abre um "postinho de saúde" e o inaugura mesmo sem ter condições efetivas de funcionamento. Isso leva ao segundo processo, ou seja, gera um enorme descrédito na população. (p. 16)

Segundo o Ministério da Saúde (1999), a Unidade Básica de Saúde é um serviço municipal do SUS, sob responsabilidade do Prefeito e seu Secretário de Saúde, devendo esta, realizar a atenção básica, atuando na base da prevenção e da vigilância epidemiológica. Ou seja, esse serviço deve ter a organização e complexidade para ser a porta de entrada da saúde brasileira.

A forma de utilizar os recursos financeiros pode variar um pouco em cada local, de acordo com a opção política, mas, viabilizar a atenção básica é obrigatório aos governantes, uma vez que a população tem o direito de ser atendida em suas necessidades primárias. Apesar disso, está claro que muitos gestores municipais não têm conseguindo atender a todas as demandas da saúde de maneira satisfatória (Georgetti,

2007). O mesmo parece ocorrer no que se refere ao Serviço de Assistência Especializada da cidade.

Lúcia, SAE- “Olha, no início, quando nós começamos aqui, a gente via claramente que era tudo o âmbito federal que atuava no nosso programa. (...) Não tinha nada com o município, tudo o que a gente tocava a mão, quando a gente programava. Tanto é que na época, 15 anos atrás, eu comprei o melhor consultório e renovei tudo, era dinheiro federal. Aí depois começou a ir, aos poucos, o federal passando pro municipal e cada vez que foi passando pro municipal e a contrapartida federal foi diminuindo, a qualidade do serviço também foi caindo, infelizmente. (...) aqui hoje em dia é basicamente verba municipal, tá sobre gestão do município, total, não há muito interesse”.

Como discutido anteriormente, a imersão ao campo também permitiu constatar que apesar de tanto a Política Nacional da Atenção Básica, quanto Programa Nacional de Aids serem iniciativas do Ministério da Saúde, na prática, eles parecem não estar funcionando com a articulação necessária. É possível perceber uma carência de estudos que se proponham a analisar tal articulação (Silva, Guimarães, Pereira, Miranda, & Oliveira, 2005). Nesse sentido, Campos (2007) fez considerações importantes acerca dos processos institucionais em saúde. Conforme o autor “a rede de saúde da família vem sendo criada de maneira desarticulada com o restante do sistema, havendo pouca relação entre atenção primária e especialidades ou hospitais” (p. 304).

De acordo com Botazzo (1999) a Unidade de Atenção Primária à Saúde, como porta de entrada do sistema, deve encaminhar para serviços especializados os casos de maior complexidade, além de acompanhar, programaticamente, tais pacientes. É fundamental que a Estratégia de Saúde da Família realize ações de forma integrada com os serviços de referência em HIV/aids, como o Serviço de Assistência Especializada, visando à integralidade do acompanhamento dos indivíduos infectados. “A colaboração entre os serviços de saúde ajudará a assegurar uma assistência contínua, o que significa que o indivíduo será acompanhado em todos os estágios, da prevenção da infecção ao tratamento” (Silva et al., 2005, p. 98). A adesão ao tratamento antiretroviral, por exemplo, é um processo que, em muitos casos, requer uma atenção conjunta e integrada dos serviços que contemplem o usuário soropositivo (Silva et al., 2005).

Em estudo realizado por Silva et al. (2005), com profissionais de um SAE e cinco Unidades Básicas de Saúde da Família, na cidade de Fortaleza (CE), tendo por objetivo investigar a articulação entre tais serviços, também puderam ser observadas dificuldades no entrosamento. Apesar da Estratégia de Saúde da Família ser encarregada

da promoção e prevenção em saúde, a pesquisa constatou que a maioria dos casos relativos ao HIV são encaminhados para os serviços especializados, transferindo-se a responsabilidade pelos acompanhamentos desses usuários. Os profissionais da ESF até mesmo desconhecem a existência de usuários soropositivos em sua área de abrangência, uma vez que não fazem tal atendimento. As ações em HIV/aids desenvolvidas pelas Unidades de Saúde pesquisadas se restringem ao pré-natal e ao planejamento familiar, sendo feita a abordagem e o oferecimento da testagem nessas situações. Os demais casos são encaminhados aos serviços especializados (Silva et al., 2005). As autoras observaram que os profissionais das ESF desconhecem as formas de acesso e ações desenvolvidas no SAE, assim como os profissionais deste serviço não possuem conhecimento a respeito da rotina e dinâmicas de atendimento em HIV/aids utilizadas na ESF.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002) um sistema de saúde integrado e bem organizado, tem a capacidade de garantir um processo de referência e contra-referência em uma rede articulada, com procedimentos e percursos definidos, adequados à demanda. Todavia, não é o que parece estar ocorrendo na cidade de Juiz de Fora.

Além disso, em diversos momentos das entrevistas, os/as profissionais de ambos os serviços mencionaram atuar de acordo com as demandas que vão surgindo, sem que haja uma forma de trabalho prescrita. Contudo, essa forma de atuação parece ocorrer devido a uma deficiência de planejamento das ações, ocasionada por fatores como quadro de profissionais desfalcado, infra-estrutura inadequada e até mesmo a baixa remuneração.

Carmen, UAPS – “Primeiro porque tudo vem pra atenção básica. A atenção básica é a porta de tudo. Então, é o início de tudo e o final de tudo. Então a gente também tá ficando sobrecarregado. Nossa porta tá muito aberta. E o salário nosso é bem pequeno. Então, eu acho que a gente não tem a motivação e o incentivo das políticas públicas pra gente tá fazendo isso também. É muito fácil você falar assim ‘você vai e faz’, mas como que eu vou fazer isso? Por que eu devo fazer isso? Por mais capacitação que a gente tenha, a gente não tem a motivação. Não é só o dinheiro. Existe o espaço pro desenvolvimento, que não existe”.

Possibilidades de atuação profissional em saúde

Segundo Teixeira (1997) prevenção e assistência à aids são dois desafios fundamentais que se fizeram presentes desde as primeiras respostas organizadas ainda na primeira década da epidemia no Brasil. Pensando nos esforços dos últimos anos no campo da prevenção de novas infecções pelo HIV e da organização do cuidado dos portadores do vírus, Paiva (2002) considera que existem muitas limitações, uma vez que os serviços de saúde e as práticas profissionais “continuam basicamente organizados para dar conta dos fatos biomédicos e da educação centrada nas vias de transmissão e na promoção dos instrumentos de proteção (preservativos, abstinência, seringas descartáveis etc), ou no controle clínico da infecção e da adesão” (p. 30). Ainda de acordo com a autora, questões que envolvem a sexualidade das pessoas vivendo com HIV/aids e seus direitos reprodutivos, relações de gênero, desafios da conjugalidade homoerótica, dentre outras, tem sido pouco discutidas nos serviços de saúde.

A maioria dos/as entrevistados/as considera que sua atuação é limitada e que poderia ser aprimorada no que se refere à prevenção e assistência ao público idoso, e à aids de uma forma geral. Nota-se, como discutido anteriormente, a questão da vulnerabilidade, sobretudo, o que se refere à sua dimensão programática. Para Buchala e Paiva (2002):

É um desafio permanente e de longo prazo sofisticar os programas de prevenção e assistência abrindo espaço para o diálogo e a compreensão sobre os obstáculos mais estruturais da prevenção e sobre o acesso e para as experiências diversas com os meios preventivos disponíveis (vulnerabilidade programática), para que, no plano das crenças, atitudes e práticas pessoais (vulnerabilidade individual), todos, significando cada um, possam de fato se proteger da infecção e do adoecimento. (pp. 118-119)

Além das limitações do âmbito SUS enunciadas anteriormente, os/as profissionais avaliam que sua forma de trabalho não tem favorecido a prevenção de novos casos de HIV na terceira idade, uma vez que raramente abordam a temática da sexualidade com essas pessoas. Valendo destacar que o enunciado “uso de drogas injetáveis” sequer foi lembrado como estando relacionado à infecção de idosos/as.

Carmen, UAPS- *“Primeiro que a gente não toca nesse assunto com o idoso nos grupos de hipertensos e diabéticos. Então ela não é adequada. Então a gente tem essa falha”.*

Maria, SAE- *“Não considero minha atuação adequada. Igual eu te falei, a gente não tem nenhum trabalho, inclusive assim, seria até interessante a gente fazer um trabalho de grupo neh!? Oficina de sexo seguro neh!? Às vezes até direcionada a pacientes novatos, sei lá. De repente idosos, ou, principalmente, até mulheres. Então não tem nenhum trabalho de prevenção dentro dessa faixa etária”.*

Alguns/mas profissionais reconheceram que a falta desse tipo de abordagem, além de diversos fatores como as concepções errôneas sobre a vivência da sexualidade na terceira idade, podem estar ocasionando o não reconhecimento de casos de soropositividade nessa idade. Através das falas da maioria dos/as entrevistados/as, foi possível analisar que, apesar de afirmarem que deveriam abordar de forma efetiva os temas relacionados à sexualidade de idosos/as, parece ainda não terem assimilado a abrangência da problemática da aids na terceira idade e seus desdobramentos.

Joana, SAE – *“Ah assim, adequada, acho que não, porque eu até pensei aqui, de repente essas pessoas não estão chegando tanto, porque até não tenham conhecimento ainda do diagnóstico, então de repente assim, não se consideram em risco ou vulneráveis, (...) então eu acho que talvez inadequada por essa questão.*

Vilma, UAPS – *“Pra dizer a verdade, olha, eu não tenho aqui pelo menos, não tenho notado muito o aumento de casos na terceira idade não. Justamente deve ser por isso neh!? Porque não tem abordagem, aí não tem queixa neh!? Então isso eu não observei aqui ainda não. Talvez justamente pela falta de política e da falta de abordagem também neh!?”.*

De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2005) nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, a atenção ao HIV/aids vem avançando devido às ações promovidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), que objetivam fazer a identificação de populações mais vulneráveis ao vírus, viabilizar o acesso a informações corretas sobre a aids, realização de discussões e atividades de assistência e de prevenção, além da sustentação de uma rede de referência e contra-referência para o diagnóstico e tratamento das DST's.

Contudo, Silva, Val e Nichiata (2010) consideram que, apesar da potencialidade da ESF, existem dificuldades para concretização desse potencial, uma vez que alguns fatores estruturais e operacionais têm acabado por limitar o potencial da ESF para redução da vulnerabilidade programática ao HIV/aids. Em uma revisão narrativa da

literatura realizada por esses autores, puderam ser identificadas diversas questões que ainda fazem com que a ESF não funcione da maneira mais adequada, como a burocratização no acesso aos insumos de prevenção, já que parte dos serviços impõe cotas para que os usuários possam retirar preservativos masculinos nas unidades; dificuldade de acesso aos serviços; pouca capacitação dos profissionais para atuarem adequadamente na identificação de populações vulneráveis, no manejo clínico da doença e para abordar questões que causam impacto na evolução do processo infeccioso e na qualidade da assistência oferecida aos usuários; dificuldades apresentadas pela Atenção Básica na abordagem de temas relacionados à sexualidade e aos direitos reprodutivos, visto que as atividades de trabalho com esses temas, na maioria dos casos, acabam sendo traduzidas em práticas disciplinadoras e normativas; pouca articulação entre as equipes da ESF em si, assim como com os outros serviços, como os Serviços de Assistência Especializada (SAEs) e Organizações não Governamentais (ONGs).

Em pesquisa realizada em trinta Unidades Básicas do estado de São Paulo, por Bersusa, Gonçalves, Guibu e Paula (2007) também puderam ser observadas limitações da atenção básica no que se refere às ações em HIV/aids. O acesso ao uso do preservativo foi citado como um problema a ser discutido, uma vez que 40,1% das unidades pesquisadas consideram a quantidade de preservativos recebida insuficiente para o bom atendimento da demanda, além disso, notou-se que em 42,6% das unidades não há médicos ou enfermeiros capacitados para aconselhamento do teste HIV. Poucas unidades fornecem informações específicas sobre DST/HIV/aids para a população idosa (38,7%). Os profissionais da pesquisa reconheceram não ter como rotina discutir sexualidade com os idosos, relatando que a ação desenvolvida com essa população resume-se à realização de grupos de hipertensão e diabetes, fato que corrobora com os achados da pesquisa realizada nesta dissertação.

Capozzolo et al. (2007) consideram que a inclusão das ações de prevenção e assistência no que se refere às DST's/aids na atenção básica vem se mostrando como algo bastante complexo, e, como discutido anteriormente, ainda com pouca integração dos serviços especializados em HIV/aids. Os trabalhadores da atenção especializada parecem ter certa insegurança em repassar as ações para as equipes da atenção básica, além de terem dúvidas em relação à capacidade dessas equipes desenvolverem corretamente as orientações e os atendimentos. Enquanto os profissionais da atenção básica passam pela incerteza de sua capacidade para desenvolver tal trabalho, experimentando também a “sensação de sobre-trabalho, de fazer um trabalho que é do

outro, um trabalho que é da equipe dos serviços especializados” (Capozzolo et al., 2007, p. 74).

Os/as profissionais de ambos os serviços pesquisados em Juiz de Fora expuseram possibilidades de melhoria de suas atuações. Contudo, além dessas possibilidades esbarrarem nas limitações dos serviços, ficou claro a necessidade de capacitação desses/as trabalhadores para lidarem com as questões que envolvem o HIV/aids na terceira idade, além da implementação de políticas públicas que dêem visibilidade a essa problemática de saúde pública.

Maria, SAE – *“Eu acho que a gente teria que implementar mais essas questões, acho que talvez trabalhar mais essa questão da sexualidade, essa questão do preservativo.”*

Vilma, UAPS – *“Bom, eu acho que pode aprimorar aqui é de repente eu fazer uma abordagem maior neh!? Em cada pessoa que chegar agora, eu fazer uma abordagem com relação a isso, que quase nunca é feito. Geralmente não é feito... acho que é basicamente isso que eu posso fazer”.*

Como já constatado por Paiva et al. (2006) o direito à prevenção não tem sido priorizado nas instâncias públicas de controle social como tem sido o direito ao tratamento qualificado dos portadores do HIV. Esta pesquisa tem corroborado tal constatação e destaca um amplo contexto de vulnerabilidade programática do público idoso no que se refere ao âmbito da prevenção à aids nos serviços de saúde em Juiz de Fora. A pesquisa constatou que não há informações sobre o número de idosos atendidos especificamente em relação ao HIV/aids, seja no âmbito do tratamento, seja no da prevenção. Além disso, os/as profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde não estão capacitados para a abordagem sindrômica e etiológica em DST voltada ao público idoso. Observou-se também pouca ênfase nas ações para o diagnóstico e tratamento das DST na terceira idade no contexto municipal da Estratégia Saúde da Família.

Beatriz, UAPS – *“Eu acho que a gente poderia desenvolver algum trabalho, neh!? Sei lá, pra aproveitar os grupos também de hipertensos e diabéticos que a gente já tem, pra abordar esse assunto. Apesar de que nesses grupos geralmente tem pessoas mais novas também. Não vem só idosos. Acho que isso seria um ponto de partida”.*

Nesse último fragmento de fala encontra-se uma clara alusão à patologia (hipertensão e diabetes) como determinante de uma forma de contorno identitário, como se ao reunir as/os usuárias/os por meio do diagnóstico organizasse o serviço. Vale

destacar que na fala da informante o diagnóstico é característica identitária mais do que a dimensão geracional do público a ser atendido pelo serviço. E especificamente estas duas patologias, o diabetes e a hipertensão, estão diretamente vinculadas à população adulta, mas não exclusivamente à população idosa. Porém para que a prevenção ao HIV/aids junto ao público idoso seja contemplada como estratégia integrada ao contexto de saúde é fundamental que ela seja pautada em âmbito municipal da saúde pública.

Conseguir mudanças no campo da prevenção também dependerá do ritmo necessário ao processo de tomada de decisões em nível local. Pactuar a prevenção a partir da garantia de direitos é mais plausível do que tentar chegar a um consenso sobre valores, por exemplo. Definir a prevenção como um direito permite avançar das concepções “bancárias” que entendem o participante dos programas de prevenção como “consumidor” de receitas e valores pré-definidos de como se comportar, para uma relação dialógica que inclua sujeitos, considerando seus valores e contextos socioculturais. (Paiva et al., 2006, p. 117)

Foi possível constatar que a carência de políticas públicas de prevenção de assistência específicas para a questão da aids na terceira idade tem implicações diretas no que diz respeito às concepções dos profissionais em saúde, uma vez que suas atuações estão intrinsecamente ligadas às preconizações do Ministério da Saúde, e que essas concepções também influenciam na elaboração dessas políticas. A ausência de políticas para idosos/as faz com que os/as profissionais raramente pensem na possibilidade de um/a idoso/a estar infectado, não solicitando o exame anti-HIV, o que acaba fazendo com que eles/as não descubram sua sorologia, tornando essa problemática cada vez mais invisível aos olhos dos órgãos competentes e da sociedade.

Ao refletirmos sobre a falta de campanhas de prevenção para a terceira idade e, ainda, sobre o despreparo dos profissionais de saúde em lidar com os/as idosos/as e com a problemática do HIV nessa faixa etária, também é importante lembrarmos que o histórico das ações brasileiras de combate à epidemia foi e continua sendo marcado por uma relação estreita entre o Estado e os movimentos sociais, tanto no desenvolvimento de ações conjuntas, quanto no confronto político pelo reconhecimento e garantia de direitos. A luta de tais movimentos, fortemente representados pelas ONGs e por segmentos populacionais atingidos pela epidemia, como homossexuais, travestis, profissionais do sexo, mulheres, foi determinante para a transformação de uma realidade em que predominou a negação de direitos das pessoas vivendo com HIV/aids, para uma

conjuntura de resgate de cidadania. Nesse sentido, cabe uma reflexão a respeito das possibilidades de protagonismo do idoso nos movimentos sociais, o que tem se mostrado de forma bastante incipiente.

Simone de Beauvoir (1970) e Eneida Haddad (1986) discutiram em suas obras as mais variadas questões relacionadas ao processo de envelhecimento, dentre elas, a perda do valor social do idoso na sociedade. Segundo as autoras, o idoso foi transformado em elemento descartável de um sistema que prioriza a capacidade produtiva em detrimento de outras dimensões do humano, caracterizando o envelhecimento como uma fase ociosa, sem espírito crítico e participação cidadã. Veras e Caldas (2004) consideram que a valorização da ciência, apesar de ter gerado grandes avanços, silenciou outras formas de saber, “neste contexto, a tradição e a sabedoria dos anciãos perderam valor frente à palavra da ciência” (p. 425). Ainda de acordo com esses autores, é fundamental que a cidadania seja garantida para todos, inclusive para aqueles que a tiveram e perderam, como é o caso do público idoso, resgatando seu valor para a sociedade.

O VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS, ocorrido em junho de 2010 em Brasília (DF), é considerado o maior e mais importante evento no Brasil no que se refere à discussão e implementação de políticas de assistência e prevenção às pessoas vivendo com HIV/aids, porém é fundamental ressaltar que neste Congresso não houve qualquer curso, fórum, conferência ou mesa redonda que tenha tratado especificamente do assunto HIV/aids na terceira idade. O público gay, de jovens, e de travestis, por exemplo, esteve presente com bastante diligência e ânimo nas discussões das políticas já existentes e sobre a necessidade de implementação de outras, que atendam melhor às suas especificidades. Por outro lado, não foi possível acompanhar nenhuma discussão dessa natureza tendo sido levantada por e para idosos.

Assim sendo, podemos perceber que, ao contrário de outros segmentos populacionais - como homossexuais, travestis, profissionais do sexo, mulheres - o fato de o público idoso não apresentar-se de forma significativa nos movimentos sociais relacionados à luta contra aids, pode ser parte da explicação do contexto vivenciado atualmente – de ausência de programas eficientes de prevenção, tratamento e cuidado de idosos/as soropositivos/as.

Portanto, através da análise das ações de prevenção ao HIV/aids desenvolvidas pelos serviços pesquisados, pôde-se evidenciar a vulnerabilidade na sua dimensão

programática, que acaba por influenciar tanto nos contextos de vulnerabilidade social, quanto na vulnerabilidade individual de idosos e idosas.

Ficou evidente a necessidade de um novo paradigma de ação nesse sentido, não somente em relação ao público idoso, como também à população em geral, uma vez que as ações desenvolvidas pelos serviços parecem estar fortemente embasadas em aspectos clínicos, no modelo biomédico tradicional, negligenciando os determinantes que aumentam a vulnerabilidade individual. É importante que existam ações que não se baseiem apenas na informação, posto que estas não dão conta da complexidade que envolve a prevenção e o viver com HIV/aids, mas sim aquelas que envolvem meios que fortalecem os indivíduos, as famílias e a comunidade, principalmente ligados aos direitos humanos, de forma a capacitá-los para transformar seus conhecimentos em práticas (UNAIDS, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do número de pessoas idosas no mundo configura-se atualmente como um relevante fenômeno global, com desdobramentos no contexto econômico, social e cultural, mas também, com impactos nas arenas de governabilidade, como por exemplo, no âmbito da saúde pública. A análise aqui apresentada remete, portanto, à biopolítica que lida com a população; especificamente, com a população idosa. População esta que, à luz das reflexões foucauldianas, deve ser analisada como “problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder” (Foucault, 2000, p. 293). Nesse contexto, é notório que tal processo de envelhecimento demográfico reflete na esfera da estrutura social, econômica, política e cultural da sociedade, haja vista que o público idoso, bem como os demais segmentos etários, possui demandas específicas para obtenção de adequadas condições de vida.

No Brasil, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, esse processo está associado a contextos de pobreza, exclusão social e aos altos níveis de desigualdade. Ou seja, embora o aumento da expectativa de vida da população seja visto como uma das principais conquistas sociais do século XX, este traz consigo grandes desafios para as políticas públicas, como a manutenção da dignidade humana, a igualdade entre os diferentes grupos etários na divisão dos recursos, na distribuição de direitos e responsabilidades sociais.

Apesar da implementação de políticas públicas de saúde voltadas à população idosa no Brasil representarem um grande avanço no que se refere aos direitos do idoso no país, ainda existem situações nas quais os direitos preconizados nas políticas não são garantidos como deveriam, ou mesmo, áreas de intervenção do Estado em que essa população não é contemplada com a devida atenção, como é o caso das políticas públicas em HIV/aids atualmente em vigor no Brasil.

Nesta pesquisa, investigamos os desdobramentos das políticas públicas em HIV/aids destinadas aos idosos nas práticas dos profissionais de saúde de dois serviços públicos de atenção básica em um município de médio porte. Para tanto, analisamos os discursos e os dispositivos de saber/poder que constituem tais práticas, problematizando as concepções dos profissionais de saúde que atuam no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) da cidade de Juiz de Fora, no que diz respeito à aids na terceira idade e sua atuação profissional. Embora os dados epidemiológicos ilustrem um significativo aumento dos casos de pessoas infectadas pelo HIV nessa faixa etária, os achados deste estudo evidenciaram um gravíssimo quadro de vulnerabilidade programática que envolve o público idoso ao HIV/aids. A exclusão da população com idade igual ou superior a 60 anos, tanto das estratégias preventivas ao HIV/aids, quanto das ações assistenciais direcionadas às pessoas vivendo com o vírus foi claramente detectada neste estudo.

No que se refere à análise documental realizada em bases de dados do Ministério da Saúde e outros órgãos governamentais voltados à saúde do idoso, bem como da problemática do HIV/aids, constatou-se uma realidade preocupante: a ausência de políticas públicas tanto de prevenção ao vírus, quanto de assistência ao portador do HIV nessa faixa etária. As duas campanhas voltadas para homens e mulheres com mais de 50 anos – Clube dos Enta e Clube da Mulher Madura -, apesar de significarem avanços para a visibilidade dessa problemática, além de sua descontinuidade ao longo dos anos, também, demonstram falhas com relação a seu conteúdo, como o fato de serem atravessadas por alguns estereótipos de gênero e pela heteronormatividade, como foi analisado nesta dissertação.

A análise das entrevistas com profissionais em saúde também permitiu constatar um importante contexto de vulnerabilidade programática no que se refere ao atendimento ao público idoso nos serviços de saúde atuantes no município de Juiz de Fora. O trabalho de análise descreveu e interpretou cinco núcleos de sentido em torno dos quais os jogos de enunciados se processaram, sendo eles: concepções sobre a aids entre profissionais de saúde e seus desdobramentos; atuação preventiva nos serviços; especificidades das enunciações sobre o HIV na terceira idade; ausências e limitações no âmbito SUS; e possibilidades de atuação profissional em saúde. Na análise dos discursos que compõem a própria materialidade das falas de profissionais de saúde entrevistados/as, foi possível evidenciar diferentes enunciados, que se articularam de

variadas formas com outros enunciados, designando posições de sujeitos da saúde pública brasileira.

A aids é enunciada como um grave problema de saúde pública, estando ligada a diversos fatores sociais, econômicos e políticos, devendo portanto, ser trabalhada com muito respaldo. Contudo, quando relacionada à terceira idade, essa problemática parece não despertar uma significativa preocupação por parte dos/as entrevistados/as. E mais, em alguns momentos pôde ser verificado que os/as próprios/as profissionais possuem concepções preconceituosas e equivocadas sobre os aspectos que envolvem o HIV e o (con)viver com o vírus na velhice, o que deixou evidente a necessidade e importância de que a questão do preconceito em relação ao HIV/aids seja um tema melhor problematizado no âmbito da formação de profissionais da saúde brasileira.

Quanto às estratégias preventivas adotadas pelos serviços, a prática do aconselhamento, e da testagem de gestantes visando à redução da transmissão vertical, foram as mais citadas pelos/as entrevistados/as. Apesar de o aconselhamento ser uma prática fundamental tanto para a prevenção, quanto para a assistência às pessoas que vivem com o HIV/aids, o grupo de direitos reprodutivos no qual são abordadas as questões preventivas em relação ao HIV na unidade de atenção primária possui participação de um público jovem, em idade reprodutiva. No SAE, as ações preventivas e assistenciais também estão voltadas aos jovens e adultos jovens. Foi constatado que essas políticas têm sido bem assimiladas e desenvolvidas pelos/as profissionais desses serviços, contudo, essas práticas não têm abarcado o público idoso. Os/as profissionais justificaram a não realização de ações preventivas direcionadas à terceira idade pelo fato de o Ministério da Saúde direcionar as políticas de prevenção e assistência para as populações vulneráveis, não incluindo o grupo idoso nestas.

Dessa forma, ficou evidente que a falta de reconhecimento do Ministério da Saúde da população idosa como um segmento vulnerável ao HIV e ausência de políticas públicas que abarquem as particularidades desse público, gera desdobramentos na prática dos profissionais e na dinâmica dos próprios serviços, que não têm priorizado as questões relativas à vulnerabilidade de idosos e idosas. Ao não priorizarem tais questões, a temática da aids na terceira idade torna-se cada vez mais invisível diante do Estado e da sociedade, uma vez que a falta de abordagem preventiva com esse público obscurece tal problemática, fazendo com que os casos de HIV nessa faixa de idade não sejam diagnosticados, além de não favorecer a prevenção do surgimento de novos casos e/ou reinfecções nesse grupo etário.

Os/as entrevistados/as, principalmente do SAE, apesar de afirmarem a existência de um aumento de casos de HIV na população idosa, devido ao fato de essa ainda não representar a maioria dos usuários atendidos no serviço, não é desenvolvida nenhuma atividade de prevenção ou assistência específica para esse grupo. Além disso, alguns/mas profissionais consideram que a atuação tanto de prevenção quanto de assistência com os/as idosos/as deve ser conduzida da mesma forma como atuam com outras faixas etárias. Esse fato traduz claramente o contexto de vulnerabilidade ao qual o idoso se insere, uma vez que ao mesmo tempo em que os serviços tentam generalizar o atendimento, os/as profissionais e o próprio serviço não conseguem generalizar o princípio da sexualidade. Ou seja, o serviço defende a assistência generalista, mas particulariza a vivência da sexualidade, de modo que idosos e idosas não sejam concebidos como seres sexuados. Ainda é importante destacar que a questão do uso de drogas injetáveis na terceira idade sequer foi lembrada e discutida pelos/as entrevistados/as, o que nos permitiu constatar que tais profissionais percebem o uso de drogas como algo distante dos modos de vida de pessoas idosas, não abordando os aspectos preventivos com esse público.

Portanto, entendemos que o público idoso possui um não-lugar no contexto das políticas públicas brasileiras em HIV/aids. Os relatos dos/as profissionais em saúde são atravessados por discursos que designam a idosos e idosas, certas posições de invisibilidade, posições abjetas, facilmente traduzidas em condições de menos direitos, menos acesso a políticas públicas. A fala desses/as informantes parece ser produto do próprio contexto, que (re)produz a lógica da não valorização da atenção às pessoas idosas. Como ressalta Veras (2007), ainda existe muita desinformação, preconceito e desrespeito ao público idoso, unido a uma precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas desse grupo etário.

Além de ter sido evidenciado nesta pesquisa o fato de os/as profissionais de saúde não terem, em muitos casos, a formação adequada para lidar com as questões da terceira idade, tendo aparecido enunciações que admitiram dificuldades de atuação com os/as idosos/as de uma forma geral, incluindo-se a saúde sexual nessa faixa etária. Também pôde ser constatado que há significativas ausências e limitações nos serviços, que acabam por prejudicar a atuação desses/as trabalhadores, como infra-estrutura inadequada, quadro de profissionais reduzido, falta de informatização dos dados.

Apesar de os serviços de Atenção Básica à Saúde serem espaços fundamentais e estratégicos no que se refere a uma “abordagem multidisciplinar integrada, de forma a

desenvolver ações adequadas de promoção à saúde e prevenção, diagnóstico e assistência, para os pacientes, seus familiares e a comunidade” (Brasil, 2006, p. 12), esses serviços parecem não estar desenvolvendo tais ações de forma a aproveitar todo seu potencial, já que as estratégias preventivas e assistenciais realizadas pela Unidade da Atenção Primária à Saúde pesquisada, além de serem significativamente limitadas em relação ao público idoso, também apresentam outras falhas, principalmente em relação à assistência ao HIV/aids ao público em geral. Além disso, embora seja priorizada pelo SUS a necessidade de integração das ações de promoção, prevenção e assistência, foi constatado que tal integração não vem ocorrendo, uma vez que os/as entrevistados/as do SAE não têm conhecimento de ações de prevenção ao HIV/aids desenvolvidas nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Desse modo, entendemos que as limitações dos serviços de saúde devem ser trabalhadas, visando proporcionar melhores condições de trabalho e ações qualificadas.

Conforme exposto, pode-se concluir que a problemática da aids na velhice está relacionada a aspectos delicados e complexos, ainda pouco discutidos e problematizados. Embora a temática da aids seja significativamente disseminada no meio científico, sendo trabalhada em inúmeros grupos de estudos na área da saúde coletiva, no contexto da velhice esse número de estudos cai drasticamente, estando refletido na baixa quantidade de publicações sobre o mesmo. Este trabalho teve o desígnio de ampliar a discussão sobre o tema, contribuindo para o aumento de sua visibilidade.

A pesquisa ilustrou um sério contexto de vulnerabilidade programática ao qual o público idoso está inserido, haja vista que as duas ações de prevenção implementadas pelo Ministério da Saúde parecem não dar conta dessa problemática de saúde pública, o que acaba por refletir nas práticas profissionais desenvolvidas nos serviços de saúde. Apesar de o Ministério da Saúde reconhecer, e até mesmo incentivar a vivência da sexualidade na terceira idade, tal órgão não tem desenvolvido políticas públicas que dêem subsídio para que essa prática seja vivenciada de forma segura e consciente.

Ao contrário do contexto da transmissão vertical, que como ilustrado nesta pesquisa, possui políticas que vêm sendo significativamente desenvolvidas tanto no SAE, quanto na ESF, o público idoso, mesmo representando um grupo com considerável aumento de casos de soropositividade nos últimos anos, ainda é um segmento pouco contemplado nas políticas públicas em HIV/aids no Brasil, assim como na prática de profissionais de saúde.

É nesta perspectiva que entendemos como um horizonte razoável de possibilidades: a ampliação de estudos que investiguem as questões relacionadas ao HIV terceira idade de forma mais aprofundada e articulada com questões como sexualidade na terceira idade, relações de gênero, aceitação dos preservativos masculino e feminino, repercussão psicossocial dos efeitos colaterais da terapia antiretroviral, demandas nutricionais, auto-imagem, bem-estar, depressão, qualidade de vida; a implementação de ações de prevenção, esclarecimento, diagnóstico e assistência adequadas a essa faixa etária, bem como a capacitação de profissionais de saúde para lidarem de modo competente, qualificado e satisfatório com as particularidades do público idoso; além disso, destacamos a necessidade de um maior envolvimento das próprias pessoas idosas com o movimento social de luta contra o vírus, trazendo para a arena pública suas necessidades, dúvidas e proposições de ações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA (2010). Seminário Prevenção das DSTs/AIDS: novos desafios. Tema: Aprimorando o debate II: respostas sociais frente à AIDS. Orgs. Cristina Pimenta, Juan Carlos Raxach, Veriano Terto Jr. Rio de Janeiro.
- Almeida, T., & Lourenço, M. L. (2007). Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 10(1), 101-113.
- Alves, F. A. P. (2002). *Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior a 50 anos em Pernambuco, 1990 a 2000*. Dissertação Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE.
- Alves, J. A. (1995). A conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington. *Revista da Abep*, 12, 1-2.
- Alves, R. N., Kovacs, M. J., Stall, R., & Paiva, V. (2002). Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres. Maringá, PR *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 36, 32-39.
- Arretche, M. (2000). *Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização*. FAPESP-Editora Revan, São Paulo.
- Ayres, J. R. C. M. (1997). *Sobre o Risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec.
- Ayres, J. R. C. M., França Junior, I., Calazans G, & Salletti H. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: R. Barbosa, & R. Parker R, (Orgs.), *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; p. 50-71.
- Ayres, J. R. C. M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface _ Comunic, Saúde, Educ*, 6(11), 11-24.
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C. (2003). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: D. Czeresina, & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 117-140.

- Barbosa, M. R. (1999). Negociação sexual ou sexo negociado? Poder, gênero e sexualidade. In: R. M. Barbosa, & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso: direito, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, p.73-88.
- Barbosa, R. M., & Koyama, M. A. H. (2008). Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998-2005. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 42(1), 21-33.
- Barbosa, R. M., & Perpetuo, I. (2009). Análise das estratégias de prevenção da disseminação do HIV entre mulheres no Brasil, especialmente do uso do preservativo feminino. Documento preliminar produzido no âmbito do Termo de Referência do UNFPA - CONTRATO DE CONSULTORIA, 042 / 2009. Recuperado em 2 de janeiro, 2010, de <http://nepaids.vitis.uspnet.usp.br/wp-content/uploads/2010/04/capitulo-CF-Regina-Barbosa-livro-UNFPA-SPDM1.pdf>
- Bastos, F. I. (1996a). Cenas Nubladas: A usuária de Drogas Injetáveis e a Epidemia de Aids. In: R. Praker, & J. Galvão, (Orgs), *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil* (pp. 61-77). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Bastos, F. I. (1996b) Ruína & reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea. Rio de Janeiro: Relume/Dumará.
- Bastos, F. I. (2006). *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Beauvoir, S. de (1970). *A Velhice*. Tradução Maria Helena Franco Martins. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fronteira. Título Original: La Vieillesse.
- Beck, A. (1968). Sexualidade e Depressão: aspectos médicos da sexualidade humana. In: A. Beck, J. Rush, B. F. Shaw, & G. Emery, (Orgs.), *Terapia Cognitiva da Depressão* (pp. 44-51). Porto Alegre: Artmed.
- Berquó, E. S., Barbosa, R. M., & Lima, L. P. (2008). Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 34-44.
- Bersusa, A. A. S., Gonçalves, D. de A., Guibu, Ione, A., Paula, I. A. de (2007). Entendendo a realidade dos serviços: análise dos resultados. In: I. A. de Paula, A. I. Aquemi. *DST/AIDS e rede básica: uma integração necessária*. São Paulo, São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde, p.34-50.

- Birman, J. (org.). *Feminilidades*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2002.
- Biasus, F. (2009). *Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Florianópolis.
- Bodstein R. (2002). Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, 7(3), 401-412.
- Borelli, A. (1998). Gênero: desafios e perspectiva. *Revista Cruzeiro do Sul Rio Grande do Sul*, 11(4), 79-84.
- Bortolotti, L. M. R., & Borges, Z. N. (2009). A sexualidade da mulher na velhice: um estudo etnográfico nos bailes de terceira idade. Universidade Federal de Santa Maria – UFSM/RS-BR. Recuperado em 2 de junho, 2011, de [http://www.ram2009.unsam.edu.ar/GT/GT%2053%20%E2%80%93%20Cuerpo%20y%20Biociencias/GT53%20-%20Ponencia%20\[Bortolotti-Borges\].pdf](http://www.ram2009.unsam.edu.ar/GT/GT%2053%20%E2%80%93%20Cuerpo%20y%20Biociencias/GT53%20-%20Ponencia%20[Bortolotti-Borges].pdf)
- Botazzo C. (1999). Unidade básica de saúde: a porta do sistema revisitada. São Paulo: Edusc.
- Brandão, M. H. H. N. (1997). *Introdução à análise do discurso*. Campinas: Editora da UNICAMP.
- Brasil, Ministério da Saúde (1997). Compatibilização de Sistemas e Base de Dados (CBD) da Rede Integrada de Informação para a Saúde (RIPSA). *Informe Epidemiológico do SUS*, 6, 35-41.
- Brasil, Ministério da Saúde (1998). Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos. / Coordenação Nacional de DST e Aids. __ 2ª ed. __ Brasília: 25 p.
- Brasil, Ministério da Saúde (1999). Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde (2000). Coordenação Nacional de DST e AIDS. Aderência ao tratamento por Anti-retrovirais. Ministério da Saúde, CN DST/AIDS. Brasília.

- Brasil, Ministério da Saúde (2002). Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos síntese dos principais resultados. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde (2005). IBOPE, Entrevistas feitas entre 26 e 29 de janeiro de 2003 com a população brasileira sexualmente ativa com 14 anos ou mais. Recuperado em 11 de fevereiro, 2010, de <http://www.aids.gov.br>
- Brasil, Ministério da Saúde (2006a). HIV/Aids, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica - n.º 18, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006b). Saúde Bucal. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica - n.º 17. Brasília – DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007a). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Cadernos de Atenção Básica – n.º 19. Brasília DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007b). Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento anti-retroviral. Mimeografado.
- Brasil, Ministério da Saúde (2007c). Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2008a). *Boletim Epidemiológico AIDS - Ano V n.º 1 - julho a dezembro de 2007/ janeiro a junho de 2008*. Recuperado em 20 de outubro, 2010, de http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B31A56BC6-307D-4C88-922D-6F52338D0BF4%7D/Boletim2008_vers%E3o1_6.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2008b). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. — Brasília : Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil, Ministério da Saúde (2008c). A Assistência e as Alternativas - Serviço de Assistência Especializada (SAE). Recuperado em 15 de março, 2010, de http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo2.htm

- Brasil, Ministério da Saúde (2009). Prevenção na Rede. Fórum Virtual sobre DST/AIDS. Relatório Final. Série Estudos, Pesquisas e Avaliação nº 12.
- Brasil, Ministério da Saúde (2010a). *Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Resposta Brasileira 2008-2009: Relatório de Progresso do País*. Secretaria de Vigilância em Saúde- Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília: DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2010b). Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).
- Brasil, Ministério da Saúde (2010c). Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília 172 p. : il. – (Série Manuais, n. 46).
- Buchala, C. M., & Paiva V. (2002) Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública*, 36(4),117-119.
- Butler, R. N. (1969). Age–ism: another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(2), 243–246.
- Butler, R. N., & Lewis, M. I. (1985). *Sexo e Amor na Terceira Idade*. São Paulo: Summus Editorial.
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Caldas, J. M. P., & Gessolo, K. M. (2007). *AIDS depois dos 50: um novo desafio para as políticas de saúde pública*. Recuperado em 05 de maio, 2010, de <http://www.aidscongress.net/pdf/285.pdf>
- Camacho, A. C. L. F., Coelho, M. J. (2010). Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm*, 63(2), 279-84.

- Camarano, A. A., & Pasinato, M. T. (2004). O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: A. A. Camarano (Org.), *Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60?* (pp. 253-292). Rio de Janeiro: IPEA.
- Camargo Júnior, K. R. (1994). *As ciências da AIDS & a AIDS das ciências: O discurso médico e construção da AIDS*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Camargo Júnior, K. R. (1995). A construção da aids. In: D. Czeresnia, E. M. Santos, R. E. S. Barbosa, & S. Monteiro (Orgs.), *Aids: Ética, Medicina e Biotecnologia*. Hucitec Abrasco.
- Camargo Júnior, K. R. (1999). Políticas públicas e prevenção em HIV/Aids. In: R. Parker, J. Galvão, & M. Bessa (Orgs.), *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil*. Rio de Janeiro/São Paulo, ABIA/Editora 34.
- Camargo Júnior, K. R. (2004). A assistência e a prevenção à AIDS no âmbito do SUS. In: ASSISTÊNCIA E PREVENÇÃO À EPIDEMIA DE AIDS NO SUS. ABIA Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro.
- Camargo Júnior, K. R. (2009). O conceito de Prevenção Positiva em debate. In: C. Juan, I. Raxach, C. Maksud, V. Pimenta, Terto Jr. (Orgs.). *Prevenção Positiva: estado da arte*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA).
- Campos, G. W. S. (2007). Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cienc. Saude Colet.*, 12(2), 301-306.
- Capozzolo, A. A., Fortuna, C. M., & Matumoto, S. (2007). A Atenção Básica e a Produção do Cuidado Integral às Pessoas em Relação às DST e Aids. In: DST/AIDS e Rede Básica: Uma Integração Necessária. Livro Atenção Básica. I. A. de Paula, & I. A. Guibu (Orgs.), São Paulo.
- Carneiro Jr., N., (1995). *Vigilância Epidemiológica de AIDS no Município de Santo André – Um Sistema de Informação para o Controle: Um Estudo de suas Características*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Carvalhoes, F. F. de (2008). *Subjetividade e aids: a experiência da doença e da militância na trajetória de vida de mulheres HIV+ vista sob a perspectiva dos estudos de gênero*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis.

- Carvalho, J. R. (1999). Os desafios para a saúde. *Estud. av.*, 13(35), 7-20.
- Carvalho, C. V., Duarte, D. B., Merchán-Hamann, E., Bicudo, E., & Laguardia, J. (2003). Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 593-604.
- Carvalho, C. V., Merchán-Hamann, E., & Matsushita, R. (2007). Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 40(5), 555-565.
- Castro, N. M. S., & Reis, C. A. C. (2002). Sexualidade na Terceira Idade: não posso, não quero ou não devo. O mito da dessexualização das idosas e a influência da estereotipia negativa às mesmas e suas conseqüências na vida afetiva e sexual. *Revista de Iniciação Científica Newton Paiva 2001 – 2002*. Recuperado em 24 de julho, 2010, de http://nelydecastro.com.br/publicacao/artigos/sexualidade_terceira_idade.pdf
- Catania, J. A., Turner, H., Kegeles, S. M., Stall, R., Pollack, L., & Coates, T. J. (1989). Older americans and aids: transmission risks and primary prevention research needs. *Gerontologist*, 29(3), 373-81.
- Catusso, M. C. (2005). Rompendo o silêncio: desvelando a sexualidade em idosos. *Textos & Contextos*, 4(1) (Paginação irregular). Recuperado em 10 de agosto, 2010, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/996/776>
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) (2008). *Referências técnicas para a atuação do(a) psicólogo(a) nos Programas de DST e AIDS*. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: CFP.
- Coelho, A. V. R. (2006). *O Sentido Subjetivo da Sexualidade na Terceira Idade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1.665, de 7 de maio de 2003. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos. Recuperado em 20 de janeiro, 2011, de http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm>

- Cresson, G. (1991). La santé, production invisible des femmes. *Recherches Féministes*, 1 (4).
- Cruz, M. M., Toledo, L. M., & Santos, E. M. (2003). O sistema de informação de AIDS do Município do Rio de Janeiro: suas limitações e potencialidades enquanto instrumento da vigilância epidemiológica. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 81-89.
- Cruz, E. F. (2007). Infâncias, adolescências e AIDS. *Educ. Rev.*, 46, 363-384.
- Czeresnia D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia, D., & Freitas, C. M., (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p.39-53.
- Dazzi, M. D. B. (2000). O saber autorizado – voz e voto para ensinar sobre o corpo. UNISINOS, GE: Gênero, Sexualidade e Educação / n.23. Recuperado em 7 de janeiro, 2010, de <http://www.anped.org.br/reunioes/27/ge23/t238.pdf>
- Debert, G. G. (1997). A invenção da Terceira Idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Recuperado em 2 de março, 2011, de http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_34/rbcs34_03
- Debert, G. G. (1998). A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: M. M. L. de Barros (Org.), *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, pp. 49-67.
- Debert, G. G. (1999). *A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Fapesp.
- Diniz, R. F., & Saldanha, A. W. (2008). Aids e velhice: crenças e atitudes de agentes comunitários de saúde. *Temas psicol.*, 16(2), 185-198.
- Discacciati, I. J. A., & Vilaça, E. L. (2001). Atendimento odontológico ao portador de HIV: medo, preconceito e ética profissional. *Rev Panam Salud Publica*, 9(4), 234-239.
- Dourado, I., Veras, M., A. de S. M., Barreira, D., & Brito, A. M. De (2006). Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev. Saúde Pública*, 40, (Supl.), 9-17.

- Fairclough N. (2001). *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora UnB.
- Feitoza, A. R., Souza, A. R., & Araújo, M. F. M. (2004). A magnitude da infecção pelo HIV/Aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE. *J Brasil. Doenças Sex. Transm.*, 16 (4), 32-37.
- Ferreira, B. (1998). Entre a cruz e a espada. *Rev Assoc Bras Odont Nac*, 6(2):74–77.
- Figueiredo, M. A. C. (2001). Algumas questões psicossociais do atendimento a pessoas que convivem com o HIV/Aids, sob o ponto de vista de um grupo de profissionais de saúde. *Jornal Brasileiro de Aids*, 2 (1), 17-24.
- Figueiredo, M. A. C., & Provinciali, R. M. (2006). HIV/AIDS em pessoas idosas: Vulnerabilidade, convívio e enfrentamento. Recuperado em 21 de abril, 2010, de <http://www.aidscongress.net/comunicacao.php?num=280>
- Finkler, L., Oliveira, M. Z., & Gomes, W. B. (2004). HIV/AIDS e práticas preventivas em uniões heterossexuais estáveis. *Aletheia, Canoas*, 20. Recuperado em 17 de junho, 2011, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141303942004000200003&lng=pt&nrm=iso
- Fischer, R. M. B. (2001). Foucault e a Análise do Discurso em Educação. *Cadernos de Pesquisa*, n. 114, 197-223.
- Fonseca A. F. (2005). Políticas de HIV/Aids no Sistema Único de Saúde: uma busca pela integralidade da atenção. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. *Textos de apoio em políticas de saúde*, (pp. 183-205). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Fonseca, E. M., Nunn, A., Souza Junior, P. B., Bastos, F. I., & Ribeiro, J. M. (2007). Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 23, 2134-44.
- Foucault, M. (2000). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2007). *A Arqueologia do Saber* (7ªed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M (2009). *História da Sexualidade II* (13º ed.). São Paulo: Edições Graal.

Foucault, M. (2010). *História da Sexualidade I: a vontade de saber* (20ª edição). Rio de Janeiro: Edições Graal.

Franco, T., & Merhy, E. (1999). Contradições e desafios. In: Conferência Nacional de Saúde On-line, Belo Horizonte – Campinas. Recuperado em 25 de janeiro, 2010, de <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>

Freire, P. (2000). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. (15º ed.) São Paulo: Paz e Terra.

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

Grupo de Apoio e Prevenção à Aids, GAPA. *Histórico da AIDS*. Recuperado em 22 de janeiro, 2011, de <http://www.connect.com.br/~gapahp/historico.htm>

Georgetti, J. A. (2007). *As responsabilidades dos gestores municipais na atenção básica de saúde*. In: DST/aids e rede básica: uma integração necessária. Livro Atenção Básica. I. A. de Paula, & I. A. Guibu (Orgs.), São Paulo.

Giffin, K. (2008). Poverty, inequality, and equity in health: considerations based on a transversal gender perspective. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Recuperado em 9 de fevereiro, 2011, de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000700011&lng=en&nrm=iso

Giraud, M. (1995). *Analysis of sexual behaviour in the French Antilles and French Guiana*. Paris: Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS).

González, C. (2007). Age-graded sexualities: The struggles of our ageing body. *Sex Cult*, 11, 31-47.

Gorinchteyn, J. (2009). *Aids na Terceira Idade. Prática Hospitalar*. Ano XI. Nº 65. São Paulo.

- Gorinchteyn, J. (2010). *Sexo e Aids depois dos 50*. São Paulo, Ícone editora
- Gott, M. (2006). Sexual health and the new ageing. *Age and Ageing*, 3(2), 106–107.
- Gradin, C. V. C.; Souza, A. M. M. & Lobo, J. M. (2007). A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enferm.*, 12(2), 204-13.
- Guerriero, I., Ayres, J. R. C. M., & Hearst, N. (2002). Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 36(4). Recuperado em 2 de janeiro, 2011, de <http://www.scielo.com.br>
- Haddad, E. G. de M. (1986). *A ideologia da velhice*. Cortez.
- Heilborn, M. L., & Gouveia, P. F. (1997). Classes Trabalhadoras, Mulheres e Sexualidade no Contexto da AIDS. In: J. Galvão. II Seminário Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS, ABIA e Programa de Estudos e Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde - IMS/UERJ, Relume-Dumará. Rio de Janeiro, p. 43-54.
- Helman, C. G. (2003). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: ArtMed.
- Jornal do Brasil (1981). Câncer em homossexuais é pesquisado nos Estados Unidos. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro.
- Kalache, A. (1999). Ageing: a global perspective. *Community Eye Health*, 12(29), 1–4.
- Laslett, P. (1989). *A Fresh Map of Life*. The Emergence of the Third Age. Cambridge: Harvard University Press.
- Laurentino, N. R. S., Barboza, D., Chaves, G., Besutti, J., Bervian, S. A., & Portella, M. R. (2006). Namoro na Terceira Idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 3(1), 51-63.
- Lazzarotto, A. R., Kramer, A. S., Hädrich, M., Tonin, M., Caputo, P., & Sprinz, E. (2008). O conhecimento de HIV/aids na Terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1833-1840.

- Legoff, J. (1984). *Documento-Monumento*. Enciclopédia Einaudi, v.1. Lisboa: Memória-História.
- Leite, S. N., & Vasconcelos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, 08 (3), 220-235.
- Leite, M. T., Moura, C., & Berlezi, E. M. (2007). Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 10(3). Recuperado em 24 de novembro, 2010, de http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232007000300007&lng=pt&nrm=iso
- Lewis, D. L., & Boe, R. K. (1992). Cross-infection risks associated with current procedures for using high-speed dental handpieces. *J Clin Microbiol*, 30, 401-406. Recuperado em 29 de outubro, 2011, de <http://jcm.asm.org/content/30/2/401.abstract>
- Lessa, I. (1998). Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis versus terceira idade. In: O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco.
- Levy B. R., Ding L., Lakra D., Kostea, J., & Niccolai, L. (2007). Older persons' exclusion from sexually transmitted disease risk-reduction clinical trials. *Sexually Transmitted Diseases*, 34(8), 541-544.
- Le Breton, D. (2006). *A Sociologia do Corpo*. Sonia M. S. Fuhrmann (Trad) (3ª ed.) Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.
- Lieberman, R. (2000). HIV in older Americans: an epidemiologic Perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(2), 176-182.
- Lima, R. S., Oliveira, E. G., Oliveira, D. C., Tosoli, A. M., & Santos, E. I. (2010). Os antiretrovirais no cotidiano de idosos soropositivos: Um estudo a partir das representações sociais. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2(Ed. Supl.), 952-955.
- Linsk, N. L. (1994). HIV in the elderly. *Families in Society: the journal of contemporary Human Services*. 75(6), 362 - 372.

- Lisboa, M. Ê. S. (2007). A invisibilidade da população acima de 50 anos no contexto da epidemia HIV/AIDS. Recuperado em 2 de janeiro, 2010, de http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=281
- Lopes, V. S., Pordeus, I. A., Paixão, H. H., & Discacciati, J. A. C. (1998). Indivíduos HIV positivos: revelação de soropositividade e negação de atendimento odontológico. Em: Anais da 15ª Reunião Anual da SBPqO. SBPqO, pp. 182.
- Lopes, F. M. V. M. (2010). *Vulnerabilidades da Mulher idosa frente ao HIV/AIDS*. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade. Rio de Janeiro – RJ
- López, F. (2006). Sexualidade e afetividade. In Triadó, C. & Villar, F. (Orgs.), *Psicologia da velhice*, (pp.231-251). Madrid: Alianza Editorial.
- Louro, G. L. (1999). Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis: Vozes 3 edição.
- Lucchese P. T. R. (2003). Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução da desigualdade em saúde. *Rev C S Col*, 8(2), 439-448.
- Machado, M. (1986). A participação da mulher no setor saúde no Brasil - 1970/80. *Cad. Saúde Pública*, 2(4), 449-460.
- Machado M. F. A. S., Monteiro E. M. L. M., Queiroz D. T., Vieira N. F. C., & Barroso M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Cien Saude Colet.*, 12(2), 335-342.
- Maia, C., Guilhem, D., & Freitas, D. (2008). Vulnerabilidade ao HIV/ AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 42(2), 248-258.
- Marques, M. C. da C. (2002). Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, 9(supl.), 41-65.
- Marques, M. C. da C. (2003). *A História de uma Epidemia Moderna. A Emergência Política da AIDS/HIV no Brasil*. Editora da Universidade Estadual de Maringá.

- Menezes, T. M. O., & Lopes, R. L. M. (2007). Revisando o viver da pessoa idosa na perspectiva de gênero. *Rev. Enferm. UERJ*, 15, 591-6.
- Meyer, D., Santos, L. H. S., Oliveira, D. L., & Wilhelms, D. M. (2004). 'Mulher sem vergonha' e 'traidor responsável': problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. I *Revista Estudos Feministas*. 12(2), 51-76.
- Minayo, M. C. de S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Pública*, 9(3), 237-248.
- Minayo, M. C. (1999). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Minayo, M. C. de S., Coimbra Junior, & Carlos E. A. (2004). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Antropologia e Saúde: Editora Fiocruz.
- Miranda, A. A. (2008). Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos. In: *Direitos humanos e HIV/aids: Avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Série B. Textos Básicos de Saúde Série Parcerias e Mobilização Social; n. 6. Brasília DF.
- Monteiro, S. (1999). *Aids, Sexualidade e Gênero: a lógica da proteção entre jovens de um bairro popular carioca*. Tese de doutorado apresentada à Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz.
- Motta, A. B. (1999). As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. *Cadernos Pagu*, 13, 191-221.
- Motta, A. B. (2003). Chegando pra idade. In Lins de Barros, M. M. (Org.), *Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política* (pp. 223-235). Rio de Janeiro: FGV.
- Muller, K. D., Muller, A. J. D., & Braga, A. L. S. (2008). Atuação Multidisciplinar no CTA do PAM de Neves - RJ frente ao envelhecimento dos portadores do HIV. *Encontro Nacional de Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente*, (pp. 97-106). UNIPLI, Niterói/RJ.

- Murta, N. G. (2005). *A velhice ao olhar das equipes de saúde da família de Diamantina/MG*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Estudos Pós-graduandos em Gerontologia. São Paulo (SP): PUC/SP.
- Negreiros, T. C. G. M. (2004). Sexualidade e Gênero no envelhecimento. *ALCEU*, 5(9), 77-86. Recuperado em 19 de março, 2011, de http://publique.rdc.puc-rio.br/revistaalceu/media/alceu_n9_negreiros.pdf
- Nemes, M. I. B., Castanheira, E. R. L., Helena, E. T. S., Melchior, R., Caraciolo, J. M., Basso, C. R., et al. (2009). Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Rev Assoc Med Bras.*, 55, 207-12.
- Neri, A. L. (2003). Atitudes e crenças sobre velhice: análise de conteúdo de textos do jornal O Estado de São Paulo publicados entre 1995 e 2002. In: Von Simson, O. R. de M.; Neri, A. L. & Cachioni, M. (Orgs.). *As múltiplas faces da velhice no Brasil*, (pp. 13-54). Campinas: Átomo Alínea.
- Nogueira C., Saavedra, L., & Costa, C. E. V. (2008). (In)Visibilidade do gênero na sexualidade juvenil : propostas para uma nova concepção sobre a educação sexual e a prevenção de comportamentos sexuais de risco. *Pro-Posições*, 19(2), 59-79.
- Nunes, L. M. S. (2008). *A percepção de soropositivos a partir de 50 anos de idade sobre sua condição de portadores do vírus hiv/aids e a assistência que recebem em uma policlínica do SUS*. Dissertação de mestrado da Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis MG.
- World Health Organization (1998). Health promotion glossary. WHO: Geneve. Recuperado em 15 de março, 2010, de <http://www.ldb.org/vl/top/glossary.pdf>
- World Health Organization. “Chronic conditions: the global burden” e “Chronic Diseases”. Recuperado em 2 de setembro, 2010, de: http://www.who.int/chronic_conditions/burden/en/index.html
- Oliveira, I. C. V., Saldanha, A. A. W., & Araújo, L. F. (2006). Percepções dos profissionais de saúde acerca da AIDS na velhice. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 18(2), 143-147.
- Oliveira, M da. G., & Cabral, B. E. da S. L. (2004). *Lazer nos grupos de convivência para idosos: uma experiência de sociabilidade*. Recuperado em 16 de março, 2010, de http://chip.cchla.ufpb.br/paraiwa/04-guia_e_benedita.html

- Organização Pan-Americana da Saúde (2006). Guia para atenção e manejo integral de usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS na América Latina e Caribe. Washington, D.C: OPAS.
- Ortner, S. B. (1979). Está a mulher para o Homem assim como a natureza para a cultura? In: M. Z. Rosaldo, & L. Lamphere (Orgs.). *A mulher, a cultura e a sociedade* (Coleção o Mundo, vol 31) Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Ory, M. G., & Mack, K. A. (1998). Middle Aged and older people with Aids. *Research on aging*, 20(6),653-664.
- Paiva M. S. (1999). A feminilização da aids: uma questão de gênero? *Rev. Bras. Enfermagem*, 52(1), 7-13.
- Paiva, V. (2000a). *Fazendo Arte com a Camisinha: Sexualidades Jovens em Tempos de Aids*. São Paulo: Summus Editorial.
- Paiva, V. (2000b). Cenas sexuais, roteiros de gênero e sujeito sexual. In: R. Barbosa, & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso*. São Paulo: Editora 34, p.248-69.
- Paiva, V., Bugamelli, L., Leme, B., Ventura-Filipe, E., Tunala, L., Santos, N. J. (1998). Sida, vulnerabilidad y condicionantes de género. In: A. Gómez, (Ed.), *Cuadernos Mujer Salud*. 3.ed. Santiago: RSMLAC, p.34-9.
- Paiva, V., Latorre, M. R., Gravato, N., Lacerda, R. (2001). In: ECI-Brasil. *Sexualidade das mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo* (mimeogr.).
- Paiva, V. (2002). Sem mágicas soluções: a prevenção ao HIV e à Aids como um processo de Emancipação psicossocial. *Comunic, Saúde, Educ*, 6(11), 25-38.
- Paiva V., Pupo, L. R., & Barboza, R. (2006). O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saude Publica*, 40(Supl.), 109-119.
- Pankhurst, C. L., & Philpott-Howard, J. N. (1993). The microbiological quality of water in dental chair units. *J. Hosp. Infect*, 23: 167-74.

- Parker, R., & Barbosa, R. M. (1996). *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS/UERJ.
- Parker, R., & Galvão, J. (Org.) (1996). *Quebrando o silêncio: mulheres e Aids no Brasil*. Rio de Janeiro. Relume Dumará.
- Parker, R. (1997). *Introdução Em Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar Editor.
- Parker, R. G., Galvão, J., & Bessa, M. S. (1999). *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Parker, R., & Camargo Jr., K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 89-102.
- Peixoto, C. (2007). Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velhos, velhote, idoso, terceira idade. In: M. Moraes, G. Debert, & C. Peixoto (Orgs.), *Velhice ou terceira idade?* (pp. 69-84). Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas.
- Perpétuo, I., Abreu, D., & Perpétuo, G. (2005). Estudo da política de distribuição e acesso ao preservativo feminino. (Relatório Final, 2 v.).
- Perucchi, J., & Toneli, M. J. F. (2008). Aspectos políticos da normalização da paternidade pelo discurso jurídico brasileiro. *Revista Psicologia Política*, 8(15), 139-156.
- Pinheiro, R., Guizardi, F., Machado, F. R., & Gomes, R. S. (2010). Demanda em Saúde e Direito à Saúde: necessidade ou liberdade? Algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: R. Pinheiro, & R. A. Mattos (Orgs.). *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/Abrasco, 2ª edição.
- Praça, N. S., & Gualda, D. M. R. (2003). Risco de infecção pelo HIV: como mulheres moradoras em uma favela se percebem na cadeia de transmissão do vírus. *Rev Lat Am Enferm.*, 11(1),14-20.
- Prefeitura de Juiz de Fora (2009). Secretaria de Saúde. Programa Municipal de DST/Aids. *Epidemiologia da AIDS em Juiz de Fora – 2009*. Recuperado em 20 de junho, 2010, de http://www.pjf.mg.gov.br/saude/aids_dst/artigos.php

- Prilip, N. B. A. (2004). *O pulso ainda pulsa: o comportamento sexual como expressão da vulnerabilidade de um grupo de idosos soropositivos*. São Paulo, 2004. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. PUC-SP, São Paulo.
- Proietti, F. A., & Caiaffa, W. T. (1997). Minas Gerais. In: Ministério da Saúde, organizador. *Simpósio satélite: a epidemia de AIDS no Brasil – situação e tendências*. Brasília: Ministério da Saúde; p. 193-216.
- Ramos, F., & González, H. (1994). A Sexualidade na Velhice. In Buendía, J. (Org.), *Envelhecimento e Psicologia da Saúde*. (pp.151-177). Madrid: Siglo Veintiuno editores.
- Reis, C. T., Czeresnia, D., Barcellos, C., & Tassinari, W. S. (2008). A interiorização da epidemia de HIV/AIDS e o fluxo intermunicipal de internação hospitalar na Zona da Mata, Minas Gerais, Brasil: uma análise espacial. *Cad Saude Publica*, 24(6), 1219-28.
- Rhoden, F. (2008). O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *Hist cienc saúde*, 15 (1): 132-52.
- Ribeiro, C. G., Coutinho, M. P. L., Saldanha, A. A. W., & Azevedo, R. L. V. (2006). Concepção da aids: o que pensam os profissionais e os pacientes? Concepção da aids. *DST – J bras Doenças Sex. Transm.* 18(3), 185-189.
- Ribeiro, L., & Jesus, M. (2006). Avaliando a incidência dos casos notificados de AIDS em idosos no estado de Minas Gerais no período de 1999 a 2004. *Cogitare Enferm.*, 11(2), 113-116.
- Rich, A. (2010). Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Bagoas*, 4(5), 17-44.
- Risman, A. (1999). Corpo–psique–sexualidade: Uma expressão eterna. In: R. Veras (Org.), *Terceira Idade: Alternativas para uma sociedade em transição*. (pp. 161-172). Relume-Dumará.
- Rocha S. (2003). AIDS: uma questão de desenvolvimento? In: Passarelli C. A. *AIDS e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas* (pp. 34-40). Rio de Janeiro: ABIA.

- Rosen, G. (1994). *Uma historia da saúde pública*. São Paulo: Hucitec/Unesp/Abrasco.
- Sabroza, P. C. (1944). *Saúde pública: procurando os limites da crise*. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz.
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável*. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto: São Paulo.
- Saldanha, A. A. W., & Araújo, L. F. (2006). A AIDS na Terceira Idade na Perspectiva dos Idosos, Cuidadores e Profissionais de saúde. *VII Congresso Virtual HIV/AIDS - O VIH/SIDA na Criança e no Idoso*, 1(1), 14-19.
- Saldanha A. A. W., Felix, S. M. F., & Araújo, L. F. (2008). Representação sobre a AIDS na velhice por coordenadoras de grupo da terceira idade. *Psico USF*, 13(1), 95-103.
- Santos, D. F. (2007). *A assistência às pessoas vivendo com HIV/aids: aprendendo a cuidar do vírus ou da pessoa?* Tese de doutorado apresentada à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social.
- Santos, S. S. C. (2007). Programa de preparação para aposentadoria na Política Nacional do Idoso e participação da enfermagem. *Revista Enfermagem UFPE*, 1(1) 88-94.
- São Paulo (Estado) (2005). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Ações de prevenção e assistência as DST/AIDS na rede de atenção básica a saúde do Estado de São Paulo. São Paulo (SP): Secretaria de Estado de Saúde.
- Schaurich, D., Coelho, D. F., & Motta, M. G. C. (2006). A cronicidade no processo saúde-doença repensando a epidemia de Aids após os antiretrovirais. *Rev Enferm UERJ*, 14(3): 455-62.
- Schiltz, M. A., & Sandfort, G. M. (2000). HIV-positive people, risk and sexual behavior. *Soc. Sci. Med.*, 50, 1571-1588.
- Schraiber, L. B., & Mendes-Gonçalves, R. B. (2000). Necessidades de saúde e atenção primária, pp. 29-47. In: L. B. Schraiber, M. I. B. Nemes, & R. B. Mendes-

Gonçalves (Orgs.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. Hucitec, São Paulo.

Scliar, M. (2005). O século miraculoso da medicina. In: O nascimento da medicina moderna. *Scientific American História*, 5(especial), 6-9.

Schmid, G. P., Williams, B. G., Garcia-Calleja, J. M., Miller, C., Segar, E., Southworth, M., Tonyan, D., Wacloff, J., & Scott, J. (2009). The Unexplored Story of HIV and Ageing. In. Bulletin of the *World Health Organization*, 87(3),161-244.

Scott, R. P. (1990). O homem na matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. *Cad. Pesqui.*, 73, 38-47.

Scott, R. P. (1996). *Saúde e pobreza no Recife: poder, gênero e representação de doenças no bairro do Ibura*. Recife: Editora Universitária-UFPE-JICA.

Scott, R. P. (2001). Quase adulta, quase velha: por que antecipar as fases do ciclo vital? *Interface, Comunic., Saúde, Educ.*, 5(8), 61-72.

Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (2008). *Boletim Epidemiológico – DST/AIDS*. Rio de Janeiro.

Seffner, F. (2002). Prevenção à aids: Uma Ação Político Pedagógica. In: R. Park, & V. Terto Jr. (Orgs.). Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS: anais do Seminário: *Prevenção à AIDS: Limites e Possibilidades na Terceira Década*. ABIA, Rio de Janeiro.

Seixas, A. M. R. (1998). *Sexualidade Feminina: historia, cultura, família, personalidade & psicodrama*. SENAC: São Paulo.

Silva, C. G. M. (2002). O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Rev. Saúde Pública*, 36(4), 40-9.

Silva, C. M. (2008). *A percepção de mulheres em relacionamento estável, quanto à vulnerabilidade para contrair DST AIDS*. Dissertação de Mestrado em enfermagem) da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

- Silva, C. M., & Vargens, O. M. C. (2006). A autopercepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade para contrair DST/HIV. Monografia (graduação em enfermagem) - Faculdade de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Silva, L. S., Paiva, M. S., & Carneiro, A. J. S. (2006). Articulando gênero e geração aos estudos de saúde e sexualidade. *Anais do VII Seminário Fazendo Gênero*.
- Silva, L. R. F. (2008a). Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 15 (1), 155-168.
- Silva, L. R. F. (2008b). Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional? *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18 (4), 801-815.
- Silva, M. A. M. O. (1996). Velhos de Rua no Brasil: a morte silenciosa. *A Terceira Idade*, 9 (19), 35-43.
- Silva, A. P. M., Oliveira, A. F., Nikaido, D. A., Lourenço, M., & Teixeira, N. (2002). *Aids não tem idade*. Monografia, Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, São Paulo.
- Silva, J., Fontes, K. S., Saldanha, A. A. W., & Araújo, L. F. (2007). Aids, estigma e preconceito: a percepção da terceira idade. VII Congresso Virtual HIV/AIDS. O HIV/SIDA na Criança e no Idoso. Recuperado em 2 de janeiro, 2010, de <http://www.aidscongress.net/pdf/383.pdf>
- Silva, A. L., Waidman, M. A., & Marcon, S. S. (2009). Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: As duas faces de uma mesma vivência. *Rev Bras Enferm*, 62(2), 213-20.
- Silva, W. A. (2009). *A experiência de conviver com HIV/Aids na velhice*. Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Silva, J. A. S., Val, L. F., & Nichiata, L. Y. I (2010). A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao hiv/aids: uma revisão da literatura. *O Mundo da Saúde*, 34(1), 103-108.
- Silva, L. M. S. da, Guimarães, T. A., Pereira, M. L. D., Miranda, K. C. L., & Oliveira, E. N. (2005). Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-

responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 14(2), 97-104.

Silveira, M. F., Béria, J. U., Horta, B. L., & Tomasi, E. (2002). Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. *Rev. Saúde Pública*, 36(6), 670-677.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2006). *Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Siqueira, R. L. de, Botelho, M. I. V., & Coelho, F. M. G. (2002). A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciênc. saúde coletiva* 7(4), 899-906.

Soares R. L. (2002). Estigmas da Aids: em busca da cura. Recuperado em 28 de março, 2010, de: http://reposcom.portcom.intercom.org.br/dspace/bitstream/1904/19232/1/2002_C OMUNICACOES_SOARES.pdf

Solano, N. (2000). As Organizações não-governamentais e a Coordenação Nacional de DST/Aids. *Cadernos ABONG*, nº28 – Direitos Humanos, Cidadania e Aids.

Souza, C. (1999). Redemocratização, federalismo e gasto social no Brasil: tendências recentes. XXIV Encontro anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS). Petrópolis.

Souza, J. L. (2008). Sexualidade na Terceira Idade: Uma Discussão da Aids, Envelhecimento e Medicamentos para Disfunção Erétil. *DST – J Bras Doenças Sex Transm.* 20(1), 59-64.

Souza, V. de, Czeresnia, D., & Natividade, C. (2008). Aconselhamento na prevenção do HIV: olhar dos usuários de um centro de testagem. *Cad. Saúde Pública*, 24(7), 1536-1544.

Stein, C. E., & Kalache, A. (1999). Ageing: a global perspective. *Community Eye Health Journal*, 12(29), 1-4.

Stein, Z. A. (1990). HIV prevention: the need for methods women can use. *American Journal of Public Health*, 80(4), 460-462.

- Taglietta, M. F. B. (2004). Os desafios da descentralização da política nacional de AIDS. In Assistência e Prevenção à Epidemia de Aids no SUS. ABIA Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro.
- Texeira P. R. Políticas públicas em AIDS (1997). In Parker R., (Org.). *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil* (pp. 43-68). Rio de Janeiro: ABIA.
- The Merck Manual of Geriatrics (2005). *Human Immunodeficiency Virus Infection*. Recuperado em 2 de março, 2010, de <http://www.merck.com/mkgr/mmg/sec16/ch134/ch134a.jsp>
- Thiengo, M. A., Oliveira, D. C., & Rodrigues, B. M. R. D. (2005). Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. *Revista da escola enfermagem da USP, São Paulo*, 39(1), 68-76.
- Torres, T.L. (2006). *A representação social da AIDS e da terapia anti-retroviral para soropositivos com adesão ao tratamento*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Traverso-Yopez, M., & Morais, N. A. de. (2004). Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública*, 20(1), 80-88.
- Traverso-Yépez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, 22(11),223-36.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- UNAIDS (2002). Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/Aids: Guidelines on Constructions of Core Indicators. Geneva: UNAids.
- UNAIDS (2009). Relatório Global sobre a Epidemia de Aids 2009 – Sumário Geral. Recuperado em 2 de novembro, 2010, de <http://www.onu-brasil.org.br/doc/2009-Relatorio-Global-Aids-Sum-rio-Geral-Port.pdf>
- UNAIDS (2010). Joint United Nations Programme on HIV/aids. Report on the global AIDS epidemic. New York.

- Vasconcelos I., & Saldanha, A. A. W. (2008). Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento. XI Virtual Congress HIV/AIDS & Tuberculose. Recuperado em 2 de outubro, 2010, de http://www.aidscongress.net/Modules/WebC_AidsCongress/CommunicationPrinterFriendly.aspx?Mid=38&CommID=386
- Veras, R. (2003). Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 705-715.
- Veras, R. P., & Cladas, C. P. (2004). Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(2), 423-432.
- Veras, R. (2007). Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. *Cad. Saúde Pública*, 23(10), 2463-2466.
- Vermelho, L. L., Barbosa, R. H. S., & Nogueira, S. A. (1999). Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2), 369-379.
- Vilella, W. V. (1999). Das interfaces entre os níveis governamentais e a sociedade civil. In R. Parker; J. Galvão e M. Bessa, *Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à Aids no Brasil* (pp.177-226). Rio de Janeiro/São Paulo, ABIA/Editora 34.
- Villarinho, L., Bezerra, I., Lacerda, R., Oliveira, Latorre, M. R. D. O., Paivac, V., Stall, R., & Hearst, N. (2002). Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. *Rev Saúde Pública*, 36(4 Supl), 61-67.
- Villela, W. V. (1999). Prevenção do HIV/Aids, gênero e sexualidade. In: R. M. Barbosa, & R. Parker (Orgs.), *Sexualidades pelo avesso: Direitos, Identidade e Poder*. São Paulo: Ed. 34, 272p.
- Villela, W. V. (2005). Vulnerabilidade, sexualidade e subjetividade: sobre a face feminina da aids. In: M. E. G. Carvalho, F. F. Carvalhaes, & R. P. Cordeiro (Orgs.). *Cultura e subjetividade em tempos de aids*. Londrina: Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids, p. 65-77.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

Zornitta, M. (2008). *Os novos idosos com aids: sexualidade e desigualdade à luz da bioética*. Dissertação de mestrado em Ciências da Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “O HIV na Terceira Idade: Qual é o lugar designado ao Idoso nas Políticas Públicas em HIV/Aids no Brasil?”. Neste estudo pretendemos investigar as políticas públicas em HIV/Aids destinadas aos idosos, analisando os discursos e os dispositivos de saber/poder que as constituem e problematizando as concepções dos profissionais de saúde que atuam no (SAE e ESF).

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é o grande aumento no número de infecções pelo HIV na terceira idade.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): análise dos documentos das políticas públicas em saúde e entrevistas com profissionais de saúde que atuam nestas políticas.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador. O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

*CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA / CAMPUS
UNIVERSITÁRIO DA UFJF
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36036-900
FONE: (32) 2102-3788 / E-MAIL:
cep.propesq@ufjf.edu.br*

*PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: LAÍSE NAVARRO
JARDIM
ENDEREÇO: RUA SANTOS DUMONT, Nº250 /
APTO 404
JUIZ DE FORA (MG) - CEP: 36010-510
FONE: (32) 99317381 / E-
MAIL: LALA_JARDIM@HOTMAIL.COM*

ANEXO 3

Sexualidade

Quem disse que idoso não pode ter vida sexual? Pelo contrário, não só podem, como devem. Sexo na terceira idade pode ser um aliado ao bem estar

E na hora do sexo também é importante se prevenir das Doenças Sexualmente Transmissíveis com o preservativo.

Em 2008, a Campanha do Dia Mundial de Luta Contra a Aids teve como público-alvo a população heterossexual com mais de 50 anos de idade. A escolha desse público ocorreu por conta da incidência de aids praticamente ter dobrado nessa população nos últimos dez anos (de 7,5% em 1996 para 15,7% em 2006).

Dados de um estudo revelam que as pessoas acima de 50 anos de idade têm uma vida sexualmente ativa, 73,1% fez sexo no último ano e apenas 22,3% usaram preservativo na última relação, ao contrário da população de 15 a 24 anos, onde 57,3% usaram na última relação. A Campanha Clube dos Enta, que tem como slogan "Sexo não tem idade. Proteção também não", trata de assuntos ligados à relação sexual, como o uso do preservativo, além de oferecer dicas para melhorar o sexo depois dos 50.

- [Clique e veja as peças da campanha](#)

[< Voltar](#)



Ouvidoria

Seu espaço para sugestões, dúvidas, denúncias, elogios e reclamações

Disque Saúde - Tel. 0800 61 1997

Ministério da Saúde Eplanada dos
Ministérios Bloco G Brasília | DF CEP: 70058
-900



ANEXO 4

- ▶ O que é
- Sintomas e fases da doença
- ▶ Faça o teste
- ▶ Foi diagnosticado?
- ▶ Tratamento
- ▶ Medicamentos
- ▶ Adesão
- ▶ Qualidade de vida
- Vacinação de soropositivos
- Direitos do soropositivo
- ▶ Gestantes
- ▶ Crianças e adolescentes
- ▼ Idosos
 - Diagnóstico
 - Adesão ao tratamento
- História da aids
- Distribuição de medicamentos e camisinhas
- Dúvidas frequentes
- Ações para populações vulneráveis

PRÓXIMOS EVENTOS

📅 01/12/2011 - Dia Mundial de Luta Contra a Aids 2011 - Rio de Janeiro

[more](#)

✉ Send to 🖨 Print

Diagnóstico de idosos

Conteúdo extra: 

A fragilidade do **sistema imunológico** em pessoas com mais de 60 anos dificulta o diagnóstico de infecção por HIV, vírus causador da **aids**. Isso ocorre por que, com o envelhecimento, algumas doenças tornam-se comuns. E os **sintomas da aids** podem ser confundidos com os dessas outras infecções.

Tanto a pessoa idosa quanto os profissionais da saúde tendem a não pensar na aids e, muitas vezes, negligenciam a doença nessa faixa etária. E o **diagnóstico tardio** de aids permite o aparecimento de **infecções** cada vez mais graves e compromete a **saúde mental** (podendo causar até demência).

Quanto antes começar o **tratamento correto** da aids, mais o soropositivo ganha em qualidade de vida. Por isso, recomenda-se **fazer o teste**. É rápido, seguro e **pode ser feito** em qualquer unidade pública de saúde.



Veja também:

Faça o teste
Fique Sabendo
Aumento de aids em idosos

ANEXO 5



Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais
Portal sobre aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais

[Saiba tudo sobre](#) [AIDS](#) [DST Doenças Sexualmente Transmissíveis](#) [ABC DE Hepatites Virais](#) [Previna-se](#)

Home · [AIDS](#) · [Idosos](#) · [Adesão ao tratamento](#)

AIDS [Outras opções](#)

- › O que é
- › Sintomas e fases da doença
- › Faça o teste
- › Foi diagnosticado?
- › Tratamento
- › Medicamentos
- › Adesão
- › Qualidade de vida
- › Vacinação de soropositivos
- › Direitos do soropositivo
- › Gestantes
- › Crianças e adolescentes
- ▼ **Idosos**
 - › Diagnóstico
 - › Adesão ao tratamento

[Send to](#) [Print](#)

Adesão ao tratamento

O acolhimento da pessoa idosa soropositiva pela equipe do serviço assume um papel de grande importância a fim de que possam, conjuntamente, acompanhar e delinear um plano terapêutico e superar eventuais dificuldades do tratamento.

Em função de alterações típicas nessa faixa etária (dificuldades visuais e da memória para fatos recentes), sugere-se:

- O uso de letras de tamanho visível nas prescrições em geral, de preferência de fôrma, e sempre que necessário encaminhar o paciente para avaliação oftalmológica;
- Identificar se as informações foram bem compreendidas e memorizadas;
- Valorizar estratégias para evitar os esquecimentos no uso da medicação (despertadores, lembretes no celular, tabelas com horários e doses em locais estratégicos da casa etc).