

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA**

**PATRÍCIA APARECIDA BORGES DE LIMA**

**VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À POSSIBILIDADE  
DE INFECÇÃO DE HIV/AIDS EM IDOSOS**

**UBERLÂNDIA – MG**

**2016**

**PATRÍCIA APARECIDA BORGES DE LIMA**

**VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À POSSIBILIDADE  
DE INFECÇÃO DE HIV/AIDS EM IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia-MG, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Rogério de Melo Costa Pinto

Coorientadores: Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende e Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori

**UBERLÂNDIA - MG**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

---

L732v  
2016

Lima, Patrícia Aparecida Borges de, 1969  
Visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção  
de HIV/Aids em idosos / Patrícia Aparecida Borges de Lima. - 2016.  
64 p. : il.

Orientador: Rogério de Melo Costa Pinto.  
Coorientadores: Carlos Henrique Alves de Rezende, Wallisen  
Tadashi Hattori.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.  
Inclui bibliografia.

1. Ciências médicas - Teses. 2. AIDS (Doença) - Teses. 3. Serviços  
de saúde para idosos - Teses. 4. HIV (Vírus) - Teses. I. Pinto, Rogério  
de Melo Costa. II. Rezende, Carlos Henrique Alves de. III. Hattori,  
Wallisen Tadashi. IV. Universidade Federal de Uberlândia. Programa  
de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. V. Título.

**PATRÍCIA APARECIDA BORGES DE LIMA**

**VISÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À POSSIBILIDADE DE  
INFECÇÃO DE HIV/AIDS EM IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia-MG, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Epidemiologia

Uberlândia-MG, 24 de agosto de 2016.

Banca Examinadora

---

Prof. Dr. Rogério de Melo Costa Pinto (Presidente)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Lourdes Carvalho (Membro titular Externo)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosuita Fratari Bonito (Membro Titular Interno)

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Valéria Bisinoto Gotti (Suplente)

Dedico,

A Deus, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar;

À minha mãe que com seu exemplo me ensinou que apesar dos tropeços e obstáculos, devo perseverar sempre;

À minha irmã que é, e sempre será, minha grande amiga e confidente, não deixando esmorecer nas aparentes derrotas;

Às minhas filhas, Lorena e Larissa, meus tesouros, meus estímulos de continuar sempre;

Ao meu marido, pelo apoio e compreensão nas ausências, nas noites de estudo, mas também nos momentos de glória como este.

## **AGRADECIMENTOS**

Durante esses dois anos eu só tenho a agradecer a todos que passaram pelo meu caminho e que com certeza deixaram um pouco de si. Os momentos de alegria serviram para me permitir acreditar na beleza da vida, e os de sofrimento, serviram para um crescimento pessoal único. É muito difícil transformar sentimentos em palavras, mas serei eternamente grata a vocês, pessoas imprescindíveis para a realização e conclusão deste trabalho.

Primeiramente, agradeço ao Prof. Dr. Carlos Henrique Alves de Rezende, por acreditar que eu era capaz e pela orientação. Mesmo sem me conhecer, você abriu as portas. Só tenho a agradecer aos seus ensinamentos (pessoais e acadêmicos), orientações, palavras de incentivo, puxões de orelha, paciência e dedicação.

Ao Prof. Rogério de Melo Costa Pinto, pelos ensinamentos, orientações, incentivo, amizade e dedicação.

Ao Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori, você esteve ao meu lado sempre incluindo finais de semana, e não mediu esforços para me ajudar, sempre com uma solução simples para os meus problemas que pareciam ser gigantes.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Rink, querida amiga, me recebendo em sua casa, se desdobrando para me ensinar aquilo que para ela é tão simples.

Aos meus amigos do Ambulatório Herbert de Souza, local que me acolheu como filha, onde passamos por lutas, mas também por momentos únicos, que só nós sabemos.

Ao meu grande amigo Dr. José Humberto Caetano Marins, pelas trocas de ideias, pelos desabafos e incentivos na caminhada.

À minha grande amiga Telminha, sem você também seria impossível o fim desse ciclo.

“Cada pessoa que passa em nossa vida, passa sozinha, é porque cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra! Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.”

Charles Chaplin.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

Aids	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEPESH	-	Comissão de Ética de Pesquisa com Seres Humanos
DST	-	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GLM	-	Modelo Linear Geral
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OPAS	-	Organização Pan-Americana de Saúde
PNI	-	Política Nacional do Idoso
PNSI	-	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	-	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SIM	-	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SINAN	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	-	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SISCLOM	-	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SMS	-	Secretaria Municipal de Saúde
SRA	-	Síndrome Retroviral Aguda
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TARV	-	Terapia Antirretroviral Combinada
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAI	-	Unidades de Atendimento Integral
UBS	-	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	-	Unidades Básicas de Saúde da Família
UFU	-	Universidade Federal de Uberlândia
UNAIDS	-	<i>United Nations Programme on HIV/Aids</i>
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VDRL	-	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1. Roteiro de aspectos a serem abordados nos atendimentos iniciais. ....	26
Quadro 2. Exames complementares para abordagem inicial do tratamento para HIV/Aids....	27

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1. Número e taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por sexo e razão de sexos, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2015.....	28
Tabela 2. Associação, para cada item, entre (a) as frequências das respostas e profissões, através do teste Qui-quadrado de independência; e (b) percentual de respostas com frequência esperada de 50%, através do teste Qui-quadrado de aderência. ....	40

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1. Taxa de detecção de Aids (por 100 mil habitantes) segundo sexo e razão de sexos por ano de diagnóstico. Brasil, 2005 a 2014. ....	30
Figura 2. Percentual de respostas na visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos. Como o profissional vê a questão da Aids na velhice?.....	42
Figura 3. Percentual de respostas na visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos. Em sua opinião qual a maior vulnerabilidade do idoso? ...	43
Figura 4. Percentual de respostas na visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos. O que você acha de ser solicitado o teste anti-HIV para paciente idoso? .....	44
Figura 5. Percentual de respostas na visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos. Como você acha que os resultados positivos devem ser transmitidos?.....	45
Figura 6. Percentual de respostas na visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos. Quais as dificuldades que você encontra no atendimento ao idoso? .....	46
Figura 7. Médias e intervalos de confiança de 95% para cada fator e profissão.....	49

## **RESUMO**

A epidemia do HIV/Aids é hoje, no Brasil, um fenômeno de grande magnitude e extensão. A doença avança sobre uma parte da população fisicamente fragilizada e de abordagem mais complexa: as pessoas idosas. Este estudo tem como objetivo conhecer a visão de profissionais de saúde da rede frente à possibilidade de infecção por HIV/Aids no paciente idoso. Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, no período de novembro de 2013 a dezembro de 2015, tendo como participantes Médicos, Cirurgiões Dentistas e Enfermeiros lotados na Rede Municipal de Atenção Primária, com uma amostra de 220. Usando análise fatorial, alguns fatores não relacionados à formação dos profissionais de saúde e outros diretamente relacionados; apenas estes últimos apresentaram diferenças entre as profissões. A investigação da visão do profissional em relação à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos deve ser trabalhada de forma específica para cada tipo de profissional. É fundamental a necessidade de atualização de cada profissional da área da saúde no sentido de poder realizar um diagnóstico precoce que vise proteger a integridade do paciente idoso acometido pelo HIV/Aids.

**Palavras-chave:** Assistência Integral à Saúde, Aids, Idoso, Pessoal de Saúde, Serviços de Saúde para Idosos.

## **ABSTRACT**

The HIV/Aids epidemic is today, in Brazil, a phenomenon of great magnitude and extent. The disease progresses over a physically weakened, and with more complex approach, portion of the population: the elderly. This study has the objective to know the vision of health professionals facing the possibility of HIV/Aids in the elderly. It is a cross-sectional observational study conducted in the city of Uberlandia, Minas Gerais, Brazil, from November 2013 to December 2015, with the participants Doctors, Dental Surgeons and nurses stationed in the Municipal Network of Primary Care, with a sample of 220. Using factor analysis, factors unrelated to the training of health professionals and others directly related; only the latter showed differences between the professions. The investigation of the professional view on the possibility of infection of HIV/Aids in the elderly should be crafted specifically for each type of professional, meeting the specific difficulties of training each degree course. It is crucial the need to update each professional in the health care field in order to be able to make an early diagnosis aimed at protecting the elderly patient's integrity affected by HIV/Aids.

**Keywords:** Comprehensive Health Care, Aids, elderly, Personal Health, Elderly Care, Health Services for the Aged.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	17
2.1 O Fenômeno Social do Envelhecimento no Brasil .....	17
2.2 Aids .....	22
2.3 Contextualizando a Questão do Envelhecimento e a Aids no Brasil .....	30
2.4 Profissionais de Saúde e a Aids no Idoso .....	33
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	37
3.1 Aspectos éticos.....	37
3.3 Estudo Quantitativo .....	37
3.4 Análise Estatística .....	39
4 RESULTADOS .....	40
5 DISCUSSÃO .....	50
6 CONCLUSÃO .....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	58
APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIOS .....	60
ANEXO 1 -FICHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	62

## 1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa no Brasil e no mundo é uma realidade que pode ser observada nas estatísticas demográficas. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010 mostram que atualmente existe no Brasil cerca de 20 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa pelo menos 10% da população. E, segundo projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), até 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de pessoas idosas, chegando a aproximadamente, 30 milhões, o que corresponderá a 15% da população brasileira. Um número significativo que representa um crescimento populacional três vezes maior que o de não idosos (BRASIL, 2010). Para o ano 2050, estima-se que haverá cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (CURIONI; PEREIRA; VERAS, 2003).

Certamente, o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade, mas também é um dos nossos grandes desafios, uma vez que o envelhecimento global causará um aumento das demandas sociais e econômicas e de saúde em todo o mundo.

Para a compreensão do que se entende como pessoa idosa, ressalta-se que o critério mais utilizado para definir o “idoso” é o limite etário. A OMS considera 60 anos para os que vivem em países em desenvolvimento e 65 anos para os que vivem em países desenvolvidos. No Brasil, a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) consideram como pessoas idosas todos os que compõem a população de 60 anos ou mais (BRASIL, 2006).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como:

[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros

de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (VALENTINI; RIBAS, 2003, p. 30).

Valentini e Ribas (2003) relatam que o aumento da população idosa vem acompanhado de evolução científica que, de certa forma, garante longevidade e melhores condições para uma velhice saudável. Em contrapartida, doenças comuns na velhice, por exemplo, disfunções coronarianas, demências como o Alzheimer, neoplasias e pneumopatias, fazem com que profissionais da saúde não façam conexão entre várias comorbidades e o diagnóstico diferencial, descartando a possibilidade de se tratar de outra doença de base como por exemplo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

A epidemia do HIV/Aids é hoje, no Brasil, um fenômeno de grande magnitude. A doença avança sobre uma parte da população fisicamente fragilizada e de abordagem mais complexa: as pessoas idosas. O Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde estimou aproximadamente 734 mil pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil no ano de 2014, correspondendo a uma prevalência de 0,4%. Entre os homens e mulheres, observa-se um aumento significativo da taxa de detecção entre aqueles com 60 anos ou mais nos últimos dez anos. Destaque maior entre as mulheres, apresentando tendência significativa com aumento de 40,4% de 2004 para 2013 (BRASIL, 2014).

A Aids não se configura apenas como uma doença orgânica. Desde seu surgimento, apresenta-se como um evento psicossocial, cujo tema está geralmente ligado aos estigmas, ao preconceito e aos sentimentos depreciativos. A velhice, por sua vez, também carrega consigo seus rótulos que estão envoltos por preconceitos e estereótipos por tratar-se de uma fase do desenvolvimento humano marcado por acontecimentos próprios da idade (ARANSON; BRITO; SOUSA, 2006).

A associação dessas duas temáticas pode ser vista como uma tarefa desafiadora, pois contraria a frequente representação de associação da velhice à assexualidade. A associação do aumento da longevidade, melhoria na qualidade de vida das pessoas idosas, com as descobertas científicas para aumentarem a qualidade de vida sexual e a tradicional resistência ao uso do preservativo, torna esta população suscetível a adquirir o HIV/Aids (ARANSON; BRITO; SOUSA, 2006).

Devido a isso, a Aids vem se confirmado como uma ameaça à saúde pública e a tendência epidemiológica sugere que, em pouco tempo, o número de pessoas idosas contaminadas pelo HIV será ampliado significativamente. Isto devido, principalmente, à vulnerabilidade física e psicológica de grupos chave específicos, à falta de acesso a serviços de saúde, além da negligência com que é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual ou uso de drogas ilícitas (FACCHINI; PICCINI; TOMASI, 2005).

Essa ampliação do número de infectados dentre as pessoas idosas pode estar diretamente ligada a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade, representando um desafio para as políticas públicas de saúde atuais, já que as campanhas concentram sua atenção, principalmente, na população jovem. Desta forma, objetivar campanhas para a faixa etária idosa é fundamental (FACCHINI; PICCINI; TOMASI, 2005).

Contudo, somente o conhecimento não é suficiente para mudar o comportamento de maneira que o indivíduo seja capaz de adotar práticas seguras, a fim de evitar a infecção. É necessário enfocar aspectos socioculturais para se reduzirem os riscos e as vulnerabilidades, já que na visão da sociedade a concepção arraigada de que sexo é prerrogativa da juventude, contribui para manter desassistida essa parcela da população. É necessário que seja realizado o monitoramento e acompanhamento desses eventos na Atenção Primária, uma vez que é a principal porta de entrada das populações no SUS, em particular das pessoas idosas (FACCHINI; PICCINI; TOMASI, 2005).

A maioria dos profissionais de saúde não acredita que as doenças sexualmente transmissíveis atinjam pessoas idosas, seja por julgamentos próprios, ou por concepções errôneas, em função de crenças sobre a sexualidade e a vulnerabilidade ao HIV nesta faixa etária, retardando o diagnóstico e impedindo sua identificação imediata (FIGUEIREDO; PROVINCIALI, 2006).

O avanço científico e tecnológico, ao mesmo tempo em que promoveu benefícios com a descoberta de novos recursos para o diagnóstico e o tratamento de patologias, influenciou diretamente na formação dos profissionais de saúde e na maneira como eles abordam seus pacientes, descaracterizando, dessa forma, a relação afetiva entre as partes envolvidas nesse processo. Em outras palavras, há uma preocupação voltada para a doença, enquanto problema a ser resolvido, em detrimento de uma sensibilização e valorização da necessidade de suporte integral aos pacientes. Essa visão mecanicista do ser humano vem sendo repassada aos profissionais de saúde desde os ensinamentos mais elementares do seu processo de formação acadêmica, estando quase ausente, portanto, uma orientação para uma abordagem mais abrangente da saúde enquanto eixo integrador. Este modelo de formação condiciona os profissionais ao modelo biomédico, que subestima os aspectos psicológicos e sociais no tratamento de indivíduos (ARAÚJO; SALDANHA, 2006).

Porém existem escolas que estão procurando implementar currículos que permitam a formação de profissionais de saúde com visão integral e não mecanicista, mas isso ainda configura um desafio, pois vai contra tudo já estabelecido em currículos mais antigos. No caso da Universidade Federal de Uberlândia, alguns cursos com medicina e odontologia tiveram seus currículos alterados com essa perspectiva de mudança, mas ainda necessita de muitos ajustes. Devido ao pouco tempo da implementação, ainda não temos profissionais formados com essa configuração de currículo, sendo impossibilitada a avaliação dos mesmos nesse momento.

Nota-se que há dificuldade no diagnóstico precoce da Aids, em pessoas com 60 anos ou mais, já que ele ainda não se insere no repertório do diagnóstico diferencial das doenças comuns dos idosos. Quando é realizado, o tratamento específico é postergado e pela falta de reserva orgânica, característica das pessoas idosas, a evolução da Aids é, geralmente, mais rápida, grave e fatal (MELO 2012).

Então, tendo em vista o aumento da população de idosos no Brasil em associação com o crescimento do número de casos de Aids na faixa etária de 60 anos ou mais, e com a inadequada formação dos profissionais de saúde para esta questão, este trabalho teve como objetivo geral conhecer a visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção por HIV/Aids no paciente idoso. Os objetivos específicos foram: 1) avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde em relação à vulnerabilidade do paciente idoso às DSTs; 2) investigar em que momento os profissionais de saúde solicitaram o teste anti-HIV; 3) verificar as dificuldades dos profissionais de saúde durante o atendimento ao paciente idoso; 4) identificar como a percepção dos profissionais de saúde pode influenciar na abordagem do paciente idoso.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O Fenômeno Social do Envelhecimento no Brasil

O envelhecimento da população no Brasil está relacionado a um fenômeno de ordem mundial, e de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), nos próximos 43 anos o número de pessoas com idade superior a 60 anos de idade será três vezes maior do que o atual. Os idosos representarão um quarto da população mundial projetada, perfazendo cerca de 2 bilhões de indivíduos, em um total de 9,2 bilhões de habitantes (FREIRE NETO, 2014).

No ano de 1940, a população brasileira era composta por cerca de 40% de jovens com idade inferior a 15 anos, enquanto os idosos representavam apenas 2,5%, e no Censo de 2010 (IBGE, 2010), a população de jovens teve uma redução de 24% do total, e a população de idosos passou a representar 10,8% do povo brasileiro, ou seja, atualmente mais de 20,5 milhões de pessoas possuem 60 anos ou mais, o que representa um incremento de 400% se comparado ao índice anterior e as estimativas apontam para que este número triplique nos próximos 20 anos (FREIRE NETO, 2014). Isso nos mostra que o crescimento da população idosa no Brasil será mais rápido quando comparada com o restante do mundo, por tratar-se de um país em desenvolvimento.

A OMS considera idoso o habitante de país em desenvolvimento que tenha 60 anos ou mais e o habitante de país desenvolvido com 65 anos ou acima. No ano de 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para mulheres. Cita-se aqui que em 1998 era de 70,6 e 78,4 anos, respectivamente. Nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 para mulheres, o que representa 21 anos a mais do que os 62,1 e 65,2 atuais (BIERGER, 2013).

Essa definição foi estabelecida pela ONU, no ano de 1982, através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, “relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam a seus cidadãos” (BIERGER, 2013, p. 2).

Este fenômeno, de acordo com Berquó (2006), ocorre por conta da redução nas taxas de fecundidade e mortalidade: “[...] a transição da fecundidade no Brasil teve início em meados da década de 1960. As taxas sofreram redução de 24,1% entre 1970 e 1980, de 38,6% na década seguinte e a partir daí, 11,1% entre 1991 e 2000” (BERQUÓ, 2006, p. 11).

O Brasil, até o ano de 2025, será o sexto país do mundo com o maior número de pessoas idosas, e segundo dados da OMS, até o início dos anos de 1980, a estrutura etária da população brasileira, revelada pelos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vinham mostrando traços bem marcados de uma população predominantemente jovem, mas este quadro tem se alterado desde a última década, ou seja, no ano de 1996, eram 16 idosos para cada 100 crianças e, em 2000, há 30 idosos para cada 100 crianças.

Bieger et al. (2013) ressalta a questão do aumento da população idoso relatando que:

Conforme a previsão da ONU, por volta do ano 2050, pela primeira vez na história, o número de idosos será maior que o de crianças abaixo de 14 anos, isto é, a população mundial deve saltar de 6 bilhões para 10 bilhões, sendo que o número de pessoas idosas deve triplicar para 2 bilhões, ou seja, quase 25% da população do planeta. O envelhecimento mundial ocorre num ritmo bastante acentuado e sem precedentes na história da humanidade. No Brasil o crescimento da população idosa é cada vez mais relevante, tanto em termos absolutos quanto proporcionais. Os efeitos do aumento desta população já são percebidos nas demandas sociais (BIEGER, 2013, p. 2).

Infelizmente, o Brasil ainda não se encontra preparado para atender às demandas dessa população que cresce vertiginosamente. A Política Nacional do Idoso (PNI) assegura, em seu artigo 2º, direitos para dar garantias às oportunidades para a preservação da saúde física e

mental da pessoa idosa, bem como o seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade (PNI).

Mesmo com os avanços, cita-se a aprovação do Estatuto do Idoso, a realidade é que os direitos e necessidades dos idosos ainda estão aquém de ser plenamente atendidos, e, no que diz respeito à saúde do idoso, o Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo depois de tantos anos após a sua implantação, ainda não está preparado para atender e amparar adequadamente esta população (FREIRE NETO, 2014).

Então, dentro desse triste contexto, o que prevalece são as doenças crônicas e suas complicações como: doença coronariana, sequelas de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e pela doença pulmonar obstrutiva crônica, amputações e cegueira provocada pelo diabetes, sem contar, a dependência determinada por alguns quadros de demências e acidentes de ordem diversa (FREIRE NETO, 2014).

Deve-se também levar em consideração a insuficiência no quadro de profissionais, má qualidade das estrutura física das unidades de atendimento e a rede de exames complementares, que visam atender à necessidade de saúde dos idosos, o que acaba por gerar uma demora acentuada no atendimento, levando a piora do quadro clínico. Com isso, as pessoas com idade mais avançada acabam sendo levadas para as emergências/urgências e, consequentemente, estando em quadro clínico mais grave, apresentam indicação de internação hospitalar. Quadro este que poderia ser evitado, caso houvesse o atendimento adequado no momento correto (FREIRE NETO, 2014).

Este é o retrato clássico da saúde pública no Brasil, que mesmo com indiscutíveis avanços, apresenta ainda um cenário crítico de deficiências e falta de integração em todos os níveis de atenção à saúde, seja ele primário, secundário ou terciário, ou seja, na prática não há uma rede adequada de atenção à saúde do idoso.

Beauvoir (1990), ao escrever sobre a “velhice”, fez profundas análises acerca das diferentes sociedades e de como estas encaram seus velhos, observando que é impossível escrever uma história da velhice, ou melhor, para a autora, torna-se muito difícil determinar a imagem da velhice e também a sua condição levando em consideração diversas épocas e lugares. Destaca-se que:

A imagem da velhice é incerta, confusa, contraditória. Importa observar que, através dos diversos testemunhos, a palavra velhice tem dois sentidos diferentes. É uma certa categoria social, mais ou menos valorizada, segundo as circunstâncias. É para cada indivíduo um destino singular – o seu próprio (BEAUVOIR, 1990, p.109).

A autora citada acima aponta que é o sentido que os homens conferem à sua existência, o seu sistema global de valores, que definirá o sentido e o valor dado à velhice. Complementando a ideia acima, cita-se Araújo (2004):

Inversamente, através da maneira pela qual uma sociedade se comporta com seus velhos, ela desvela, sem equívoco, a verdade – muitas vezes cuidadosamente mascarada – de seus princípios e de seus fins. Percebe-se, então, que autores ao pesquisarem sobre velhice, no geral, apontam que: a velhice é muito pessoal, vai do estado emocional de cada um, diante das mudanças que lhe vão ocorrendo biologicamente e que não há uma determinação cronológica igual para todos (ARAÚJO, 2004, p. 10).

Por certo, todas as notáveis transformações que estão continuamente ocorrendo no percurso da história, estiveram carregadas de lutas internas e externas, e somente analisando toda a perspectiva histórica é que é possível esclarecer os aspectos da velhice e toda a sua significação dentro da sociedade.

A autora Hareven (1999) apresenta em sua obra alguns problemas que envolvem o envelhecimento, que são abordados pela gerontologia sob três aspectos: desenvolvimentista, institucional e cultural. A perspectiva desenvolvimentista tem como foco as mudanças biológicas e psicológicas que estão relacionadas ao envelhecimento; a institucional sublinha o

*status socioeconômico e os papéis dos idosos; e a cultural se pauta nos estereótipos e percepções dos idosos.*

Araújo (2004) destaca que as definições do envelhecimento podem sofrer variações de acordo com as sociedades, levando-se em consideração as condições e funções exercidas por cada grupo de idade, o que pode gerar mudanças significativas e todo o seu reconhecimento vir acompanhados de características culturais por grupo etário específico.

Como uma nova etapa da vida a velhice e os seus problemas sociais, afloraram no final do século XIX e início do século XX. Para a sociedade norte-americana, a velhice, é reconhecidamente um novo estágio da vida, remontando a um passado em que lhe foi dada pouca atenção, se for analisado o tratamento dispensado a crianças e adolescentes, “vistos como classes perigosas para a ordem social” (ARAÚJO, 2004, p. 11).

Hareven (1999) relata que a velhice era dividida em estágios denominados “jovens velhos” e os “velhos jovens”.

É claro, porém, que na sociedade norte-americana a “velhice” é hoje reconhecida como um período específico da vida adulta. Pelo menos até recentemente ela tinha um começo formal – 65 anos – no que diz respeito à vida de trabalho do indivíduo. Era institucionalizada por um rito de passagem – a aposentadoria e o ingresso na previdência social. Como boa parte da experiência adulta dependia do trabalho, especialmente para os homens, a aposentadoria frequentemente também envolvia migração e mudanças nos arranjos da vida. Mais recentemente, a aposentadoria compulsória vem sendo revisada conforme nova legislação e as políticas da “despedida de ouro” adotadas por várias corporações (HAREVEN, 1999, p. 21).

Para Hareven (1999), as mudanças socioeconômicas e culturais presentes no século passado levaram gradualmente a uma separação do trabalho e de outros aspectos da vida, o que levou a sociedade a um abandono da predominância dos valores familiares em favor do individualismo e da privacidade. A expulsão dos mais velhos da força de trabalho aos 65 anos de idade, bem como o afastamento de suas funções paternas, na velhice contribuiu para que o mesmo se separasse de seus descendentes, isso no começo do século XX.

Com isso, o cuidado com os idosos que antes do período pré-industrial ficava a cargo da família, foi aos poucos passando para instituições como asilos e ansianatos. “A formação de grupos etários segregados iniciou-se na classe média e, gradativamente, se estendeu para toda a sociedade, somando-se as mudanças de funções com a idade” (ARAÚJO, 2004, p. 12).

Todas as mudanças que afetaram os estágios da vida envolveram sobremaneira um contingente populacional significativo, que fez expressar o envelhecimento populacional como uma questão social. Isso repercutiu nas famílias e na sociedade, culminando em um processo intenso de grandes transformações a nível governamental e institucional.

## **2.2 Aids**

O surgimento da Aids na década de 1980 foi marcado por grande sofrimento relacionado ao fato de ser uma doença grave e fatal e associada a contágio sexual e uso de drogas ilícitas, trazendo forte impacto psicológico ao portador da doença (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 1997), no ano de 1998, mais de 32 milhões de pessoas já tinham sido infectadas pelo HIV, o vírus que provoca a Aids, e mais de 12 milhões de pessoas já tinham morrido de HIV/Aids desde o início da epidemia, que data do final da década de 1970. Só no ano de 1997, 2,3 milhões morreram dessa doença; cerca de metade dessas mortes foram de mulheres e aproximadamente 460.000 foram de crianças e adolescentes com idade inferior a 15 anos.

O vírus ainda continua a se alastrar rapidamente, provocando aproximadamente 16.000 novas infecções por dia no mundo. O que em todo o ano de 1997, significou 5,8 milhões de novas infecções, entre as quais se incluíam 600.000 crianças. Cita-se que o HIV/Aids já se encontra entre as 10 principais causas de morte em todo o mundo e o seu

impacto virá a ser ainda maior futuramente, pelo vírus se alastrar muito depressa e pela morosidade em se desenvolver uma vacina eficaz que pode significar a cura definitiva da doença (UNICEF, 1997).

Após três décadas, a doença apresenta características epidemiológicas e clínicas diferentes daquelas inicialmente observadas. Os avanços no diagnóstico e tratamento foram significativos e o Brasil tem se destacado no panorama internacional com a disponibilização dos medicamentos pelo sistema público de saúde. O tempo de sobrevida do paciente HIV/Aids aumentou após a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (HAART), a partir de 1996. O tratamento inibe a replicação do HIV, proporcionando redução do RNA viral e, assim, observa-se a elevação dos linfócitos CD4+, células-alvo do HIV. A recuperação da imunidade nestes indivíduos garante maior sobrevida, já que diminuem os riscos de adoecimento por infecções oportunistas. Apesar de os medicamentos serem eficientes, os pacientes podem apresentar ampla manifestação de efeitos colaterais (UNICEF, 1997, p. 1).

A perspectiva da OMS para os próximos 20 anos, caso as políticas públicas e ações eficazes de controle não forem bem implementadas é de que serão aproximadamente 70 milhões de indivíduos contaminados com o vírus (ROCHA, 2003).

De acordo com o relatório *United Nations Programme on HIV/Aids* (UNAids, 2013), cerca de 35 milhões de pessoas viviam com o HIV no ano de 2013 em todo o mundo, e destes, 19 milhões não sabem ainda que são soropositivos. No Brasil, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Ministério da Saúde, o número de pessoas vivendo com HIV no país é de aproximadamente 830 000, e 15 000 pessoas morrem por ano, por conta das causas associadas à Aids.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2013), a infecção aguda pelo HIV é definida como as primeiras semanas da infecção pelo vírus, até o aparecimento dos anticorpos anti-HIV, definido como período de soroconversão, que costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção. Nessa fase, bilhões de partículas virais são produzidas diariamente no organismo humano, onde a viremia plasmática alcança níveis elevados e o indivíduo torna-se altamente infectante.

Como em outras infecções virais agudas, a infecção pelo HIV é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominado Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que se apresenta geralmente entre a primeira e terceira semana após a infecção. Entre 50% e 90% dos indivíduos infectados apresentam SRA (BRASIL, 2013).

Entre os principais achados clínicos de SRA citam-se: adenopatia, cefaleia, exantema, faringite, febre e mialgia. A SRA pode surgir com febre alta, sudorese e linfadenomegalia, o que compromete principalmente as cadeias cervicais anteriores e posterior, submandibular, occipital e axilar, podendo ocorrer também, astenia, anorexia, depressão esplenomegalia e letargia, sendo que alguns pacientes desenvolvem exantema de curta duração após o início do processo febril, em um tempo inferior a três dias, na face, pescoço e/ou tórax superior, mas podendo disseminar para braços, pernas, regiões palmares e plantares. Quanto aos sintomas digestivos, podem surgir náuseas, vômitos, diarreia, perda de peso e úlceras orais podem estar presentes, mas o comprometimento do fígado e do pâncreas é raro na SRA. A cefaleia e a dor ocular são as manifestações neurológicas mais comuns, mas pode ocorrer o quadro de meningite asséptica, neurite periférica sensitiva ou motora, paralisia do nervo facial ou síndrome de Guillan-Barré (BRASIL, 2013).

A SRA é autolimitada e a maior parte dos sinais e sintomas desaparece em três a quatro semanas, mas a linfadenopatia, a letargia e a astenia podem persistir ainda por vários meses. Destaca-se que as manifestações clínicas mais intensas e prolongadas, em um período superior a 14 dias, podem estar associadas à progressão mais rápida da doença. “Os sinais e sintomas que caracterizam a SRA, por ser muito semelhantes aos de outras infecções virais, são habitualmente atribuídos a outra etiologia e a infecção pelo HIV comumente deixa de ser diagnosticada” (BRASIL, 2013, p. 11), por isso a importância de logo que surgiem os primeiros sintomas, realizar exames que descartem a doença.

Na infecção pelo HIV, enquanto a contagem de linfócitos T-CD4+ (LT-CD4+) permanece acima de 350 células/mm<sup>3</sup>, os episódios infecciosos mais frequentes são normalmente bacterianos (infecções respiratórias, tuberculose – incluindo a forma pulmonar cavitária). Com a progressão da infecção e a resposta tardia à antibioticoterapia e/ou reativação de infecções, devem ser observados alguns sinais e sintomas como febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga, diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas (pneumonia, sinusite, bronquite) e lesões orais, como a leucoplasia oral pilosa, tornam-se mais frequentes, além de herpes-zoster, e nesse período observa-se diminuição na contagem de LT-CD4+, situada entre 200 e 300 células/mm<sup>3</sup> (BRASIL, 2013).

O aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias é definidor da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Entre as infecções oportunistas destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocóica e retinite por citomegalovírus. As neoplasias mais comuns são sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo uterino, em mulheres jovens. Nessas situações, a contagem de LT-CD4+ está abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>, na maioria das vezes. Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV-1(BRASIL, 2013, p. 12).

Por isso, conhecer e compreender as condições psicossociais que envolvem o paciente com HIV, representa uma ferramenta importante para a abordagem da pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA). Destaca-se que a investigação não deve se esgotar na primeira consulta, mas precisa ser complementada e atualizada nos atendimentos subsequentes, sendo que esses aspectos podem e devem ser abordados pelo médico ou outro membro da equipe de saúde, conforme as particularidades de cada serviço (Quadro 1).

**Quadro 1.** Roteiro de aspectos a serem abordados nos atendimentos iniciais.

<b>Informações específicas sobre a infecção pelo HIV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão e documentação do primeiro exame anti-HIV</li> <li>- Tempo provável de soropositividade</li> <li>- Contagem de LT-CD4+ ou carga viral anterior</li> <li>- Uso de antirretrovirais e eventos adversos prévios</li> <li>- Compreensão sobre a doença: transmissão, história natural, significado da contagem LT-CD4+ e carga viral</li> <li>- Impacto da terapia antirretroviral combinada (TARV) na morbimortalidade</li> </ul>
<b>Abordagem do risco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Práticas性uais</li> <li>- Utilização de preservativos</li> <li>- História da sífilis e outras DST</li> <li>- Uso de tabaco, álcool e outras drogas</li> <li>- Interesse em reduzir os danos à saúde</li> </ul>
<b>História médica atual e passada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- História de doença mental</li> <li>- História da tuberculose: prova tuberculínica e tratamento prévio</li> <li>- Doença oportunista prévia ou atual e necessidade de quimioprofilaxia</li> <li>- Outras doenças atuais e/ou pregressas</li> <li>- Imunizações</li> <li>- Uso de outros medicamentos, práticas complementares e/ou alternativas</li> </ul>
<b>História reprodutiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desejo de ter filhos</li> <li>- Estado sorológico do parceiro e filho(s)</li> <li>- Métodos contraceptivos</li> </ul>
<b>História psicossocial</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reação emocional ao diagnóstico</li> <li>- Análise da rede de apoio social (família, amigos, organizações não governamentais)</li> <li>- Nível educacional</li> <li>- Condições de trabalho e domicílio</li> <li>- Alimentação</li> </ul>
<b>História familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doenças cardiovasculares e hipertensão</li> <li>- Dislipidemias</li> <li>- Diabetes</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Brasil (2013).

Quanto a abordagem laboratorial no início do acompanhamento serve para o clínico avaliar a condição geral de saúde, a indicação de início de Tratamento Anti Retroviral (TARV) e a pesquisa de comorbidades. O Quadro 2 indica os exames que devem ser solicitados na primeira consulta.

**Quadro 2.** Exames complementares para abordagem inicial do tratamento para HIV/Aids.

- Hemograma
- Contagem de LT-CD4+ e carga viral do HIV
- Avaliação hepática e renal (AST, ALT, Cr, Ur, Na, K, exame básico de urina)
- Exame parasitológico de fezes
- Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)
- Testes para hepatites virais (anti-HAV, anti-HCV, HBs Ag, anti-HBcT e anti-HBs para verificação de imunização)
- IgG para toxoplasma
- Sorologia para HTLV I e II e Chagas (considerar triagem na rotina para indivíduos oriundos de áreas endêmicas)
- Dosagem de lipídios
- Glicemia de jejum
- Prova tuberculínica (PT)
- Radiografia de tórax

Fonte: Adaptado de Brasil (2013).

Desde que iniciou a epidemia de Aids no Brasil, até junho de 2015, foram registrados no país cerca de 798.366 casos da doença (Tabela 1), sendo que 615.022 (77,0%) foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 45.306 (5,7%) e 138.038 (17,3%) no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais/ Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SISCEL/SICLOM), respectivamente, identificados pelo relacionamento probabilístico dos dados como subnotificação do SINAN (BRASIL, 2015).

A maior concentração dos casos de Aids no Brasil está nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos para ambos os sexos, sendo que entre os homens, essa faixa etária corresponde a 53,6% e, entre as mulheres, 49,8% do total de casos de 1980 a junho de 2015. Observa-se um aumento da taxa de detecção principalmente entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais nos últimos dez anos, entre os homens; entre as mulheres seriam entre 15 e 19 anos e acima de 55 anos.

O aumento da doença em jovens com idade entre 15 a 24 anos, no período de 2005 para 2014, na taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,1 para 6,7 casos por 100 mil habitantes) e entre os de 20 a 24, quase dobrou (de 16,0 para 30,3 casos por 100

mil habitantes). Entre aqueles com 35 a 39 anos e 40 a 44 anos, observa-se uma tendência de queda, representando 10,2% e 24,3% de queda de 2005 para 2014, respectivamente. No decorrer dos últimos dez anos observam-se nas demais faixas etárias, exceto na de crianças com até nove anos (que também vem apresentando queda), uma estabilização nas taxas, sendo que em 2014 a maior taxa observada foi entre aqueles com 35 a 39 anos (57,8 casos para cada 100 mil habitantes) (BRASIL, 2015).

**Tabela 1.** Número e taxa de detecção (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados no SINAN, declarados no SIM e registrados no SISCEL/SICLOM por sexo e razão de sexos, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980-2015.

Ano de Diagnóstico	Número de Casos		Total	Razão M-F	Taxa de Detecção		Total
	Masculino	Feminino			Masculino	Feminino	
1980	1	-	1	-	-	-	-
1981	-	-	-	-	-	-	-
1982	15	1	16	15,0	-	-	-
1983	38	1	39	38,0	0,1	-	-
1984	121	9	130	13,4	0,2	-	0,1
1985	502	19	521	26,4	0,8	-	0,4
1986	1.053	71	1.124	14,8	1,6	0,1	0,8
1987	2.405	266	2.671	9,0	3,6	0,4	2,0
1988	3.739	585	4.324	6,4	5,4	0,8	3,1
1989	5.125	857	5.982	6,0	7,3	1,2	4,2
1990	7.313	1.340	8.653	5,5	10,3	1,8	6,0
1991	9.463	2.000	11.464	4,7	13,1	2,7	7,8
1992	11.385	2.844	14.229	4,0	15,5	3,8	9,6
1993	12.793	3.599	16.392	3,6	17,1	4,7	10,8
1994	13.757	4.252	18.009	3,2	18,1	5,5	11,7
1995	15.251	5.503	20.754	2,8	19,8	7,0	13,3
1996	16.726	6.930	23.658	2,4	21,6	8,7	15,1
1997	17.549	8.391	25.941	2,1	22,3	10,4	16,3
1998	19.084	9.752	28.836	2,0	23,9	11,9	17,8
1999	17.122	9.304	26.427	1,8	21,2	11,2	16,1
2000	20.004	11.349	31.354	1,8	23,9	13,2	18,5
2001	20.017	12.011	32.029	1,7	23,6	13,7	18,6
2002	24.221	15.462	39.689	1,6	28,2	17,4	22,7
2003	23.234	15.027	38.268	1,5	26,7	16,7	21,6
2004	22.772	14.910	37.692	1,5	25,8	16,4	21,0

(...continuação).

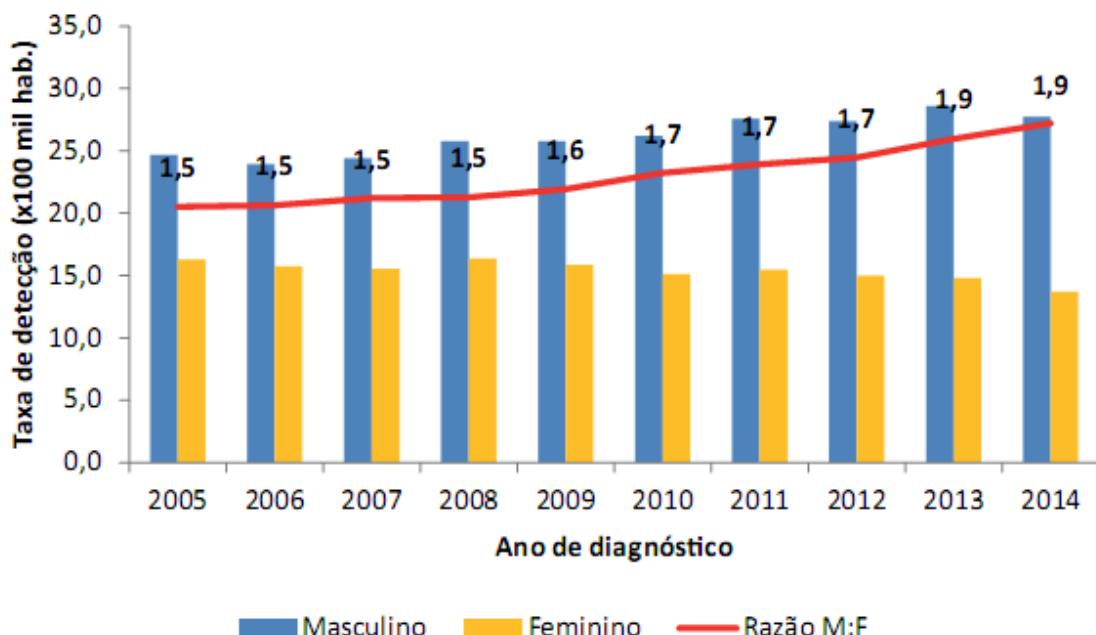
Ano de Diagnóstico	Número de Casos		Total	Razão M-F	Taxa de Detecção		Total
	Masculino	Feminino			Masculino	Feminino	
2005	22.382	15.258	37.645	1,5	24,7	16,3	20,4
2006	22.004	14.918	36.924	1,5	23,9	15,7	19,8
2007	22.714	14.985	37.713	1,5	24,4	15,6	19,9
2008	24.024	15.803	39.855	1,5	25,8	16,4	21,0
2009	24.251	15.480	39.751	1,6	25,8	15,9	20,8
2010	24.471	14.745	39.226	1,7	26,2	15,1	20,6
2011	25.973	15.206	41.199	1,7	27,6	15,5	21,4
2012	26.017	14.876	40.904	1,7	27,4	15,0	21,1
2013	27.157	14.640	41.814	1,9	28,6	14,8	21,6
2014	26.354	13.567	39.951	1,9	27,7	13,7	20,6
2015	10.146	4.999	15.181	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>519.183</b>	<b>278.960</b>	<b>798.366</b>	-	-	-	-

Fonte: Adaptado de Brasil (2015).

Nos últimos cinco anos, foi registrado no país uma média anual de 40,6 mil casos de Aids, sendo que a região Norte apresenta uma média de 3,8 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,2 mil; Sudeste, 17,0 mil; Sul, 8,6 mil; e Centro-Oeste, 2,7 mil (BRASIL, 2015).

Foram registrados no Brasil, desde 1980 até junho de 2015, 519.183 (65,0%) casos de Aids em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres. No período de 1980 até 2003, observou-se um aumento na participação das mulheres nos casos de Aids. No período de 2004 a 2008, a razão de sexos, expressa pela relação entre o número de casos de Aids em homens e mulheres, mantém-se em 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. No entanto, a partir de 2009, observa-se uma redução nos casos de Aids em mulheres e aumento nos casos em homens, refletindo na razão de sexos, que passou a ser de 19 casos de Aids em homens para cada 10 casos em mulheres em 2014 (BRASIL, 2015, p. 11).

Esses dados podem ser evidenciados na Figura 1, a seguir.



**Figura 1.** Taxa de detecção de Aids (por 100 mil habitantes) segundo sexo e razão de sexos por ano de diagnóstico. Brasil, 2005 a 2014.

Fonte: Brasil (2015).

### 2.3 Contextualizando a Questão do Envelhecimento e a Aids no Brasil

O envelhecimento populacional é um dos principais fenômenos do século XX, fazendo parte da realidade tanto de países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, ele normalmente acontece associado a melhorias nas condições gerais de vida da população, com melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de vacinas e de antibióticos. Já nos países em desenvolvimento, percebe-se um rápido processo de urbanização, mas sem alterações na distribuição de renda, falta de reorganização nas áreas social e da saúde, que deveriam ser pensadas criteriosamente, visando atender às demandas emergentes (KALACHE, 2007; NASRI, 2008).

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento alterou alguns indicadores de saúde, como a

queda da fecundidade<sup>1</sup> e da mortalidade, aumento da esperança de vida e desenvolvimento tecnológico no tratamento de doenças, em especial, relacionado às doenças crônicas (BRASIL, 2006; CIOSAK et al., 2011). Em 2025, o Brasil terá a sexta maior população de idosos no mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, e no ano de 2050, os idosos acima de 65 anos deverão responder por cerca de 15% da população brasileira (NASRI, 2008).

Para Rodrigues et al. (2007), o aumento da expectativa de vida do idoso no Brasil decorre da difusão de benefícios médicos, farmacêuticos e sanitários, que andam a frente das condições econômicas, sociais, culturais e políticas. Para a OMS, a proporção de pessoas acima de 60 anos está aumentando mais rápido que em qualquer outro grupo etário em quase todos os países (OMS, 2012), o que pode ser reflexo de políticas de saúde públicas bem-sucedidas e de melhora do desenvolvimento socioeconômico. Assim deve ser considerada a necessidade de implementação de novas políticas públicas que permitam o envelhecimento digno e saudável da população (SÃO PAULO, 2011).

Diante do contexto do envelhecimento da população brasileira, em 1994 foi promulgada a PNI, por meio da Lei nº 8.842/94, regulamentada no ano de 1996, pelo Decreto nº 1.948/96. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Já no ano de 2002, foi proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, pela Portaria GM/MS nº 702/2002, e, em 2006, foi publicada a Portaria/GM nº 399, que ratificava o Pacto pela Saúde, onde se inclui o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso apareceu como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando, com isso, diversas ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

---

<sup>1</sup> A fecundidade apresentou redução quando comparada a década de 1960 com o ano 2000, quando a taxa de 6,28 caiu para 2,38 filhos por mulher. Em contraposição, a expectativa de vida, que era de 66,57 anos em 1960, passou a ser de 72,78 anos em 2008 (IBGE, 2009).

(PNSPI), criada em 2006 pela Portaria GM nº 2.528, o que representou a atualização da antiga Portaria nº 1935/94. Pela presente Portaria, a atenção ao idoso terá como porta de entrada a Equipe de Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade. Faz parte também das diretrizes dessa política, a promoção do envelhecimento ativo e saudável. No ano de 2009, o Decreto nº 6.800 determinou que a Coordenação da PNI, passe a ser de responsabilidade da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (BRASIL, 2010).

Destaca-se que as políticas, que têm como foco o envelhecimento ativo, atuam no sentido de promover a saúde, sendo considerada fundamental a abordagem das questões relacionadas à sexualidade (SÃO PAULO, 2011). Por esta razão, fazem parte do cuidado ao idoso as demandas da sexualidade humana pouco explorado pelos profissionais nos serviços de saúde, pois envolve alguns mitos e preconceitos a serem vencidos (GOMES; SILVA, 2008).

De acordo com a Declaração dos Direitos Sexuais, que foi aprovada durante o XV Congresso Mundial de Sexologia, ocorrido na China no ano de 1998, saúde sexual é um direito fundamental (ALMEIDA; SILVA; ARAÚJO, 2005). Ainda assim, a sexualidade do idoso não é considerada parte integrante da vida cotidiana das pessoas mais velhas e o ato da sexualidade em pessoas com mais de 60 anos tem disso pouco investigado na sociedade. Muitos profissionais da área da saúde têm o entendimento de que sexo e sexualidade não existem na velhice, o que na realidade não passa de um mito (SANTOS; ASSIS, 2011).

Em estudo sobre a vida sexual do brasileiro, foi verificado que a média da relação sexual de mulheres com idade acima de 60 anos é menos de uma por semana, mas que o desejado seria ter três relações sexuais por semana, já os homens da mesma faixa etária têm 1,8 relações性uais por semana, mas gostariam de ter o dobro. Outro dado interessante, mas que preocupa, é quanto ao uso de preservativo em todas as relações sexuais, ou seja, enquanto

88,8% de homens e mulheres entre 18 a 25 anos fazem uso do preservativo, apenas 31,7% dos idosos com idade igual ou maior que 60 anos utilizam sempre o preservativo (ABDO, 2004 apud ALENCAR, 2012).

Segundo o Boletim Epidemiológico da Aids e DST de 2011, na primeira fase da epidemia da doença, entre 1980 e 1997, foram notificados no Brasil cerca de 2.191 homens e 656 mulheres com Aids com idade superior a 60 anos. Já entre 1998 a 2010, na mesma faixa etária, o número de casos aumentou, chegando a 8.355 homens e 5.025 mulheres contaminadas, e até junho de 2011, foram identificados 64.561 casos de Aids em pessoas com idade acima de 60 anos, o que representa um aumento assustador (BRASIL, 2011).

Conviver com o HIV na terceira idade traz mais contradições e desafios que devem ser constantemente enfrentados, é como tornar visível o invisível. Por outro lado, a epidemia da Aids trouxe à tona questões novas para o campo da saúde do idoso, como: abordagem da sexualidade na faixa etária acima de 60 anos; uso de drogas; direitos humanos, acesso aos serviços e os insumos de prevenção da doença. E quando se observa o aumento do número de idosos com Aids, um primeiro aspecto a ser abordado deveria ser a sexualidade dessas pessoas, que é questão não exclusiva e que está relacionada com outros fatores que, também, são determinantes da infecção pelo HIV na sociedade moderna.

## **2.4 Profissionais de Saúde e a Aids no Idoso**

O Estatuto do Idoso é a forma legal que regulamenta os direitos fundamentais da pessoa idosa, além de amparar o direito de atenção integral à saúde do idoso. A PNSPI defende que cabe ao setor saúde promover o acesso dos idosos aos serviços de saúde, prestar assistência integral e realizar ações voltadas à proteção, promoção e recuperação da saúde, na

intenção de manter e melhorar a capacidade funcional dos idosos, em uma visão interdisciplinar, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal.

A prática desenvolvida atualmente nos serviços de saúde está na contracorrente desses dispositivos legais, perpassada por um cuidado fragmentado ao idoso e ainda ancorada na visão biologicista do envelhecimento, o que deixa na invisibilidade, dimensões importantes em qualquer fase da vida, como a vivência da sexualidade. Por conta disso, o número de casos de pessoas idosas com doenças sexualmente transmissíveis (DST) tem aumentado muito nas últimas décadas, entre elas a Aids, trazendo para o ato de envelhecer novas questões físicas, psicológicas, emocionais e sociais.

Na velhice, a Aids assume nuances particulares, significando, no mínimo, uma dupla contaminação, uma vez que o entrecruzar dessas duas fontes de discriminação produz nos idosos marcas que mancham, que minam suas identidades, suas experiências, além do que remodelam o ser e estar no mundo dessas pessoas. O preconceito atrelado à Aids se mantém vivo, cobrando das pessoas idosas portadoras do vírus HIV um alto preço em termos de sofrimento, isolamento e solidão, sobretudo porque a discriminação advém principalmente de familiares e pessoas próximas, restringindo a rede apoio dessas pessoas, algo reconhecidamente significativo para um enfrentamento positivo da doença (CASTRO et al., 2012 apud CASTRO et al, 2014, p. 132).

Mediante a possibilidade de sofrimento, é primordial trabalhar a prevenção da Aids na velhice, com as unidade de saúde do SUS, sendo um local privilegiado para essas ações, por ser a porta de entrada da assistência dos serviços de saúde, e por construir rotineiramente um processo de trabalho pautado na equipe multiprofissional, além da lógica territorial, que possibilita uma maior proximidade com a população, permitindo um reconhecimento mais concreto e real do perfil e demandas das pessoas idosas, o que é extremamente relevante para a elaboração de estratégias que possam de fato alcançar a realidade desse público, produzindo, com isso, melhorias nas múltiplas dimensões que permeiam o ato de envelhecer (ANDRADE et al., 2010).

Uma das atribuições da rede de saúde na visão de Andrade et al. (2010), é desenvolver ações de prevenção às DST e à Aids, de forma a estimular o uso do preservativo, que é uma das ações relevantes usadas para se evitar o contágio durante a relação sexual, diminuindo, com isso, o número de casos novos, principalmente entre os idosos. Além disso, realizar atividades que busquem aumentar a procura da população pelo teste do HIV, o que em muito contribui para a diminuição dos casos de diagnóstico tardio e melhora a qualidade de vida das PVAH, melhorando também o acesso ao tratamento, a adesão e a assistência destas pessoas.

A percepção que a sociedade tem acerca da pessoa idosa perpassa por muitos mitos e tabus, o que em muito influencia a prática dos profissionais da área de saúde junto aos idosos e requer estudos que possibilitem e viabilizem a discussão do assunto, na intenção de fornecer subsídios para a construção de um agir diferente frente à velhice, pautado na integralidade das ações (CASTRO et al., 2014).

Diversos autores acreditam que o aumento gradativo da incidência de HIV/Aids em idosos seria facilmente explicado por fatores ligados ao aumento da expectativa de vida ao nascer e à atividade sexual (tratamentos de reposição hormonal para as mulheres e de impotência sexual para homens) e ao não reconhecimento do risco pelos idosos, o que os faz a praticar o sexo não seguro, sem o uso de preservativos (POTTES et al. 2007; BERTONCINI; MORAES; KULKAMP, 2007; ZORNITTA, 2008).

Algumas vezes, os idosos por se encontrarem em uma fase avançada da vida, não são vistos pelos profissionais da área da saúde como pessoas que são também vulneráveis à infecção pelo HIV, pois muitos ainda acreditam que eles não sejam sexualmente ativos e que não façam uso de drogas injetáveis. Por isso, a visão distorcida da realidade por alguns profissionais em relação ao idoso é um dos fatores para o diagnóstico tardio do HIV. Outro fator é que estes profissionais atribuem alguns sintomas do HIV a outras morbidades que estão muito presentes na população idosa, associado ao fato do idoso não ser reconhecido

como um indivíduo vulnerável às DST/Aids (ALENCAR, 2012).

Estes fatores contribuem para que o problema do diagnóstico tardio do HIV entre os idosos seja um grande problema, principalmente se o idoso, no momento em que é realizado o diagnóstico da Aids já possui doenças oportunistas. O que se deve levar sempre em consideração é que quanto mais cedo for realizado o diagnóstico, mais rapidamente ele fará uso dos antirretrovirais, o que certamente pode em muito contribuir para longevidade e qualidade de vida dessa parcela da população (ALENCAR, 2012).

O fato de alguns dos idosos e da sociedade considerarem tabus os temas relativos à sexualidade e ao uso de drogas, o que minimiza a Aids como ameaça, contribuiu para que muitos profissionais de saúde passassem a não solicitar o teste de HIV nos exames de rotina, o que acaba contribuindo para o diagnóstico tardio (ALENCAR, 2012).

O diagnóstico precoce da Aids no idoso está diretamente relacionado ao modo como o profissional de saúde deve enxergar a sexualidade do idoso, ou melhor, a sua vida em sociedade. “A partir do momento em que esse profissional compreender a existência da sexualidade nessa faixa etária, poderão ser solicitados os exames para HIV e outras DST de uma forma natural, como se faz para os grupos etários mais jovens” (ALENCAR, 2012, p. 28). Entretanto, o fato de solicitar o exame de HIV não diminui o número de infectados, mas permite que idosos com a doença possam iniciar precocemente o tratamento, melhorando o tratamento durante o percurso dessa infecção e a sua qualidade de vida.

“Outro ponto importante é que, se os profissionais perceberem o idoso como um indivíduo sexualmente ativo conseguirá abordar temas da sexualidade de uma forma mais natural, orientando e educando na prevenção” (ALENCAR, 2012, p. 28), o que pode contribuir positivamente para haver uma diminuição dos casos de HIV entre os idosos.

### **3 MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Aspectos éticos**

Esta pesquisa foi realizada em conformidade com os aspectos éticos pertinentes à pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução 196/96, Conselho Nacional de Saúde, 1996), após ser obtido parecer favorável fornecido pela Comissão de Ética de Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 19072313.9.0000.5152) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

#### **3.2 Estudo Qualitativo**

Participaram desta etapa 15 profissionais, sendo cinco de cada profissão, os quais foram sorteados. Para este estudo, foi utilizado o Questionário 1 (Anexos) com perguntas abertas e temáticas, com o objetivo de elaboração do instrumento de coleta, o Questionário 2 (Anexos), fechado e temático, visando dar-lhe fidedignidade e operatividade<sup>13</sup>.

#### **3.3 Estudo Quantitativo**

O presente trabalho trata-se de um estudo observacional transversal, realizado na cidade de Uberlândia, Minas Gerais, no período de novembro de 2013 a dezembro de 2015. Foram convidados a participar do estudo Médicos, Cirurgiões Dentistas e Enfermeiros lotados na Rede Municipal de Atenção Primária, incluindo Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e Unidades de Atendimento Integral (UAIs).

Foi utilizado o método probabilístico para composição da amostra. O número estimado da população é de 514 indivíduos e para a determinação do tamanho da amostra, fez-se uso da fórmula preconizada por Fonseca e Martins (2001), que é indicada para cálculos que envolvam população finita chegando a uma amostra mínima de 220 participantes.

As especialidades dos profissionais de saúde foram diversificadas, tendo como critério para inclusão no estudo, ter em sua prática de atendimento a assistência a pacientes idosos. Foram excluídos do estudo os profissionais que atuam apenas como pediatras.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário autoaplicável com 25 sentenças, divididas em cinco áreas temáticas relativas à saúde do idoso e HIV/Aids. Primeiramente a pesquisadora solicitou junto à Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia (Gestão de Pessoas) liberação para realizar a pesquisa nas Unidades mencionadas, em reunião com os coordenadores das Unidades alvo (UBS, UBSF e UAIs), fornecendo explicações sobre a pesquisa e sobre a liberdade de adesão ou não por parte dos profissionais de saúde convidados.

Nessa reunião, os questionários autoaplicáveis foram entregues para os coordenadores, juntamente com duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para eles convidarem os profissionais sob sua coordenação. Foram esclarecidos aos coordenadores que, primeiramente, os participantes deveriam assinar os TCLE, devolver ao seu coordenador e, somente após estas assinaturas, seria entregue os questionários, resguardando assim o total sigilo das informações.

Um total de 20% da coleta realizada após duas primeiras semanas foi repetido para confirmação da confiabilidade do instrumento (ANASTASI; URBINA, 2000).

### **3.4 Análise Estatística**

Para o Estudo Qualitativo, utilizou-se Análise de conteúdo (BARDIN, 2004), por duas pesquisadoras independentes.

Para o estudo Quantitativo, utilizou-se o teste Qui-quadrado para comparar as frequências das respostas de cada pergunta de forma geral e por profissão. Além disso, utilizou-se Análise fatorial exploratória com rotação Varimax, considerando todos os participantes e para cada profissão independente. Utilizou-se o valor de correlação 0,5 como ponto de corte na matriz de anti-imagem, para identificar itens que não compunham o modelo gerado. Adotou-se o autovalor maior que 1 para identificar o número de fatores extraídos em cada modelo. Para seleção das cargas de cada item nos fatores extraídos, observaram-se apenas os valores superiores à |0,3|. Por fim, utilizou-se o Modelo Linear Geral (GLM) multivariado entre (profissões) e dentre (fatores extraídos da análise fatorial exploratória) participantes. Para todas as análises, adotou-se o nível de significância de 5%.

## 4 RESULTADOS

A partir do estudo qualitativo obteve-se o instrumento de coleta para o estudo quantitativo, o qual constou de 5 dimensões e cada uma com 5 itens. Foi solicitado aos profissionais de saúde que assinalassem os itens que concordassem, sendo que considerou-se SIM quando foi assinalado e NÃO quando não assinalado. Para cada dimensão poderia ser assinalado mais de 1 item.

Conforme apresentado na Tabela 2, os profissionais apresentam padrão de resposta semelhante ao esperado para maioria dos itens ( $p > 0,076$ ), aceitando a hipótese nula de independência entre variáveis profissão e tipo de resposta, sugerindo que a profissão não determina o Sim ou o Não. Os itens 1C, 2D, 4A, 4B e 5C apresentaram associação significativa ( $p < 0,045$ ).

**Tabela 2.** Associação, para cada item, entre (a) as frequências das respostas e profissões, através do teste Qui-quadrado de independência; e (b) percentual de respostas com frequência esperada de 50%, através do teste Qui-quadrado de aderência.

Itens	N	Qui-quadrado de independência			Qui-quadrado de aderência		
		$\chi^2$	gl	p	$\chi^2$	gl	p
Item 1A	220	4,09	2	0,129	43,66	1	< 0,001 **
Item 1B	220	2,12	2	0,346	14,26	1	< 0,001 **
Item 1C	220	15,18	2	0,001 *	51,07	1	< 0,001 **
Item 1D	220	5,16	2	0,076	61,16	1	< 0,001 **
Item 1E	220	2,10	2	0,351	181,82	1	< 0,001 **
Item 2A	220	2,02	2	0,365	0,07	1	0,787
Item 2B	220	1,14	2	0,565	8,02	1	0,005 **
Item 2C	220	4,39	2	0,111	9,62	1	0,002 **
Item 2D	220	12,17	2	0,002 *	63,29	1	< 0,001 **
Item 2E	220	1,24	2	0,539	21,02	1	< 0,001 **
Item 3A	220	2,73	2	0,255	0,00	1	1,000
Item 3B	220	2,90	2	0,234	1,47	1	0,225

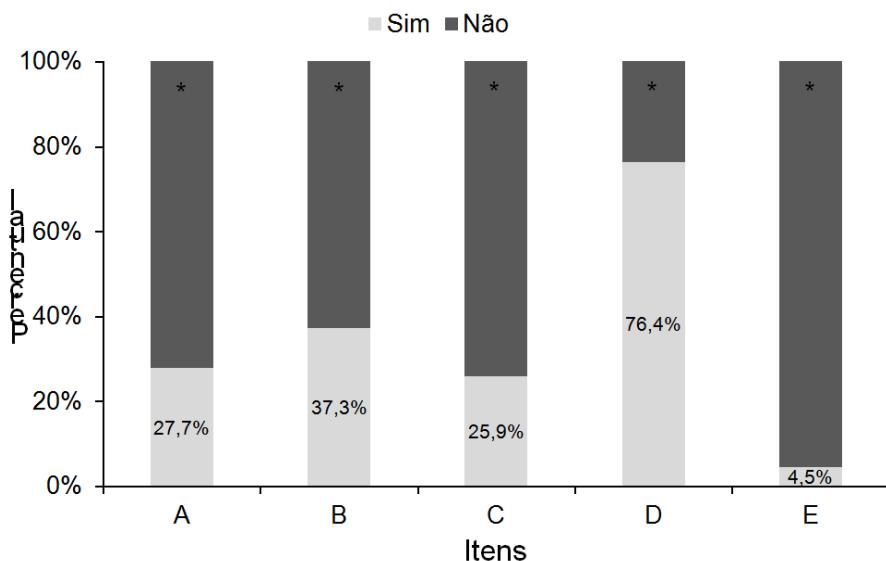
(...continuação).

<b>Itens</b>	<b>N</b>	<b>Qui-quadrado de independência</b>			<b>Qui-quadrado de aderência</b>		
		<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>gl</b>	<b>p</b>
Item 3C	220	3,22	2	0,200	36,82	1	< 0,001 **
Item 3D	220	3,09	2	0,214	216,02	1	< 0,001 **
Item 3E	220	3,68	2	0,159	79,20	1	< 0,001 **
Item 4A	220	12,11	2	0,002 *	49,16	1	< 0,001 **
Item 4B	220	6,20	2	0,045 *	79,20	1	< 0,001 **
Item 4C	220	0,71	2	0,701	57,02	1	< 0,001 **
Item 4D	220	0,37	2	0,831	13,26	1	< 0,001 **
Item 4E	220	1,36	2	0,506	134,47	1	< 0,001 **
Item 5A	216	2,27	2	0,321	88,17	1	< 0,001 **
Item 5B	216	5,06	2	0,080	35,85	1	< 0,001 **
Item 5C	216	7,33	2	0,026 *	4,17	1	0,041 *
Item 5D	216	0,23	2	0,890	10,67	1	0,001 *
Item 5E	216	0,71	2	0,701	50,07	1	< 0,001 **

Para cada item, foram comparadas as frequências de respostas Sim e Não com o valor esperado (50%). Para maioria dos itens, observaram-se diferenças significativas ( $p < 0,041$ ), ou seja, as frequências de Sim e Não são diferentes do valor esperado. Os itens 2A, 3A e 3B não apresentaram diferença significativa ( $p > 0,225$ ).

Observando a Figura 2, verifica-se que 27,7% dos participantes veem a sexualidade na terceira idade como sendo um tabu, 37,3% dos participantes veem o tema Aids como não sendo alvo de atenção pelos serviços públicos de saúde, 25,9% dos participantes acreditam que a questão da Aids na velhice ainda é assunto pouco conhecido pela população em geral. Pelos profissionais da área, 76,4% veem que a percepção de risco, pelo próprio idoso é pouca ou quase nenhuma e 4,5% não vê a questão da Aids na velhice como sendo um problema de saúde pública devido à baixa incidência.

**Figura 2.** Percentual de respostas na visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos. Como o profissional vê a questão da Aids na velhice?

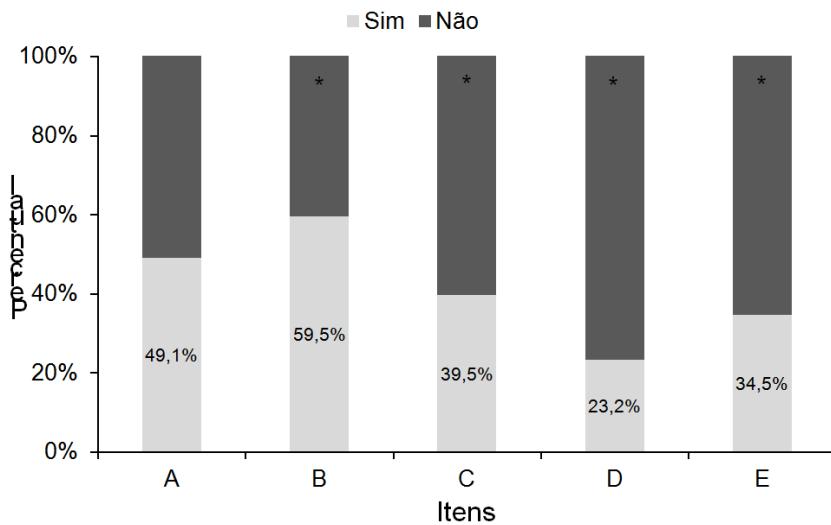


Legenda:

- A) Sexualidade é um tabu na terceira idade
- B) Aids na terceira idade não é alvo de atenção pelos serviços públicos de saúde
- C) Ainda é assunto pouco conhecido pela população, em geral, e pelos profissionais da área.
- D) A percepção pelo idoso, do próprio risco é pouca ou quase nenhuma
- E) Não vejo como problema de saúde pública devido à baixa incidência. (\*) para  $p < 0,050$

Observando a Figura 3, 49,1% dos participantes acreditam que a maior vulnerabilidade se dá pelo desconhecimento do idoso perante os riscos da infecção pelo HIV, 59,5% acreditam que a maior vulnerabilidade do idoso é devida à resistência ao uso do preservativo, 39,5% acreditam que a maior vulnerabilidade do idoso é devida à dificuldade de abordagem do assunto perante a sociedade, 23,2% veem a maior vulnerabilidade do idoso sendo facilitada pelo fato das comorbidades serem consideradas fatores importantes na progressão da doença e 34,5% acreditam que a maior vulnerabilidade do idoso se dá pela história pessoal de longo período de relação de parceria estável, no qual o risco era desconhecido ou subestimado.

**Figura 3.** Percentual de respostas na visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos. Em sua opinião qual a maior vulnerabilidade do idoso?

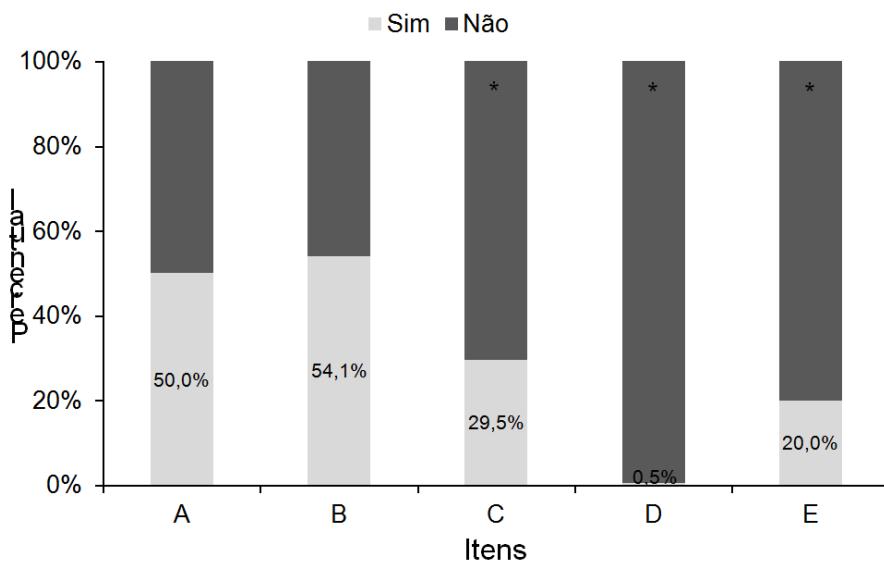


Legenda:

- A) Desconhecimento do idoso perante os riscos.
- B) Resistência ao uso do preservativo.
- C) Dificuldade de abordagem do assunto perante a sociedade.
- D) Comorbidades como fatores importantes na progressão da doença.
- E) História pessoal de longo casamento, no qual o risco era desconhecido.

Observando a Figura 4, 5% dos profissionais acreditam que o teste anti- HIV para idosos deve ser solicitado dependendo da história clínica do paciente, 54,1% acham que a solicitação do teste anti-HIV para idosos deve ser precedido de amplo esclarecimento ao paciente, 29,5% acham que o teste anti- HIV é importante fator de diagnóstico diferencial para outras comorbidades, 0,5% acham o teste anti- HIV para pacientes idosos sem necessidade e inadequado e 20,0% dos participantes acham que a solicitação do teste anti HIV deve ser incluído como rotina a partir dos 60 anos de idade.

**Figura 4.** Percentual de respostas na visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos. O que você acha de ser solicitado o teste anti-HIV para paciente idoso?

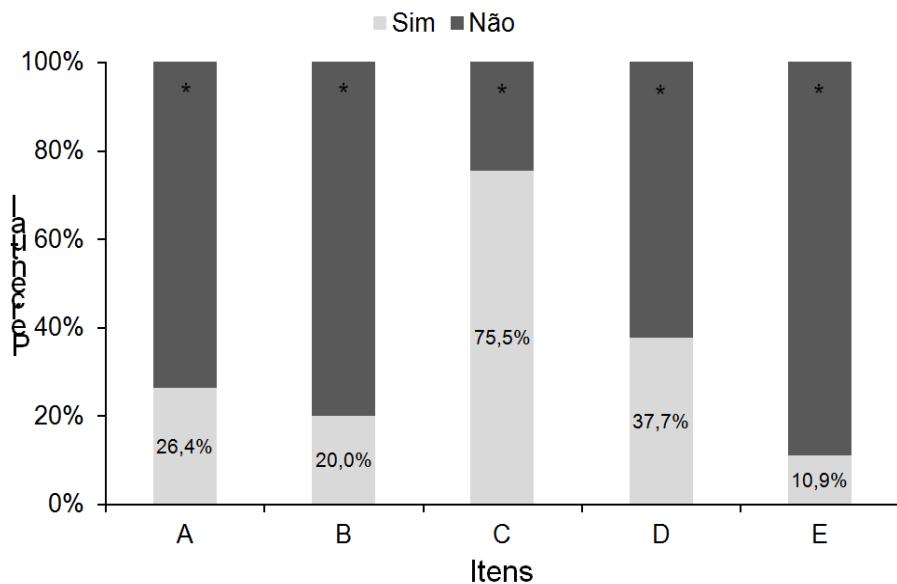


Legenda:

- A) A solicitação depende da história clínica do paciente.
- B) O pedido de exame deve ser precedido de amplo esclarecimento ao paciente.
- C) Importante fator de diagnóstico diferencial para outras morbidades.
- D) Sem necessidade; inadequado.
- E) Deve ser incluído como rotina a partir dos 60 anos de idade.

De acordo com Figura 5, 26,4% dos participantes acreditam que os resultados laboratoriais positivos devem ser entregues ao próprio paciente, 20% dos participantes deduzem que os resultados positivos devem ser entregues ao paciente idoso na presença de pelo menos um familiar, 75,5% dos profissionais acham que os resultados positivos devem ser transmitidos aos idosos de maneira esclarecedora como qualquer outra doença, 37,7% acham que os resultados positivos devem ser transmitidos aos idosos pela equipe responsável de saúde e 10,9% pensam que os resultados positivos devem ser entregues ao idoso juntamente com seu(s) parceiro(s).

**Figura 5.** Percentual de respostas na visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos. Como você acha que os resultados positivos devem ser transmitidos?

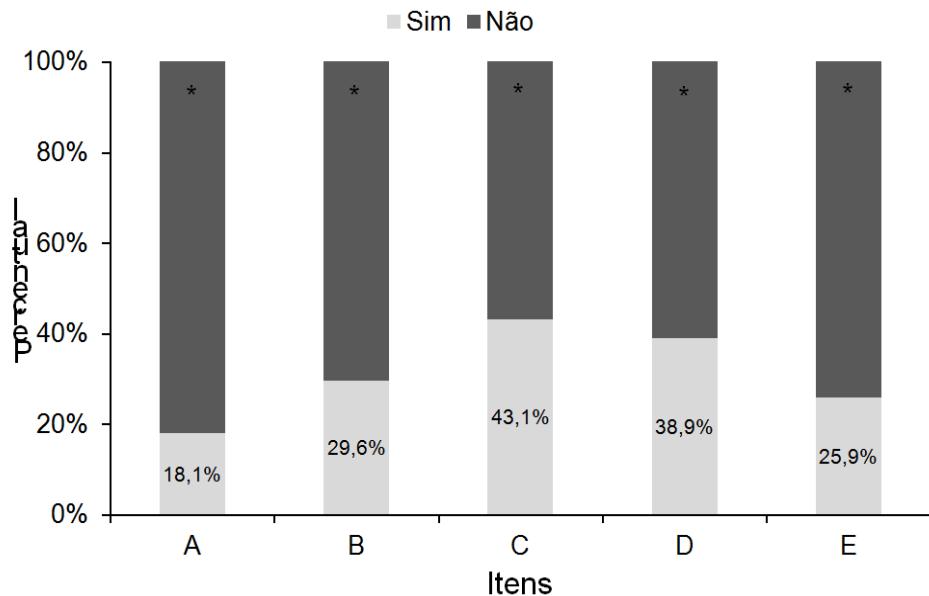


Legenda:

- A) O resultado laboratorial deve ser entregue ao próprio paciente.
- B) Na presença de pelo menos um familiar.
- C) De maneira esclarecedora, como para qualquer outra doença.
- D) A comunicação deve ser feita pela equipe de saúde responsável.
- E) O resultado deverá ser entregue ao paciente juntamente com seu(s) parceiro(s).

Observando a Figura 6, 18,1% dos profissionais encontram como dificuldade no atendimento ao idoso soropositivo a falta de treinamentos periódicos, bem como um maior esclarecimento no uso adequado dos equipamentos de proteção individuais (EPIs), 29,6% encontram como dificuldades no atendimento ao idoso soropositivo as comorbidades associadas, 43,1% dos profissionais acham que os aspectos sociais/psicológicos podem servir como barreira ao bom atendimento, 38,9% dos profissionais encontram dificuldades ao atendimento ao idoso soropositivo pela dificuldade de adesão ao tratamento por parte do idoso e 25,9% não encontram dificuldades no atendimento ao idoso soropositivo.

**Figura 6.** Percentual de respostas na visão dos profissionais de saúde frente à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos. Quais as dificuldades que você encontra no atendimento ao idoso?



Legenda:

- A) Faltam treinamentos periódicos, bem como maior esclarecimento no uso adequado dos EPIs. (Equipamentos de Proteção Individual).
- B) As comorbidades associadas dificultam o atendimento.
- C) Os aspectos sociais/psicológicos podem servir como barreira ao bom atendimento.
- D) Dificuldade de adesão ao tratamento, por parte do idoso.
- E) Não tenho dificuldade de atendimento.

Foi realizada Análise Fatorial Exploratória com o intuito de identificar possíveis dimensões e eliminando os itens que não se encaixaram no modelo de fatores gerado. Na matriz de anti-imagem, avaliou-se o valor de cada item para medidas de adequação amostral. Utilizando os 25 itens, observou-se que os itens 3A, 3D, 3E, 4A, 4B, 4E e 5E apresentaram valores abaixo do ponto de corte e por isso foram eliminados da análise. Utilizando os 18 itens restantes, observou-se também que os itens 1E e 2A apresentaram valores abaixo do ponto de corte e por isso foram eliminados da análise.

Na realização da análise factorial os itens 1E, 2A, 3A, 3D, 3E, 4A, 4B, 4E e 5E, foram retirados após três análises, utilizando como critério o  $r < 0,5$ . O item 1E foi retirado da análise, pois contraria estudos realizados que demonstram se tratar de problemas de saúde pública por ser população susceptível e vulnerável com alta incidência (ARONSON; BRITO;

SOUZA, 2006). Os itens 2A e 3A foram retirados por Padrão Confuso de Resposta 49,1% e 50%. Os itens 3D e 3E foram retirados por serem respostas óbvias, onde se diz o teste ser sem necessidade e inadequado, contrariando os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), que informa que a incidência da doença em idosos supera o de outras faixas etárias. Os itens 4A, 4B e 4E foram retirados por tratar-se de afirmativas que contrariam o sigilo dos pacientes. O item 5E foi retirado, pois pessoas que marcaram este item afirmaram não ter dificuldades em atendimento, também marcaram outros itens afirmando ter dificuldades.

Realizada a terceira Análise Fatorial Exploratória com os 16 itens restantes, observou-se que todos apresentaram valores acima do ponto de corte e por isso foram mantidos na análise, extraíndo os fatores descritos abaixo, explicando 53,9% de variância, conforme Tabela 3 que apresenta a carga de cada item em seu respectivo fator.

**Tabela 3.** Matrix dos Componentes após Rotação Varimax.

	Fatores				
	1	2	3	4	5
Item 2B	0,776				
Item 1D	0,606				
Item 3B	0,591				
Item 4D	0,488				
Item 5D	0,462				
Item 2D		0,779			
Item 5B		0,744			
Item 1C		0,705			
Item 3C		0,417			
Item 5 <sup>a</sup>			0,405		
Item 1B			0,747		
Item 2C			0,608		
Item 4C			0,333		
Item 2E				0,625	
Item 5C					0,754
Item 1A					0,613

O Fator 1 apresentou autovalor de 2,16, explicando 13,5% de variância. Foi denominado este fator *Desconhecimento pelo idoso*, por ser composto pelos itens Resistência ao uso do preservativo (2B), A percepção pelo idoso, do próprio risco é pouca ou quase nenhuma (1D), O pedido de exame deve ser precedido de amplo esclarecimento ao paciente (3B), A comunicação deve ser feita pela equipe de saúde responsável (4D) e Dificuldade de adesão ao tratamento, por parte do idoso (5D).

O Fator 2 apresentou autovalor de 2,09, explicando 13,1% de variância. Foi denominado esse fator de *Desconhecimento pelo profissional*, por ser composto pelos itens Comorbidades como fatores importantes na progressão da doença (2D), As comorbidades associadas dificultam o atendimento (5B), Ainda é assunto pouco conhecido pela população, em geral, e pelos profissionais da área (1C) e Importante fator de diagnóstico diferencial para outras morbidades (3C).

O Fator 3 apresentou autovalor de 1,50, explicando 9,4% de variância. Foi denominado esse fator de *Falta de engajamento da gestão pública*, por ser composto pelos itens Faltam treinamentos periódicos, bem como maior esclarecimento no uso adequado dos EPI's (5A), Aids na terceira idade não é alvo de atenção pelos serviços públicos de saúde (1B), Dificuldade de abordagem do assunto perante a sociedade (2C) e De maneira esclarecedora, como para qualquer outra doença (4C).

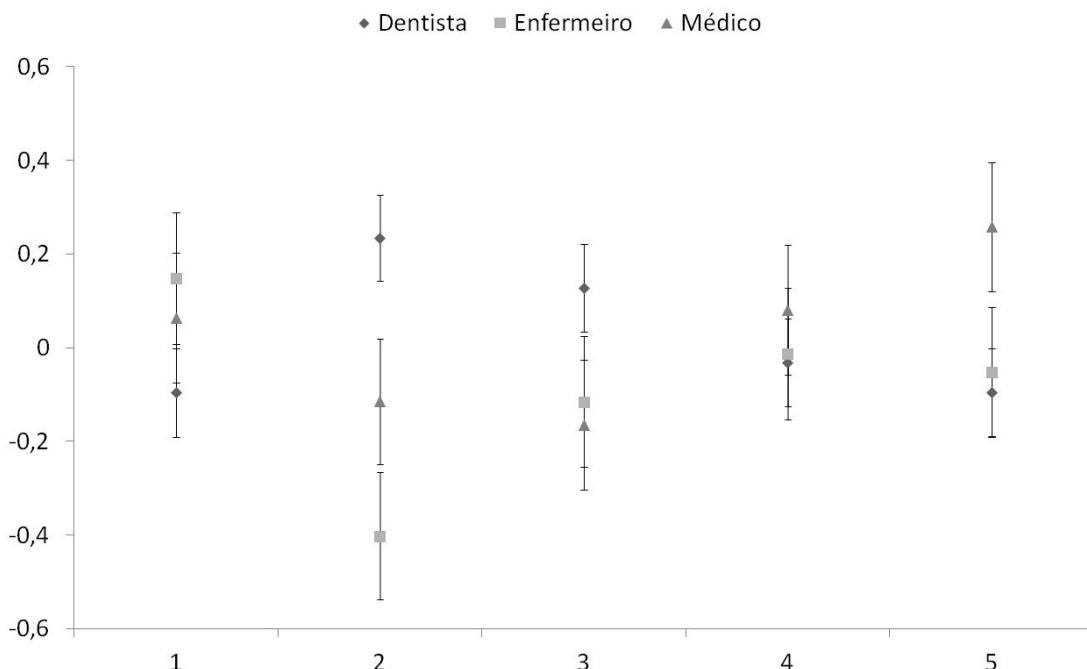
O Fator 4 apresentou autovalor de 1,46, explicando 9,1% de variância. Foi denominado esse fator de *História pessoal do idoso*, por ser composto pelo item História pessoal de longo casamento, no qual o risco era desconhecido (2E).

O Fator 5 apresentou autovalor de 1,42, explicando 8,9% de variância. Foi denominado esse fator de *Estigmas*, por serem compostos pelos itens Os aspectos sociais/psicológicos podem servir como barreira ao bom atendimento (5C) e Sexualidade é um tabu na terceira idade (1A).

O GLM demonstrou que existe um efeito de interação entre fatores e profissão ( $F = 3,06$ ;  $gl = 8, 852$ ;  $p = 0,002$ ). Não foram observados efeitos principais dos fatores ( $F = 0,67$ ;  $gl = 4, 852$ ;  $p = 0,617$ ) ou das profissões ( $F = 1,26$ ;  $gl = 2, 213$ ;  $p = 0,285$ ).

Conforme a Figura 7, os Fatores 1 e 4 não apresentam diferenças entre as profissões (Fatores 1: IC 95% [-0,19; 0,15]; Fatores 4: IC 95% [-0,15; 0,08]). Quanto ao Fator 2, a média de dentistas (IC 95% [0,14; 0,23]) é maior que médicos (IC 95% [-0,25; -0,12]) e enfermeiros (IC 95% [-0,54; -0,40]). Além disso, a média de dentista e médico é maior que enfermeiro. O Fator 3 apresenta média de dentista (IC 95% [0,03; 0,13]) maior do que enfermeiros e médicos (IC 95% [-0,30; -0,12]). Enfermeiros e médicos não diferem. Em relação Fator 5, a média de médico (IC 95% [0,12; 0,26]) é maior que dentistas e enfermeiros (IC 95% [-0,19; -0,05]). Enfermeiros e dentistas não diferem.

**Figura 7.** Médias e intervalos de confiança de 95% para cada fator e profissão.



## 5 DISCUSSÃO

Quando se analisa a visão dos profissionais de saúde, frente à possibilidade de HIV/Aids em idosos, é importante considerar as dificuldades encontradas por estes profissionais no atendimento desta população, como estigmas, aspectos sociais/psicológicos e conhecimentos advindos da própria formação de cada profissional. De acordo com Figueiredo<sup>10</sup>, a maioria dos profissionais de saúde raramente acredita que doenças sexualmente transmissíveis possam atingir pessoas idosas.

No presente estudo, sugere-se que há semelhanças e diferenças nas respostas oferecidas pelos profissionais de saúde, mostrando a influência da base comum da formação destes profissionais, quanto da base específica desta formação profissional.

Os resultados obtidos no teste Qui-quadrado de independência comprovam esta afirmativa, onde a maioria dos profissionais apresenta padrão de resposta semelhante ao esperado, porém os itens 1C, 2D, 4A, 4B e 5C, têm valores observados diferentes do esperado, mostrando que as profissões de dentista, enfermeiro e médico determinam o Sim e o Não. Os itens mencionados são itens diretamente relacionados ao conhecimento específico de cada profissional. Essas diferenças já foram observadas em outros estudos.

Em Melo (2013), observou-se que profissionais de saúde respondem de maneira diferente quanto ao uso de maconha, adicionalmente, Lara (2005), também observou que essa diferença existiu em seu estudo da percepção dos profissionais de saúde da família sobre a qualidade de vida no trabalho. Isso mostra os contrapontos presentes entre ética médica e fator cultural. Esses fatos elucidam os conflitos de saberes presentes nas relações de cuidado, e remetem aos profissionais de saúde, insegurança na atuação profissional. Cutolo (2003) relata a respeito da educação médica e as práticas médicas atuais, mostrando a necessidade de uma transformação das instituições de ensino médico do país, englobando toda a estrutura

curricular e a concepção saúde-doença, proporcionando a formação de médicos convictos da importância de aliar a excelência técnica a conceitos mais próximos da realidade, preparados para o novo mercado de trabalho que vem se estruturando além da esfera acadêmica.

Analizando os resultados no Modelo Linear Geral multivariado entre (profissões) e dentre (fatores) participantes verifica-se que somente há diferenças quando há interação entre fatores e profissões. Nos fatores 1 (desconhecimento pelo idoso) e 4 (história pessoal do idoso) não houve diferenças por tratar-se de fatores que envolvem conhecimento do idoso e não do profissional. Os fatores agruparam itens que tratam do desconhecimento e da história pessoal do idoso, os quais não sofrem influências da formação ou da experiência dos profissionais de saúde. Os outros diferem por tratar-se de fatores que estão associados à experiência de cada profissional, bem como sua formação na graduação. Estudos futuros poderão ser associados a resultados deste estudo, acrescentando a visão dos idosos em relação ao tema proposto.

No fator 2, Desconhecimento pelo Profissional, a média de dentistas é maior que médicos e enfermeiros, visto que está é uma profissão que, por tradição, traz a ideia da hiperespecialização, mais voltada para a cavidade oral, que possibilitou grandes avanços científicos, mas fragmentou as relações entre as ideias e seus contextos, ficando à parte de muitos assuntos que deveriam agregar em sua formação. Currículos novos estão sendo adotados para que a odontologia se enquadre com maior assertividade na assistência às pessoas. Como exemplo, pode-se citar o curso de odontologia da própria universidade vinculada a esse trabalho (Universidade Federal de Uberlândia), onde o currículo antigo não constava conteúdo específico de geriatria. O novo currículo, que foi aprovado através do projeto pedagógico (BRASIL, 2014), contempla uma disciplina teórica de geriatria.

No fator 3, Falta de Engajamento na Gestão Pública, tem-se uma média maior de dentistas, mostrando a pouca participação e conhecimento desse profissional em relação ao

sistema público, ao contrário de médicos e enfermeiros que já vivenciam essa realidade há mais tempo. As respostas mostram uma visão igual de médicos e enfermeiros. Novamente, como exemplo, a Universidade Federal de Uberlândia em seu curso de odontologia, com o currículo antigo sem nenhum estágio na Rede de Saúde e o currículo atual com um estágio obrigatório, além da possibilidade de projetos de extensão (BRASIL, 2014).

No fator 5, Estigmas, mostra a média de médicos maior que dentistas e enfermeiros. Esse resultado pode indicar uma menor humanização dos médicos como resultado de um maior distanciamento com seus pacientes. Os enfermeiros e dentistas tiveram médias iguais, mostrando uma aproximação desses profissionais com seus pacientes, com atendimentos mais humanizados (BRASIL, 2003). Segundo Siqueira (2003), há resultados indicativos da responsabilidade da universidade nessa grave distorção da formação profissional em pesquisa norte americana realizada nos anos 50 e que permanece até os dias de hoje. A pesquisa mostra que ao ingressar na faculdade a maioria dos jovens demonstrava especial interesse em exercer a profissão guiada por espírito de altruísmo e desejo de auxiliar o próximo. Ao final do curso, porém, pouco restava desse ideal nos recém-formados. Os dados coletados permitiram ao autor concluir que, paradoxalmente, ao longo do curso de Medicina, ocorria crescimento significativo do cinismo concebido como regra profissional, enquanto diminuía o humanismo.

Mediante os resultados obtidos, nota-se que houve uma limitação no estudo uma vez que não se determinou o tempo de formação de cada profissional, o que poderia também ser relacionado com as mudanças que vêm ocorrendo nos currículos novos de cada curso. Mudanças curriculares recentes já estão sendo feitas com esse objetivo, como já relatado anteriormente no curso de odontologia como também no curso de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. Desta forma, poderia ser observado se realmente a alteração na base traria mudanças de visões dos profissionais.

De acordo com revisão bibliográfica, não foram encontrados estudos relacionados a estes profissionais frente a pacientes idosos e a possibilidade de infecção de HIV/Aids. Porém, com os resultados deste estudo nota-se que esta visão ou acompanha ou diverge das respostas dos profissionais, o que mostra a influência da formação em alguns fatores. Promover ações em saúde, levando em consideração que muitos pacientes desconhecem a sua condição clínica ou não se importam em informar a mesma ao profissional de saúde que o atende, torna-se importante.

## 6 CONCLUSÃO

A pessoa que vive com HIV/Aids enfrenta muitas dificuldades quando recebem o diagnóstico positivo para a doença, que podem interferir negativamente no acesso e na má qualidade do tratamento, o que pode gerar problemas relacionados à adesão, aumentando potencialmente o risco de transmissão da doença, principalmente entre os idosos, visto ser uma população que mesmo estando ativa sexualmente, ainda sofre as mazelas da discriminação por parte da sociedade.

A Aids para o MS é uma doença crônica que pode ser prevenida pelo uso sistemático de abordagens e ações educativo-preventivas de curto, médio e longo prazos, e os idosos precisam ser incluídos nas campanhas de prevenção da doença.

A investigação da visão do profissional em relação à possibilidade de infecção de HIV/Aids em idosos deve ser trabalhada de forma específica para cada tipo de profissional, atendendo as dificuldades específicas da formação de cada curso de graduação.

É fundamental a necessidade de atualização de cada profissional da área da saúde no sentido de poder realizar um diagnóstico precoce que vise proteger a integridade do paciente idoso acometido pelo HIV/Aids.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDO, C. H. N. **Descobrimento sexual do Brasil.** São Paulo: Summus; 2004.
- ALENCAR, R. de A. **O idoso vivendo com HIV/Aids:** a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica. 2012. 162p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- ANASTASI A, U. S. **Testagem psicológica.** Porto Alegre: Artmed Editora; 2000.
- ARAÚJO L, S. A. A Aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 2006; 18(2):137-142.
- ARAUJO, V. N. F. **Os Grupos de convivência de idosos como mediação para a construção da cidadania.** 2004. 105f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Serviço Social, Programa de PósGraduação em Serviço Social, 2004.
- ARONSON, W.; BRITO, A. M.; SOUSA, V. Viver com Aids na terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2006; 14(1).
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004. p. 89-216.
- BEAUVOIR, S. **A velhice.** Tradução de Maria Helena Franco Martins: *La Vieillesse*. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERQUO, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 74, p. 11-15, Mar. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002006000100001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002006000100001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 jun. de 2016.
- BIEGER, J. et al. O Envelhecimento (como) expressão da Questão Social e algumas considerações pertinentes ao Exercício Profissional. Congresso Catarinense de Assistentes Sociais. **Anais...** Florianópolis, 22 a 24 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/O-envelhecimento-como-express%C3%A3o-da-quest%C3%A3o-social.pdf>>. Acesso em 19 jun. de 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Portaria nº 823**, de 30 de dezembro de 2014. Secretaria de Regulação e Supervisão da Educação Superior, publicada no DOU 02 de janeiro de 2015. Brasília, DF: MEC, 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. 44p.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e Área Técnica Saúde do Idoso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Ano VIII nº 01. 27<sup>a</sup> a 52<sup>a</sup> semanas epidemiológicas. julho a dezembro de 2010. 01<sup>a</sup> a 26<sup>a</sup> semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011, 159p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Ano III - nº 1 - 01<sup>a</sup> à 26<sup>a</sup> semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 84p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 217p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS (uma construção coletiva)**: estudo sobre o arcabouço legislativo do planejamento da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 114 p. - (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Cadernos de Planejamento; v. 3).
- CASTRO, S. F. F.; BARROS JÚNIOR, F. O. **Aids e velhices**. Rio de Janeiro: AMC Guedes; 2012.
- CURIONI, C.; PEREIRA, R.; VERAS, R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 43-59, 2003.
- CUTOLO, L. R. A.; CESA, A. I. Percepção dos alunos do curso de graduação em Medicina da UFSC sobre a concepção saúde-doença das práticas curriculares. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 32, n. 4, p. 75-89, 2003.
- FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E. **Subsídios à política de regulação do acesso, formação e capacitação de profissionais da saúde: perfil sociodemográfico**,

**epidemiológico e capacidade instalada em saúde no Brasil.** Relatório Final. Pelotas: UFPel; 2005.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/Aids e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 75-84, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n1/07.pdf>>. Acesso em jun. 2016.

FIGUEIREDO, M.; PROVINCIALI, R. HIV/Aids em pessoas idosas: vulnerabilidade, convívio e enfrentamento. In: 7º Congresso Virtual HIV/Aids 2006. Congresso Virtual: **Anais...** São Paulo; Portugal. Disponível em: <[http://www.Aidscongress.net/article.php?id\\_comunicacao=280](http://www.Aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=280)>. Acesso em 15 fev. 2015.

FONSECA, J. S.; MARTINS, G. A. **Curso de estatística**. São Paulo: Atlas; 2001.

FREIRE NETO, J. B. **Envelhecimento no Brasil e saúde do idoso:** SBGG divulga carta aberta à população. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), SET. 2014. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2/>>. Acesso em 18 jun. 2016.

UNAids. *Joint United Nations Programme on HIV/Aids*. Relatório global do UNAids sobre prevenção destaca avanços e desafios da resposta à Aids no Brasil. **UNAids Brasil - Prevention Gaz Report**, 14 jul. 2016. Disponível em: <[http://data.unaids.org/pub/Report/JC1521\\_stigmatisation\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/JC1521_stigmatisation_en.pdf)>. Acesso em 04 ago. 2016.

LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. 7 ed. São Paulo: Atlas; 2009.

LARA, M. J. Percepção dos profissionais de Saúde da Família sobre a qualidade de vida no trabalho. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 1, p. 38-48, 2005

MELO, P. C. F. **Avaliação da percepção de profissionais de saúde sobre maconha**. 2013. 101f. Dissertação [Mestrado em Ciências] - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Saúde de São Paulo. Documento de Diretrizes para prevenção das DST/Aids em idosos. **Bepa**, São Paulo, v. 8, n. 92, p. 15-23, 2011.

SIQUEIRA, J. E de. Ensino de ética no curso de medicina. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 128-129, jun. 2003.

VALENTINI, M.; RIBAS, K. Terceira idade: tempo para semear, cultivar e colher. **Analecta, Paraná**, v. 4, n. 1, p. 133-145, jan./jun. 2003.

ZORNITA, M. **Os novos idosos com Aids:** sexualidade e desigualdade à luz da bioética. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 100p

## APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada **“Visão de Profissionais de Saúde frente à possibilidade de infecção por HIV/Aids em idosos”** sob a responsabilidade dos pesquisadores **Rogério De Melo Costa Pinto, Carlos Henrique Alves de Rezende e Patrícia Aparecida Borges de Lima.**

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender a visão dos profissionais de saúde em relação à vulnerabilidade do paciente idoso em relação ao HIV/Aids e identificar de que maneira a percepção dos profissionais de saúde influencia na abordagem deste paciente idoso. Além de verificar quais exames os profissionais de saúde estão solicitando em uma consulta de rotina para os pacientes idosos e se há questionamentos na anamnese quanto à vida sexual dos pacientes idosos durante o atendimento pelos profissionais de saúde.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pela pesquisadora Patrícia Aparecida Borges de Lima, que entrará em contato com os coordenadores dos profissionais de saúde das Unidades de Atenção Básica e realizará uma reunião para explicar como será feita a pesquisa, quais os seus objetivos, e deixará clara a liberdade quanto à adesão ou não à pesquisa por parte dos profissionais de saúde. A partir deste momento, a pesquisadora Patrícia Aparecida Borges de Lima iniciará a aplicação dos questionários junto aos profissionais de saúde. Na sua participação você responderá a um questionário com cinco perguntas, fechadas e temáticas, acerca da Aids, no contexto da terceira idade.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Será garantido aos sujeitos participantes da pesquisa o sigilo absoluto quanto às suas identidades o que representaria o risco do presente estudo. O principal benefício de se participar da pesquisa é ter um melhor conhecimento acerca da percepção dos profissionais da saúde frente ao paciente idoso e o que pode culminar em um atendimento ao idoso que possibilita um diagnóstico precoce da Aids.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Rogério de Melo Costa Pinto (3239-4500), Carlos Henrique Alves de Rezende (3212-5659), Patrícia Aparecida Borges de Lima (3232-7714) .

Endereço da Instituição vinculada:

Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Uberlândia  
Avenida Pará, nº 1720 – Campus Umuarama, Bloco 2H  
Bairro Umuarama  
Uberlândia, Minas Gerais, Brasil  
CEP: 38400-902  
Brasil Telefone: (034) 3218-2234.

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos:

Universidade Federal de Uberlândia  
Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224  
Campus Santa Mônica  
Uberlândia –MG  
CEP: 38408-100  
Telefone: (34) 3239-4131.

Uberlândia (MG), ..... de .....de 2014.

---

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Participante da pesquisa

## APÊNDICE 2 - QUESTIONÁRIOS

- 1. Concepção da Aids:* Como você vê a questão da Aids, na velhice?
- 2. Fatores de riscos decorrentes do item 1:* Em sua opinião, qual a maior vulnerabilidade do idoso?
- 3. Solicitação do teste:* O que você acha de ser solicitado o teste anti- HIV, para pacientes idosos como exame de rotina?
- 4. Comunicação do diagnóstico:* Como você acha que os resultados devem ser repassados aos idosos?
- 5. Dificuldades no atendimento:* Quais as dificuldades que você encontra/encontraria no atendimento ao idoso soropositivo?

Responda as questões abaixo, podendo ser assinaladas mais de uma alternativa por questão (será considerada “Sim” a opção assinalada, sem assinalar será considerado “Não”):

- 1. Concepção da Aids:* Como você vê a questão da Aids, na velhice?

- ( ) A – Sexualidade é um tabu na terceira idade.
- ( ) B – Aids na terceira idade não é alvo de atenção pelos serviços públicos de saúde.
- ( ) C – Ainda é assunto pouco conhecido pela população, em geral, e pelos profissionais da área.
- ( ) D – A percepção pelo idoso, do próprio risco é pouca ou quase nenhuma.
- ( ) E – Não vejo como problema de saúde pública devido à baixa incidência.

- 2 – Fatores de riscos decorrentes do item 1:* Em sua opinião, qual a maior vulnerabilidade do idoso?

- ( ) A – Desconhecimento do idoso perante os riscos.
- ( ) B – Resistência ao uso do preservativo.
- ( ) C – Dificuldade de abordagem do assunto perante a sociedade.

( ) D – Comorbidades como fatores importantes na progressão da doença.

( ) E – História pessoal de longo casamento, no qual o risco era desconhecido.

3 – *Solicitação do teste:* O que você acha de ser solicitado o teste anti- HIV, para pacientes idosos?

( ) A – A solicitação depende da história clínica do paciente.

( ) B – O pedido de exame deve ser precedido de amplo esclarecimento ao paciente.

( ) C – Importante fator de diagnóstico diferencial para outras morbidades.

( ) D – Sem necessidade; Inadequado.

( ) E – Deve ser incluído como rotina a partir dos 60 anos de idade.

4 – *Comunicação do diagnóstico:* Como você acha que os resultados positivos devem ser transmitidos aos idosos?

( ) A – O resultado laboratorial deve ser entregue ao próprio paciente.

( ) B – Na presença de pelo menos um familiar.

( ) C – De maneira esclarecedora, como para qualquer outra doença.

( ) D – A comunicação deve ser feita pela equipe de saúde responsável.

( ) E – O resultado deverá ser entregue ao paciente juntamente com seu(s) parceiro(s).

5 – *Dificuldade no atendimento:* Quais as dificuldades que você encontra no atendimento ao idoso soropositivo?

( ) A – Faltam treinamentos periódicos, bem como maior esclarecimento no uso adequado dos EPI's.(Equipamentos de Proteção Individuais)

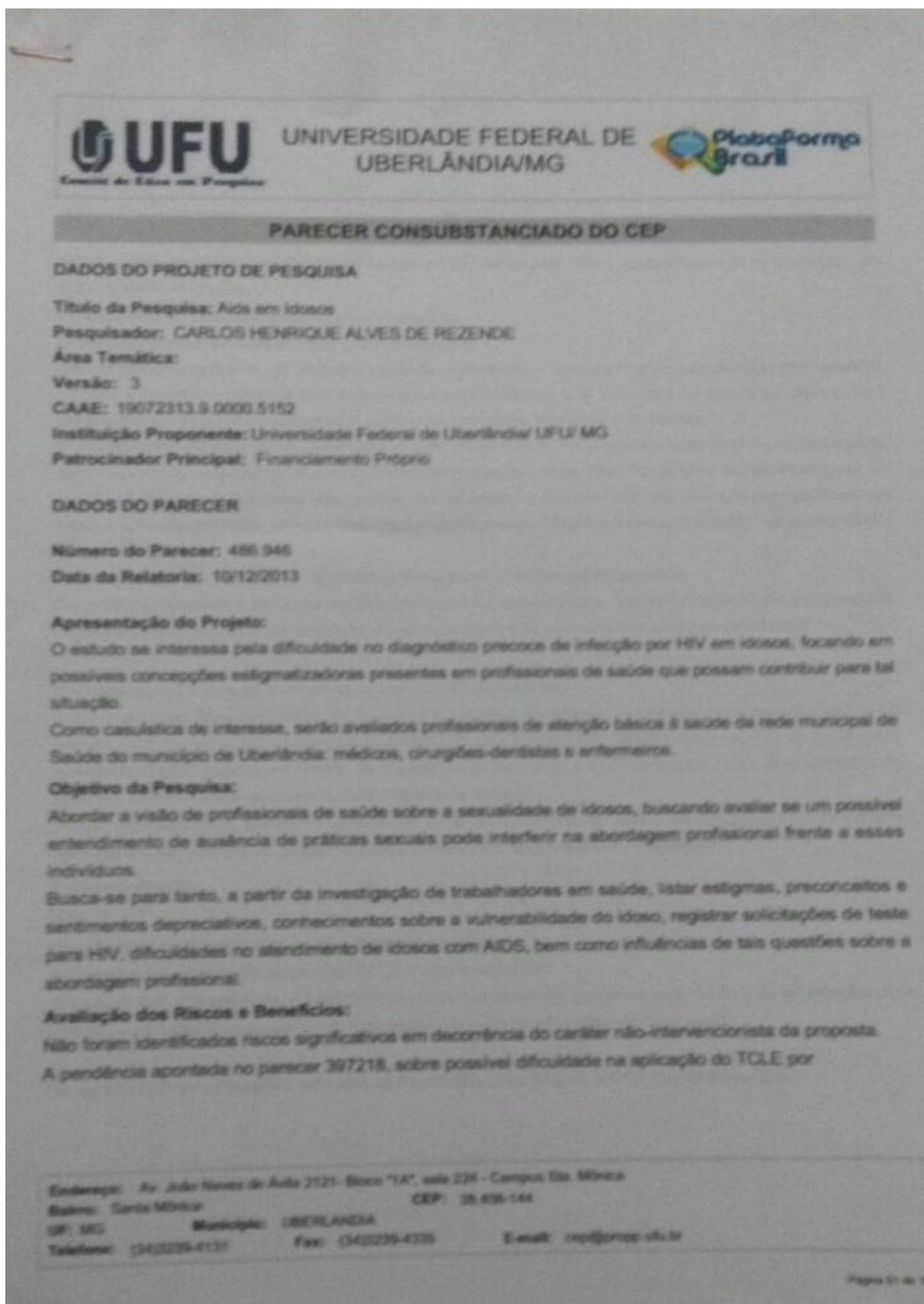
( ) B – As comorbidades associadas dificultam o atendimento.

( ) C – Os aspectos sociais/psicológicos podem servir como barreira ao bom atendimento.

( ) D – Dificuldade de adesão ao tratamento, por parte do idoso.

( ) E – Não tenho dificuldade de atendimento.

## **ANEXO 1 -FICHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

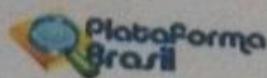




Comitê de Ética em Pesquisa

Confirmação do Parecer: 466.946

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG



aprovação do protocolo de pesquisa proposto.  
O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/UFU: junho de 2014.

**OBS.: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.**

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

**Orientações ao pesquisador :**

- ↳ O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- ↳ O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- ↳ O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso

**Endereço:** Av. João Naves de Ávila 2121- Bloco "IA", sala 224 - Campus Sta. Mônica

**Bairro:** Santa Mônica

**CEP:** 38.408-144

**UF:** MG

**Município:** UBERLÂNDIA

**Telefone:** (34)3239-4131

**Fax:** (34)3239-4335

**E-mail:** cep@propp.ufu.br

**UFU**  
Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
UBERLÂNDIA/MG

Plataforma  
Brasil

Continuação do Parecer: 486.946

normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária e ANVISA e junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).