



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE BACHARELADO EM SERVIÇO SOCIAL**

JACQUELINE SANTOS DA SILVA

JAQUELINE DO NASCIMENTO NAZÁRIO

A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO IDOSO COM HIV/AIDS:

Dificuldades e desafios nos serviços de referência do SUS.

RECIFE

2023

JACQUELINE SANTOS DA SILVA

JAQUELINE DO NASCIMENTO NAZÁRIO

A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO IDOSO COM HIV/AIDS:

Dificuldades e desafios nos serviços de referência do SUS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Raquel Cavalcante Soares

RECIFE

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Jacqueline Santos da.
A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO IDOSO COM HIV/AIDS:
Dificuldades e desafios nos serviços de referência do SUS. / Jacqueline Santos
da Silva, Jaqueline do Nascimento Nazário. - Recife, 2023.
88 : il., tab.

Orientador(a): Raquel Cavalcante Soares
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social -
Bacharelado, 2023.

1. HIV/Aids. 2. Idosos. 3. Saúde. 4. Sexualidade. 5. Infecção. I. Nazário,
Jaqueline do Nascimento. II. Soares, Raquel Cavalcante. (Orientação). III. Título.

360 CDD (22.ed.)

JACQUELINE SANTOS DA SILVA

JAQUELINE DO NASCIMENTO NAZÁRIO

A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE DO IDOSO COM HIV/AIDS:

Dificuldades e desafios nos serviços de referência do SUS.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 12/05/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Raquel Cavalcante Soares

Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira

Universidade Federal de Pernambuco

*Dedico a Severino André (in memoriam),
Ter e ser. Pra sempre.*
(Jacqueline Santos)

A Luiza Maria. Minha, "Mimi."
(Jacqueline Nazário)

AGRADECIMENTOS DE JACQUELINE S.

Ainda me lembro da primeira vez e da sensação de estar na Universidade Federal de Pernambuco há quatro anos atrás. Um ingresso fruto de fé e sonhos. E no momento em que escrevo este agradecimento, honestamente, me faz explorar a sensação de que a trajetória acadêmica e profissional começa agora, e que a conclusão desta graduação é a ponte e base de aprendizado, na verdade, para rumo ao novo.

Dessa forma, primeiramente agradeço a Deus e à minha devoção a Nossa Senhora Virgem Maria, por toda a sua intercessão. É sem dúvida a minha fé por vezes falha mas contínua, que me faz seguir, pois nos momentos mais difíceis e duvidosos sinto que é nunca é o fim, mas a oportunidade de recomeçar.

Aos meus pais, Leticia e José, meus principais apoiadores e incentivadores que nunca me deixaram desistir. Pelos seus sacrifícios que me trouxeram até aqui e acalento em meus momentos de coração angustiado. Obrigada por sempre me darem as melhores oportunidades, por serem exemplos de amor perene, simplicidade, honestidade, responsabilidade e bom humor. Que pelas preces dos lábios de minha mãe deseja e ora por filhas felizes e realizadas.

À minha irmã Juliana, também companheira de profissão, e meu elo infinito. Minha alma gêmea desde o ventre, eu nunca estive sozinha. A ela, minha estima de uma vida feliz, de uma grande, e tão grande feliz infância acompanhada da adolescência e agora da vida adulta. Afinal, *“Ter um irmão é ter, para sempre, uma infância lembrada com segurança em outro coração”*, isso nos guiará para sempre.

Aos meus avós, Creuza (*in memoriam*), Josefa e Cosme, guardados no coração, vocês sempre foram a fonte do amor mais genuíno.

Singularmente, ao meu avô Noé (*in memoriam*), você me fez refletir que o milagre da vida é, na verdade, querer estar nela, resistindo e criando laços de vida, força e amor. E que os nossos sonhos são, sem dúvida, a missão que devemos dar a nós mesmos. Me revolto e me radicalizo com inspiração em tua vida. Foram dias felizes com você e por você também fui feliz. Pela minha honesta consciência em estar vivenciando a fase de negação do luto, pela lágrima caída, pela dor da solidão e saudade desesperada, te vejo na eternidade.

Durante o processo de finalização deste trabalho, também perdi meu padrinho, Severino André (*in memoriam*), que sob seu olhar e admiração viu minha

infância, minha vida. Por toda a saudade já enraizada, por toda a lembrança do seu sorriso, por todas as lágrimas e pensamentos ilusórios que você ainda não nos deixou. Por tudo e mais, agradeço e dedico este trabalho a você.

A toda a minha família, minha enorme família, onde cada um, do seu jeitinho, sempre me trouxe vida e alegria.

Agradeço também aos amigos que fiz durante o estágio na Defesa Civil de Camaragibe, pelas genuínas risadas e boas lembranças, eu não poderia ser mais feliz por ter conhecido cada um. A toda a equipe que o compõe, meu mais sincero sentimento de orgulho e gratidão pelo trabalho que realizam, obrigada por todas as oportunidades e aprendizados que me proporcionaram, pela minha evolução profissional sentida através de cada usuário atendido e decisões que me permitiram atuar, vocês também me trouxeram até aqui.

Meu agradecimento imensurável a Jaqueline Nazário, minha parceira de escrita. Com você acreditei em nosso processo e potencial, compartilhei incertezas, construí diálogos profundos, honestos e laços de irmandade. Tenho a certeza do fundo do coração que terminamos essa graduação dando o nosso melhor, mesmo que às vezes tenhamos dado metade de nós em dias nublados e errantes na alma, mas sempre foi o nosso melhor, sempre. E com isso, aprendemos uma com a outra mais do que podemos imaginar.

Agradeço a nossa professora e orientadora, Raquel Soares pelo compromisso e incentivo durante esse processo.

Aos meus sonhos, aos meus futuros(as) filhos(as), esforços e choros. Ao amanhã que sempre chega e com ele a esperança de realizar e vingar o que almejamos.

Por isso, com o mantra sempre em mente: *“não desista você já passou raiva demais pra sair sem diploma”*, agradeço a mim mesma.

Pues, todo pasa y todos los dolores ya se van.

Jacqueline Santos da Silva.

“É justo que muito custe o que muito vale”.
— Santa Teresa D’Ávila.

AGRADECIMENTOS DE JAQUELINE N.

Ao Bom Deus, que me amparou e me ampara em todos os momentos da minha vida. A Jesus, que todos os dias mostra que sou capaz de conquistar todos meus sonhos, planos e objetivos. Basta apenas que eu confie nEle e em seus propósitos para minha vida! A minha querida Santa Teresinha do Menino Jesus, que muito me ensinou e segue me ensinando, “[...] *que em momentos de grandes tristezas basta apenas olhar para o céu, que nada acontece que Deus não tenha previsto desde toda eternidade e nada é pequeno se feito com amor.*” O Amor me amou primeiro, então, é a Ele que eu agradeço eternamente. Pois, se aqui estou é porque Ele permitiu que eu existisse e para além do existir, que eu estivesse viva. Nos momentos de angústia, aflições e adversidades, meu refúgio era minha fé. E graças a ela, suportei tudo que me foi imposto na trajetória acadêmica.

Mas, o percurso não foi solitário - ainda bem -, apesar de que por vezes me senti só. Assim, agradeço a minha maior incentivadora: minha mãe. Luiza Maria, minha Mimi. A pessoa que mais amo nesta vida. Se cheguei até aqui, foi porque ela me conduziu nos momentos em que me senti perdida e desanimada: “Viver é bom, Jaque. Seja feliz.”, o ambiente acadêmico muitas vezes não nos proporciona felicidade mas, mostra caminhos para chegar até ela. O conhecimento é libertador e transformador. Obrigada, mainha, por nunca desistir de mim, desde o dia que subeste da minha vinda ao mundo.

Agradeço também ao meu pai, Seu Ismael. Entre tantas desavenças, nunca deixou de cumprir com seu papel de pai, ao seu modo, mostrou-me como a vida é dura e que nem sempre encontraremos apoio lá fora. Precisamos cuidar dos que são por nós. E eu sei que, à sua maneira, ele sempre cuidou de mim.

Em seguida, agradeço a minha irmã, Marcia. A qual muito admiro, não apenas por suas grandes conquistas profissionais e acadêmicas mas, pela força e coragem de viver, apesar de.

Marcia, sempre me mostrou que: Apesar de, devemos tentar. Apesar de, devemos continuar. Apesar de, somos capazes de superar a nós mesmos.

Obrigada, Marcinha. Você foi parte essencial nesta trajetória, através do seu incentivo que retornei ao Serviço Social e deu certo! Sem esquecer de agradecer por me dar meus pretinhos - Lucas e Malu -, momentos de alegrias junto a eles muito me ajudaram neste percurso, amo vocês.

A minha família, em geral. Que direta ou indiretamente foram apoio ao longo desses anos.

Como já foi dito, não estive sozinha. Assim, agradeço aos meus amigos - aos verdadeiros amigos - que com compreensão, afeto e cuidado me apoiaram ao longo do curso, principalmente, no processo de construção e conclusão deste trabalho. Sou grata por ter a sorte de encontrar pessoas como vocês e poder compartilhar de momentos importantes e significativos da minha vida.

A Raquel, nossa orientadora. Pela paciência, competência e dedicação no processo de orientação. Obrigada pelas contribuições e por nos mostrar que é possível.

E por fim, à Jacque. Minha xará, amiga e dupla! Não seria possível chegar até aqui sem você. Quando nos juntamos no 3º período do curso eu não imaginava que estaríamos juntas até o final, inclusive, até o TCC. Obrigada por não me deixar desistir nos momentos que eu achava que não conseguiria. Por acreditar em mim quando nem eu acreditei. Obrigada por abraçar minha proposta de construir este trabalho e se doar para finalizarmos! Obrigada por me ensinar a ter coragem de enfrentar a vida, suas situações difíceis e seguir adiante. Você nunca me deixou na mão, mesmo em momentos difíceis, você sempre esteve presente. Espero que nossa amizade e cumplicidade seja para além da academia. Amo você. Obrigada por chegar até aqui. Você é incrível.

Com carinho,
Jaque.

Jaqueline do Nascimento Nazário.

“Quando se tem aids, dizem as más e poderosas línguas que a gente é aidético. Continuo sendo eu mesmo. Estou com aids.” — Herbert Daniel.

ABIA (2018, p. 21)

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) propõe-se a discutir as principais dificuldades e desafios para o acesso de idosos com HIV/AIDS aos serviços de saúde de referência no SUS. Para responder aos objetivos, apresentando-os em três capítulos, o TCC reflete sobre a política de HIV/Aids no contexto da contrarreforma e caracteriza o avanço da infecção pelo HIV/Aids em idosos no Brasil, bem como suas particularidades, estigmas, dificuldades e desafios. Para isso, buscou explorar a descoberta dos primeiros casos de HIV e a inserção do Programa Nacional de Aids e Organizações não governamentais (ONGs) nessa historicidade de descobertas e mobilizações em torno do HIV/Aids. O estudo fundamentou-se no materialismo histórico-dialético, de caráter exploratório analítico e qualitativo, utilizando como procedimentos metodológicos a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica. O levantamento bibliográfico e a revisão literária possibilitaram evidenciar a escassez de conteúdos especificamente sobre HIV/Aids e a população idosa, compreendendo assim a dinâmica sistêmica das relações capitalistas. Destarte, destaca-se a importância de uma visibilidade abrangente sobre o tema em questão, considerando estratégias práticas e inserção significativa da sociedade para a busca efetiva de tratamentos e cuidados adequados e distanciamento de preconceitos.

Palavras-chave: HIV/Aids; Idosos; Saúde; Sexualidade; Infecção.

RESUMEN

Este Trabajo de Finalización de Curso (TFC) se propone discutir las principales dificultades y desafíos para el acceso de ancianos con VIH/SIDA a los servicios de salud de referencia en el SUS. Para responder a los objetivos, presentándose en tres capítulos, la TCC reflexiona sobre la política de VIH/SIDA en el contexto de la contrarreforma y caracteriza el avance de la infección por VIH/SIDA en ancianos en Brasil, así como su particularidades, estigmas, dificultades y desafíos. Para ello, buscó explorar el descubrimiento de los primeros casos de VIH y la inserción del Programa Nacional de SIDA y de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) en esta historicidad de descubrimientos y movilizaciones en torno al VIH/SIDA. El estudio se basó en el materialismo histórico-dialéctico, con carácter exploratorio analítico y cualitativo, utilizando como procedimientos metodológicos la investigación documental y la investigación bibliográfica. El levantamiento bibliográfico y la revisión literaria permitieron evidenciar la escasez de contenidos específicamente sobre el VIH/SIDA y la población anciana, comprendiendo así la dinámica sistémica de las relaciones capitalistas. Así, se destaca la importancia de una visibilización integral sobre el tema en cuestión, considerando estrategias prácticas y de inserción significativa de la sociedad para la búsqueda efectiva de tratamientos y cuidados adecuados y distanciamiento de prejuicios.

Palabras clave: VIH/SIDA; Anciano; Salud; Sexualidad; Infección.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Trajetória do HIV no Brasil.

Quadro 2 – Modelo de intervenção centrado no indivíduo.

Figura 1 – Pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de casos diagnosticados e notificados de AIDS em pessoas a partir de 60 anos nos anos de 2010 a 2020.

Tabela 2 – Números de casos de HIV notificados no Sinan, de acordo com faixa etária e sexo, com pessoa de 60 anos e mais, por ano de diagnóstico no Brasil entre 2011-2022. (adaptado)

Tabela 3 – Óbitos por aids segundo sexo e faixa etária, com pessoa de 60 anos e mais, por ano do óbito no Brasil entre 2011-2021. (adaptado)

Tabela 4 – Percentagem de uso do preservativo entre as pessoas sexualmente ativas segundo sexo, ano da pesquisa e faixa etária, em 1998 e 2005. (adaptado)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ARV – Antirretrovirais

ADT – Assistência Domiciliar Terapêutica

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

BPC – Benefício da Prestação Continuada

CDC – Center of Disease Control (Sigla em inglês para Centro de Controle de Doenças)

CMV – Citomegalovírus

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

CELADE – Centro Demográfico da América Latina e Caribe

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ELSI-Brasil – Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros

GAPA – Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS

Grupo Pela Vidda – Grupo de Valorização, Integração e Dignidade do Portador de AIDS

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV-III – Vírus linfotrópico para células T humanas tipo III

HD – Hospital-Dia

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LAV – Vírus associado à linfadenopatia

MMWR – Morbidity and Mortality Weekly Report (sigla em inglês para Relatório Semanal de Morbidade e Mortalidade)

MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado

ONGs – Organizações não-governamentais

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAC – Programa de Aceleração do Crescimento

PNAS – Política Nacional da Assistência Social

PN/Dst/Aids – Política Nacional de DST/aids

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/Aids

PNAD Contínua – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

PEP – Profilaxia Pós-Exposição

PT – Partido dos Trabalhadores

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SUS – Sistema Único de Saúde

UDM – Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 HIV/AIDS NO BRASIL E A ESTRUTURA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	23
2.1 Historicidade e trajetória da política de HIV/AIDS no Brasil.....	23
2.1.2 A estrutura do SUS em meio à contrarreforma na política de saúde e suas inflexões à política de HIV/Aids brasileira.....	31
3 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SEXUALIDADE: O AUMENTO DE INFECÇÕES DE HIV/AIDS EM IDOSOS.....	40
3.1 O envelhecimento populacional, contradições e desafios no Brasil.....	40
3.1.2 A sexualidade na velhice e o aumento de infecção de HIV/Aids em idosos....	49
4 DIFICULDADES E DESAFIOS À ASSISTÊNCIA DE IDOSOS COM HIV/AIDS NO SUS.....	57
4.1 A realidade dos idosos com HIV/Aids no SUS: o que os dados mostram.....	57
4.1.2 Dificuldades e desafios nos serviços de referência do SUS para a pessoa idosa com HIV/Aids.....	64
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
REFERÊNCIAS.....	79

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem ocorrido de forma acelerada em todos os países, inclusive no Brasil, a população idosa tem se mostrado cada vez mais crescente. Para além de números, é também uma população que segue ativa e buscando vivenciar da melhor maneira a fase da velhice. Diante desse fato, o presente trabalho buscou compreender as dificuldades e desafios dos idosos nos serviços de referências do SUS, tendo como foco a saúde do idoso com HIV/AIDS, trazendo a compreensão de como os idosos vivem sua sexualidade e como os serviços de saúde ofertam políticas de prevenção e assistência à saúde voltadas à esse público.

Nesse enquadramento, o interesse na temática sobre o envelhecimento surgiu a partir da aproximação de uma das autoras ao cursar a disciplina de Gerontologia e a temática do HIV/AIDS da segunda autora ao cursar a disciplina de política de saúde, aguçando o questionamento e a curiosidade de ambas na junção dessas duas abordagens temáticas. Nesse contexto, surgiu a seguinte questão que fundamenta nosso estudo: Quais as principais dificuldades e desafios ao acesso de idosos com HIV/AIDS ao SUS?

Para construir a compreensão desse problema de pesquisa, foi necessário pensarmos previamente como foi marcada a chegada do vírus HIV/Aids no Brasil datada no ano de 1980 e toda a trajetória política que o acompanhou ao longo de sua evolução na sociedade brasileira. Dessa forma, entendeu-se que essa epidemia não foi um processo que teve respostas rápidas do poder estatal e que as organizações da sociedade civil foram a priori as primeiras a apoiar os acometidos pelo vírus.

A compreensão sobre a infecção do vírus acabou ficando restrita ao público homossexual, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Mas não foi só esse público o mais infectado, o vírus se espalhou e afetou todos os sujeitos da sociedade, inclusive a população idosa.

Conseqüentemente, houve uma restrição na discussão sobre a doença que acompanhou muitos anos de sua trajetória, revelando-se um problema, já que a infecção pelo vírus não tinha um público-alvo, mas sim um problema ainda latente: as práticas sexuais desprotegidas.

No Brasil, o primeiro caso de HIV/AIDS foi diagnosticado na década de 80 pelo professor Vicente Amato Neto. Segundo Teodorescu e Teixeira (2023), o professor anunciou a identificação do vírus em artigo publicado na Revista Paulista de Medicina em 1983, sendo a primeira publicação em periódico científico brasileiro.

No que tange aos casos notificados em idades mais avançadas, em faixa etária de 50 anos ou mais, foi identificado no Boletim Epidemiológico (2022), - entre homens e mulheres - que no ano de 1990 houve um total de 554 casos de aids registrados no Sinan e os dados mais atuais mostram que em 2021 verificou-se um total de 6.945 casos notificados.

Quando pensamos em epidemia, logo, pensamos em políticas de saúde que precisam ser implementadas para controlá-la, mas a implementação e efetividade dessas políticas sofreram com o processo de contrarreforma e desfinanciamento do SUS, cenário em que colocou-se em xeque a gratuidade desse serviço e os cortes orçamentários apresentando retrocessos que decorrem da política ultraneoliberal implementada no Brasil. Segundo Soares (2020), processo esse que precarizou um sistema que em sua gênese tem o princípio da universalidade. Assim, essa parceria entre o setor público e privado apresenta riscos operacionais.

À medida que pensou-se no envelhecimento populacional, percebemos que ele se apresenta em um cenário de retrocessos, pois o fenômeno não ocorre isoladamente em termos de saúde, mas em um contexto social. Envelhecer com saúde implica também em qualidade de vida; e no contexto do sistema capitalista em que estamos inseridos, o processo de envelhecimento é perpassado pelos conflitos entre as classes sociais. Tendo em vista que o trabalhador explorado tende a envelhecer prematuramente, como visto nos estudos de Paiva (2020), quando a autora indica que esse processo para a classe trabalhadora acontece desde a idade adulta.

Vinculado ao que tange ao envelhecimento, a sexualidade dos idosos foi um dos focos do nosso estudo, tendo em vista que para entender como estava sendo este aumento no número de idosos com HIV/AIDS foi necessário que fossem explorado estudos sobre a sexualidade dos idosos e como se configura as formas que os serviços de saúde e a própria sociedade lidam com esta temática. Isto posto, foi observado que a sexualidade na velhice é um tabu, um tema estigmatizado, velado por preconceitos e discriminações por parte da sociedade como um todo.

Dessa forma, os serviços de saúde possuem dificuldades no atendimento a este público a fim de ofertar ações que promovam o incentivo ao uso de preservativo. Sendo assim, estes são os que mais recebem o diagnóstico tardio da contaminação do vírus. Silva (2022), sinaliza que diante disto o público idoso também tem certa resistência para utilização dos métodos de prevenção.

A apresentação de todos os problemas sobre o envelhecimento, desfinanciamento do SUS e a sexualidade dos idosos na presente investigação, nos direcionou às dificuldades e desafios encontrados por essa população nos serviços de referências do SUS, o que determinou o objetivo geral do nosso estudo: Discutir as principais dificuldades e desafios para o acesso da pessoa idosa com HIV/AIDS aos serviços de saúde de referências no SUS.

O estudo em tela é fruto de uma pesquisa de cunho bibliográfico e de dados secundários. No primeiro procedimento priorizamos as principais plataformas de informação, a saber: SciELO, Google acadêmico, além das plataformas de teses e dissertações da CAPES. Em seguida, os dados secundários foram coletados de sites eletrônicos, indicados a seguir: Governo Federal - Ministério da Saúde, Planalto Federal, Portal Drauzio Varella, Agência da Hora - UFSM, Organização Mundial da Saúde, Portal FioCruz, SAE - Serviço de Assistência Especializada.

Fizemos um levantamento de 80 estudos, destes utilizamos 64. O critério para elegermos esses estudos foi a aproximação com o nosso tema de trabalho e por utilizar os descritores alinhados com nosso eixo de investigação. O estudo fundamentou-se na perspectiva teórico-metodológica do materialismo histórico-dialético para compreender a dinâmica sistêmica das relações capitalistas, e os seus rebatimentos na vida social da população idosa.

À vista disso, o trabalho está estruturado por três capítulos em que as autoras trouxeram o tema sequencialmente por meio da descoberta do HIV, o processo de envelhecimento, as repercussões da sexualidade na velhice, compreendendo a política de HIV/AIDS no contexto da contrarreforma da saúde e caracterizando o avanço das infecções pelo HIV/Aids em idosos no Brasil apresentando suas dificuldades e desafios.

No primeiro capítulo realizamos a abordagem do HIV/AIDS no Brasil e a estrutura da saúde pública no Brasil, seguido de dois tópicos, sendo eles: 2.1 Historicidade e trajetória da política de HIV/AIDS no Brasil e 2.1.2 A estruturação do

SUS em meio à contrarreforma na política de saúde e suas inflexões à política de HIV/Aids brasileira.

No segundo capítulo, tratamos do Envelhecimento populacional e sexualidade: o aumento de infecções de HIV/Aids em idosos, seguidos dos tópicos: 3.1 Envelhecimento populacional e sexualidade: o aumento de infecções de HIV/Aids em idosos e do tópico 3.1.2 A sexualidade na velhice e o aumento de infecções de HIV/Aids em idosos.

No terceiro capítulo, a discussão se volta à pergunta problema do estudo, neste abordou-se: As dificuldades e desafios à assistência à saúde de idosos com HIV/Aids no SUS, dividido em: 4.1 A realidade dos idosos com HIV/Aids no SUS: o que os dados mostram e 4.1.2 Dificuldades e desafios nos serviços de referência do SUS.

Por fim, trazemos nossas considerações finais a fim de fazer uma síntese dialética dos resultados de nossa pesquisa, sua relevância para o meio social e acadêmico, assim como para a/o Assistente Social como profissional que atua neste cenário e quais os desafios encontrados para a realização deste estudo.

2 HIV/AIDS no Brasil e a estrutura da saúde pública no Brasil

2.1 Historicidade e trajetória da política de HIV/AIDS no Brasil

No início dos anos de 1980, tornou-se pública a existência de uma doença até então desconhecida na área médica — uma nova doença ainda não classificada de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível que se mostrava devastadora no organismo acometido: a Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Os primeiros casos de aids foram notificados nos Estados Unidos, sendo notados em hospitais dos estados americanos da Califórnia e Nova York¹ desde os últimos anos da década de 1970 devido à incidência de mortes em homossexuais masculinos por doenças como a Sarcoma de Kaposi² e pneumonia por *Pneumocystis carinii*. Segundo Nascimento (2005), o primeiro texto oficial sobre Aids foi um artigo publicado no Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)³ boletim do Center of Disease Control (CDC)⁴, em 5 de junho de 1981. O texto tem a seguinte redação:

Cinco casos de jovens do sexo masculino sem história prévia de imunodeficiência, homossexuais, moradores em Los Angeles, que apresentavam infecção pulmonar atribuída ao *Pneumocystis carinii* (PPC), microorganismo já conhecido que só produzia infecção na vigência de baixa imunidade.' As cinco pessoas, desconhecidas entre si, apresentaram o quadro de pneumonia entre outubro de 1980 e maio de 1981. Verificou-se a concomitância de outras

¹ O "Morbidity and Mortality Weekly Report", o boletim do Center of Disease Control (CDC), registrava 26 homens gays em Nova York e Califórnia com os mesmos diagnósticos. O número aumentaria exponencialmente. (matéria disponível em <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/ha-40-anos-primeiros-casos-de-aids-eram-relatados-nos-eua/>).

² Sarcoma de Kaposi é um tipo de câncer que acomete as camadas mais internas dos vasos sanguíneos. Além das lesões na pele, podem surgir outras semelhantes nos gânglios, no fígado, nos pulmões e por toda a extensão da mucosa intestinal (provocando sangramentos digestivos) e dos brônquios. É comum também elas se instalem na parte interna das bochechas, gengivas, lábios, língua, amídalas, olhos e pálpebras. (leitura disponível em <https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/sarcoma-de-kaposi/>).

³ Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) é um resumo epidemiológico semanal para os Estados Unidos publicado pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças, cujo objetivo é divulgar informações e recomendações relacionadas à saúde pública nos EUA. Especificamente, em relação à Aids, um dos papéis relevantes deste boletim foi o de sistematizador das definições sucessivas do que seria um caso de Aids, para fins de notificação. (leitura disponível em <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/lis-16478>).

⁴ O Center of Disease Control (CDC) é um órgão ligado ao Departamento de Saúde do governo americano, criado em 1942 para controlar a malária nas zonas de guerra. Em 1946 mudou sua atuação, passando a exercer a vigilância de doenças, visando ao estabelecimento de programas de controle em todo o território dos Estados Unidos (leitura disponível em <https://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/centers-for-disease-control>).

doenças, chamadas oportunistas, como a candidíase oral e o citomegalovírus (CMV) (NASCIMENTO, 2005, p. 81).

Assim, a princípio, estipulou-se que a síndrome do sarcoma de Kaposi e a pneumonia por *Pneumocystis carinii* em conjunto com outras doenças, denominadas oportunistas, como a candidíase oral e o Citomegalovírus (CMV), estariam sendo acometidas em homossexuais masculinos. Nesse contexto, a aids foi socializada de forma que se associava a esse grupo, nisto, (TREICHLER, 1988 apud NASCIMENTO, 2005, p. 82), “a doença estranha que acometia 'pessoas estranhas' foi chamada of God Syndrome (Wogs), [por] profissionais de saúde desses hospitais de Wrath pelos síndrome da ira de Deus.” E também “popularizada como ‘Doença dos 5H’: homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usurários de heroína injetável) e hookers (profissionais do sexo)” (ABIA, 2020, p.1).

Seguiram-se as publicações e em meados de 1982 a doença recebeu definitivamente o nome de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), tendo como agente etiológico⁵ o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que em 1983 foi identificado e isolado “em material obtido de gânglio linfático de um homossexual do sexo masculino com suspeita de AIDS” (FURTADO, 2010, p. 8).

O vírus foi nomeado de LAV (vírus associado à linfadenopatia) pelo pesquisador francês Luc Montagnier do Instituto Pasteur. O americano Robert Gallo, do National Cancer Institute, isolou o mesmo vírus, denominado HTLV-III (vírus linfotrópico para células T humanas tipo III), porém, anos depois a descoberta e o pioneirismo de isolar o vírus e batizá-lo foi do francês pioneiro Luc Montagnier. Em maio de 1986, uma Comissão Internacional de Nomenclatura de Virologia decidiu unificar e universalizar o nome do vírus como HIV.

A chegada do vírus no Brasil também foi datada na década de 80, o primeiro caso publicado foi de um brasileiro que não saiu do Brasil, mas foi diagnosticado com o vírus, a identificação foi feita pelo professor Vicente Amato Neto de acordo com Teodorescu e Teixeira (2023),

Vicente Amato Neto, professor titular da Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), anunciou seu primeiro caso de aids em um artigo publicado em 1983, no número de julho/agosto da “Revista Paulista de Medicina”. Essa foi a primeira publicação sobre

⁵ É o agente causador de uma doença.

a doença em uma revista científica brasileira (TEODORESCU E TEIXEIRA, p.34, 2023).

A partir da crise endêmica, os grupos sociais que de alguma forma se mobilizaram na luta contra a Aids no Brasil ganharam mais organicidade. No Rio de Janeiro, são criados a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e o Grupo de Valorização, Integração e Dignidade do Portador de AIDS (Grupo pela Vidda), entre outras organizações não governamentais (ONGs) preocupadas com a doença.

A seguir traremos um quadro com todas as datas que marcam os principais momentos da chegada do vírus no país.

Quadro 1 - Trajetória do HIV no Brasil

<p>1980</p> <p>Foi registrado o primeiro caso de AIDS no Brasil, em São Paulo/SP (mas ainda sem a denominação da doença).</p>	<p>1982</p> <p>No Brasil, o primeiro caso de HIV foi registrado em 1982.</p>	<p>1982</p> <p>Adotou-se temporariamente o nome de Doença dos 5H (Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos – usuários de heroína, e Hooker – sigla em inglês para profissionais do sexo), em virtude do pouco que se conhecia sobre a doença. Neste ano, são identificados como possíveis fatores de transmissão: contato sexual, uso de drogas e exposição a sangue e derivados.</p>	<p>1983</p> <p>O Brasil registra o primeiro caso de AIDS em uma mulher e o primeiro caso de AIDS em crianças é identificado nos EUA.</p>
<p>1984</p> <p>O vírus do HIV é isolado nos EUA. No Brasil é estruturado o primeiro programa de atendimento para o controle da AIDS em São Paulo.</p>	<p>1985</p> <p>Surgiu o primeiro teste diagnóstico para a AIDS pela identificação de anticorpos.</p>	<p>1986</p> <p>Criação do Programa Nacional de DST's /AIDS do Ministério da Saúde.</p>	<p>1987</p> <p>Início do uso do AZT (Zidovudina) para o tratamento da AIDS. A ONU e a Assembleia Mundial da Saúde estabeleceram 1º de Dezembro como o Dia Mundial de Luta contra a AIDS.</p>

<p>1991</p> <p>O Ministério da Saúde inicia a distribuição gratuita de antirretrovirais no Brasil.</p>	<p>1995</p> <p>Surge uma nova classe de antirretrovirais, aumentando as opções de tratamento.</p>	<p>1996</p> <p>Primeiro consenso em terapia antirretroviral regulamenta a prescrição de medicamentos anti-HIV no Brasil. O tríplice esquema de antirretrovirais, que combina dois inibidores de transcriptase reversa e um de protease, começa a ser utilizado. A Lei 9.313 estabelece a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV. Com mais de 22 mil casos de Aids, o Brasil registra feminização, interiorização e pauperização da epidemia.</p>	<p>1997</p> <p>É implantada a Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes portadores de HIV em terapia antirretroviral.</p>
<p>2006</p> <p>O Dia Mundial de Luta contra a AIDS marcou a tentativa de desmistificação da doença, tendo os portadores do vírus protagonizando a campanha. Inicia-se a utilização de testes rápidos de HIV e a capacitação dos profissionais de saúde para a sua realização em São Paulo.</p>	<p>2010</p> <p>O Ministério da Saúde preconiza a PEP (sigla em inglês para Profilaxia Pós-Exposição), com a indicação do uso de medicamentos antirretrovirais como mais uma forma de prevenção contra o HIV para uso em até 72 horas após a exposição de risco.</p>	<p>2012</p> <p>A UDM (Unidade Dispensadora de Medicamentos) do SAE Vacaria entra em funcionamento. A PEP (Profilaxia Pós-Exposição) passa a ser disponibilizada no Hospital Nossa Senhora da Oliveira e no SAE Vacaria.</p>	<p>2013</p> <p>Ocorre a ampliação do diagnóstico de HIV por testes rápidos na Atenção Básica para as gestantes e suas parcerias com a implantação do Programa Rede Cegonha. O Conselho Federal de Enfermagem liberou a realização dos testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites Virais pelos enfermeiros, facilitando o acesso e aumentando o diagnóstico de HIV. O SUS passa a ofertar o tratamento antirretroviral para todos os portadores de HIV, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4.</p>
<p>2017</p> <p>O Brasil avança nas políticas de prevenção e passa a distribuir a PrEP (Profilaxia Pré-Exposição) para as pessoas mais expostas à infecção pelo HIV. Foi autorizado pela ANVISA o registro para a comercialização do autoteste para o diagnóstico do HIV;</p>			

Fonte: Elaboração própria com dados do Serviço de Assistência Especializada (SAE) e Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz).

De acordo com os dados apresentados vimos que a trajetória da HIV/AIDS iniciando do primeiro caso diagnosticado e com as primeiras formas de prevenção

tem um percurso desde 1982, com intervalo de 1 ano para que se tenha tomado medidas de enfrentamento ao vírus tendo o estado de São Paulo como precursor das primeiras ações.

Segundo Teodorescu e Teixeira (2023) “As primeiras medidas públicas contra a doença foram tomadas no Estado de São Paulo, na esteira do movimento pela reforma sanitária.” (p. 25). Ainda de acordo com os autores o principal foco da reforma se dava pela crítica às formas de assistência pois ainda não existia o SUS e as medidas inicialmente seriam destinadas às pessoas que possuíam empregos formais, logo, uma parte da população que não se enquadrava nestes critérios eram excluídas das primeiras formas de assistência às pessoas com HIV/AIDS, sendo assim a ideia de uma reforma sanitária fora pensada para uma melhor organização e planejamento das políticas públicas.

Nesse contexto, casos de AIDS começaram a ser descobertos gradativamente em vários estados brasileiros e a doença se tornou uma epidemia. As primeiras políticas públicas frente à epidemia de HIV/AIDS no Brasil são marcadas por grandes embates com o poder público pois a princípio viu-se que as respostas foram dadas lentamente, nos primeiros 20 anos da epidemia, além das iniciativas governamentais não tão eficazes diante da disseminação do vírus, logo precisava-se de intervenções e investigações mais precisas frente o contexto atual da saúde pública do Brasil naquele cenário, (VILLARINHO et al, 2013).

Nesse cenário, de acordo com BARROS (2018), os marcos principais das políticas de saúde face à epidemia da HIV/AIDS são os seguintes: a **primeira fase** datada em 1982 a 1985, foi marcada pelo processo de redemocratização no Brasil, encontrou-se um cenário de medo, preconceito e discriminação para com os primeiros pacientes diagnosticados com o HIV/AIDS. De acordo com Barros (2018), esses sujeitos ainda contavam com o descaso e com a indiferença dos poderes públicos que passaram um longo período alheios à causa. Desse modo, as primeiras iniciativas da luta contra a Aids foram advindas da mobilização da sociedade civil e movimentos sociais, — em destaque as organizações dos grupos homossexuais que como minoria social reclamavam seus direitos de cidadania —.

Nessa conjunção, deu-se a formação das primeiras ONG/AIDS, que foram se constituindo de diferentes formas de acordo com as mudanças que também foram se instalando gradativamente na sociedade brasileira isso porque segundo a autora Wildney Contrera (2003, p. 33), “a Aids chegou ao país sem dar tempo às

autoridades para a encararem como um grave problema de saúde pública de responsabilidade do Estado, num momento onde o lema “*Saúde, direito de cidadania e dever do Estado*”, não era reconhecido como legítimo.”

Além, da criação do Programa⁶ Nacional de Aids instituindo a Política Nacional de DST/aids (PN/Dst/Aids)⁷, pela Portaria 236, de 2 de maio de 1985, a reforma sanitária debateu acerca da política de saúde no Brasil contando também como marco importante em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde e as primeiras ideias da constituição e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, as primeiras ONGs foram primordiais para as primeiras ações dos órgãos governamentais serem implementadas. Sendo assim,

Praticamente em todos os países do mundo criaram-se organizações não-governamentais para lidar com a epidemia. E se as primeiras a serem criadas foram apenas reações às necessidades específicas de cuidado, apoio, informação e educação quanto à doença acabaram por dar origem a um movimento mundial que, de diversas formas, buscou desestigmatizar aqueles afetados pela moléstia (NASCIMENTO, p. 12, 2010.).

A **segunda fase**, concentra-se entre meados de 1986 a 1990, segundo Parker (2003), período este marcado por ações relativamente pragmáticas e bastante tecnicistas em relação à epidemia, nesse sentido, com as novas mudanças nas articulações do Programa Nacional de Aids, as organizações não-governamentais (ONGs) iniciaram lutas e mobilizações em torno do HIV/Aids, contou-se com o apoio do Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS (GAPA) e também iniciativas na prevenção e controle por parte da mobilização da sociedade e eixo governamental, a nível local e estadual. Isto fez com que, “à medida que a implementação do Programa Nacional de AIDS procedia, a crescente cooperação internacional e a tendência em centralizar-se em Brasília também levaria a um aumento gradual das tensões entre programas de AIDS em vários níveis do governo” (Parker, 2003, p. 37), visando uma iniciativa descentralizada e universal

⁶ Sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), é produto de uma série de programas direcionados à prevenção e atenção a portadores de HIV/aids e outras DST surgidos ao longo destes 20 anos de descoberta da aids.

⁷Três grandes objetivos norteiam essas ações: 1. reduzir a incidência de infecção pelo HIV/aids e por outras DST; 2. ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/aids; 3. fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da aids. (Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf).

das ações relacionadas à saúde das pessoas acometidas pelo vírus. Além disso, as mudanças em relação à política de saúde com ênfase no HIV/AIDS no Brasil acompanharam os processos políticos vigentes da época, assim como a aprovação do SUS que, posteriormente, passou a ser o sistema que garante a assistência necessária às pessoas com HIV/AIDS. Temos ainda como importante conquista a luta contra a aids sendo o dia 1º de dezembro considerado o Dia Internacional da Luta Contra Aids em escala global.

A **terceira fase**, que vai de 1990 a 1992, os pontos importantes são divididos basicamente em duas etapas. Isso porque, em 1990, com a posse do novo presidente da República, Fernando Collor de Mello, novas políticas significativas em relação à AIDS surgiram como otimismo, porém, o que se viu foi uma ação governamental, de medidas neoliberais e privatistas, medidas essas que segundo Clementino, “rebatem diretamente nos direitos sociais até então conquistados e garantidos constitucionalmente em 1988, atingindo as políticas públicas, como a saúde, educação, entre outras” (CLEMENTINO, 2014, p. 6). Nesse contexto,

Quase todos os elementos chave do Programa Nacional de AIDS tinham sido interrompidos por períodos significativos durante a administração de Collor e um antagonismo crescente entre o Programa Nacional de AIDS e quase todos os outros setores envolvidos na resposta à epidemia quase totalmente impediram a possibilidade de cooperação ou colaboração entre os setores à procura do desenvolvimento de políticas mais efetivas relacionadas à AIDS (PARKER, 2003, p. 44).

Portanto, foi uma fase em que, embora já houvesse um marco, ainda que pequeno das grandes mobilizações de ONGs/Aids, da sociedade civil, e políticas iniciantes, mas consolidadas pelo governo em anos anteriores, o governo Collor, é negativo ao diálogo, programas e políticas, o que prejudicaria significativamente o progresso. Na última e **quarta fase** correspondente à política de HIV/AIDS no Brasil, se insere de 1992 a 1997, com a reorganização do Programa Nacional de Aids no Ministério da Saúde estabelecida, desta vez com o compromisso de englobar o trabalho conjunto dos programas de governo em todos os níveis, ONGs, universidades, na reconstrução de uma resposta nacional à epidemia, e foi nesse mesmo contexto histórico que o Brasil realizou um convênio com o Banco Mundial para implantar e estruturar serviços de assistência, melhorar os diagnósticos e tratamentos, esses convênios foram denominados de “Projeto de AIDS I” e “Projeto

de AIDS II”, para além desses dois projeto ainda houve o 3º, segundo Villarinho et al. (2013),

A partir das avaliações de desempenho dos acordos de empréstimo no AIDS I e II, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/AIDS firmaram novo convênio, denominado “Projeto AIDS III”, cujo período de execução foi de 2003 a 2006. Este tinha como objetivos o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das DST; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/ AIDS oferecida pelo Sistema Único de Saúde no País (VILLARINHO et al, p. 274, 2013.).

Este projeto teve como objetivo principal que o financiamento fosse descentralizado, assumindo assim um caráter universal, tendo seus serviços ofertados legalmente dentro das diretrizes do SUS, esta iniciativa foi muito relevante, sendo essencial na promoção das primeiras políticas públicas de saúde voltadas para pessoas com HIV/AIDS.

Atualmente, a Aids já assumiram padrões de doenças crônicas controláveis, o uso do coquetel aliado a campanhas contra o preconceito e atendimento especializado têm trazido resultados positivos, principalmente com a inserção no Sistema Único de Saúde (SUS), que determina que toda a população tem direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos dos orçamentos da União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Porém, ainda assim, trata-se de uma epidemia com um processo complexo, há um longo caminho a ser percorrido quanto à qualidade dos serviços prestados às pessoas vivendo com HIV/Aids, nisto,

[...] Percebe-se que, a despeito dos reconhecidos avanços conquistados em termos de políticas públicas de saúde no Brasil, há um longo e difícil caminho em busca da qualidade da assistência às pessoas com HIV/AIDS, no qual a superação das iniquidades e das desigualdades apresenta-se como desafio para todos os que defendem a vida como um direito de cidadania e bem público (VILLARINHO et al, 2013, p. 276).

Principalmente quando direcionamos esse problema para os idosos, onde questões sobre a saúde sexual aparecem somente após o diagnóstico de HIV/Aids. Além das ações de contrarreformas para com o sistema de saúde, pois “[...] os

serviços são precários, faltam condições de trabalho necessárias aos profissionais, que possibilitem uma assistência de boa qualidade” (CLEMENTINO, 2014, p. 34 apud. SANTOS, 2005). Este efeito negacionista compromete a saúde, dessa forma, algumas questões dificultam a possibilidade de avanço do Sistema Único de Saúde (SUS) como política social, vale destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos devido à não unificação dos orçamentos federal, estadual e municipal; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa, priorizando a atenção médico-hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde.

2.1.2 A estruturação do SUS em meio à contrarreforma na política de saúde e suas inflexões à política de HIV/Aids brasileira.

Tendo em vista as perspectivas construídas anos atrás, as políticas de controle e atenção às pessoas com HIV/aids passaram por um significativo processo de estruturação, algumas com avanços e outras com retrocessos. Nesse contexto, sob significativas mudanças históricas no campo cívico, político e econômico, a promulgação da Constituição Federal de 1988, insere-se como um marco em prol da cidadania, assegurando democraticamente os direitos relacionados à saúde, em seu art. 196, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976 e a intensa mobilização em torno da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e seus desdobramentos no período constituinte canalizaram a pressão social para influenciar os debates e o conteúdo do texto constitucional. A estratégia de mobilização se mostrou eficaz e contribuiu para que as proposições fundamentais da Conferência Nacional de Saúde fossem incorporadas à nova Constituição Federal, dentre as quais a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, descentralizado, com controle social e financiado com recursos públicos.

Nesse cenário, segundo Bravo (2006) o SUS instituído pela Constituição Federal de 1988, significou a concretização legal da proposta do movimento sanitário, que nas décadas de 1970-1980 impulsionou o debate e a mobilização

em defesa da Reforma Sanitária Brasileira. Movimento esse que mobilizou profissionais de saúde, estudantes, lideranças acadêmicas da área, lideranças institucionais setoriais, parlamentares, lideranças sindicais e do movimento social em defesa de mudanças nas políticas e práticas de saúde no período de transição democrática e conjugou iniciativas combinadas no campo da formulação de propostas; ação política em defesa do projeto de reforma sanitária; e condução de ações nas instituições de saúde em um processo político que mobilizou segmentos da sociedade brasileira para lutar pela democratização da saúde e da sociedade.

Ainda, Bravo (2006) ao estabelecer a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, pactuada no conceito de seguridade social, a Constituição rompeu com um padrão anterior de política social marcado pela exclusão de milhões de brasileiros do usufruto público de bens de consumo coletivo. Isso significou a possibilidade de superar a oferta estratificada de serviços que diferenciava os indivíduos em indigentes e segurados previdenciários e trouxe a oportunidade de diminuir a diferença de atendimento para moradores do campo e da cidade e entre as diferentes regiões do país.

Assim, cabe destacar que o projeto da Reforma Sanitária contou com algumas estratégias para seu funcionamento, sendo uma delas,

O Projeto de Reforma Sanitária [...] tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde (BRAVO, 2006, p. 14).

No entanto, com o processo de contrarreforma iniciado na década de 1990, a política de saúde brasileira passou por uma série de inflexões – impactos direcionados principalmente ao SUS – diante da proposta privatista assegurada pela ofensiva neoliberal que restringe funções para a sociedade e amplia para o capital.

Nesse contexto, “[...] a saúde tem sido um espaço de grande interesse de grupos econômicos em sua busca por lucros e em seu movimento para impor a lógica privada nos espaços públicos. Nesse processo, o caráter público e universal da saúde, tão caro ao Movimento de Reforma Sanitária e aos lutadores da saúde, é ameaçado” (BRAVO e col. 2018, p.11). Consequentemente, causando o desmonte

dos direitos conquistados e garantidos pela Constituição de 1988 e impactando diretamente na política de combate ao HIV/AIDS. Nesse enquadramento, a estruturação do SUS em meio à contrarreforma da política de saúde insere-se em modelos de avanços e retrocessos, segundo a gestão presidencial.

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, o ajuste estrutural e a contrarreforma do Estado foram realizados de forma, “mais ofensiva e estruturada, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE)”. (SOARES, 2020, p. 65).

O Banco Mundial implementa iniciativas de financiamento na política de saúde e convênios, a exemplo da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁸, que segundo Soares (2020) não atende a universalidade de sua finalidade, a ESF se apresentou como um programa inconsistente centrado em uma equipe multidisciplinar reduzida e sem condições para uma efetiva promoção da saúde.

Além do Programa de HIV/Aids, Saúde da Família, Vigilância Sanitária, que seguindo o mesmo plano de gestão devido à diversidade de implementação de programas e políticas, não foi dada a devida atenção, principalmente em termos de financiamento, resultando em serviços básicos e precários.

Dessa forma, a saúde pública acabou não sendo priorizada pelo Estado, gerando uma:

[...] Precarização do SUS, ampliação restrita, fragmentada e desigual do sistema, sem anunciar sua contrarreforma ou qualquer tipo de alteração substancial. [...] Sinais de perda de organicidade política com o projeto de reforma sanitária e de institucionalização, com o crescimento da importância do CONASEMS e do CONASS (SOARES, 2020, p. 66)

No Partido dos Trabalhadores (PT), a configuração de um novo projeto em disputa no espaço da política de saúde é baseada no intenso transformismo das lideranças do movimento sanitário; o projeto ‘*SUS possível*’, Assim:

⁸ A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>).

"[...] No governo Lula, se corporifica um "novo" projeto que se relaciona umbilicalmente ao projeto privatista. [...] defendido pelas antigas lideranças do movimento de reforma sanitária, flexibilizando os princípios político-emancipatórios que orientam sua racionalidade, em nome da modernização e aperfeiçoamento do SUS" (SOARES, 2020, p. 22).

Além do projeto gerencial colocado em prática no SUS, pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que segundo KRÜGER et al. (2019), apresenta diversos problemas e contratempos em sua execução. Uma delas é a questão da mercantilização das políticas públicas como a melhor solução para a crise do Estado frente aos problemas do sistema público de saúde. E o projeto neodesenvolvimentista da gestão petista na saúde, ao incluí-la nas propostas do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), somado ao Projeto de Lei 92/2007, significava, de acordo com Soares (2020):

"[...] Um segundo marco na contrarreforma da política de saúde, conferindo-lhe uma nova qualidade ao conceber a saúde como campo estratégico de integração do país num novo patamar de desenvolvimento, com propostas que expressam a tensão de projetos, mas que se vinculam predominantemente à racionalidade da contrarreforma" (SOARES, 2020, p. 79).

Seguindo a trajetória, o ideal neoliberal encontra solos ainda mais férteis para os seus aprofundamentos, adentrando no Governo Temer, tendo o seu mandato presidencial entre 2016 a 2018. O golpe parlamentar contra a presidenta eleita democraticamente Dilma Rousseff, vivenciou-se segundo Silva et al., (2017, p. 9) "[...] o aprofundamento dos desmontes dos direitos iniciado no período neoliberal, freado pelo neodesenvolvimentismo e que retornou agora fortemente, tentando esmagar a classe trabalhadora [...]". Desse modo:

"As transformações do Estado advindas do neoliberalismo, interferiram diretamente na efetivação dos direitos sociais, tendo impacto direto sobre a classe subalterna, de maneira maciça e avassaladora, sob a hegemonia de um Estado capitalista, que se preocupou mais com a economia em detrimento da área social" (SILVA et al., 2017, p. 10).

No que tange à política de saúde estão centradas no fato e no direito em razão das proposições de alteração dos marcos da Constituição de 1988 (Soares, 2020), que garante a universalidade do direito à saúde mas num sistema com

tendências de precariedade, identificando oportunidades de colaboração com o setor privado, para desenvolver parcerias público/privadas com riscos operacionais e financeiros partilhados, para estimular aumentos de produtividade e ganhos de eficiência. Dessa forma,

[...] Temos a aceleração dos processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis, propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRAVO e col, 2018: p. 16-17).

A aprovação da lei por um sistema híbrido de saúde, sobretudo nos moldes gerencialistas, denota que a saúde com a inclusão do sistema privado é enxergada como prestação de serviços e não direito dos cidadãos. Já que, sob uma sociedade hierarquizada e excludente capitalista as disputas de interesses estabelecidas entre as diferentes classes, representantes do Estado ou dos diversos grupos da sociedade vem determinando a decisão política “desconstitucionalização do SUS”. Assim, segundo as autoras Oliveira e Krüger (2018):

“Desse modo, os espaços de participação popular devem ser compreendidos como instâncias contraditórias, nas quais as vontades das classes expressam as diferenças sociais, contudo estão abertas à construção da história, e não apenas à legitimação da ordem social vigente e ao ocultamento da desigualdade” (OLIVEIRA E KRÜGER, 2018, p. 62).

Ainda, a interferência do pensamento neoliberal privatista data da eleição de Collor, eleição esta que marca um dos primeiros cenários de contrarreforma nas políticas sociais. Desse modo, conta-se com os primeiros cortes de gastos no SUS, sendo um dos primeiros a serem atingidos nesse cenário político. As inflexões ocorridas no SUS no governo Collor se deu, de acordo com Oliveira (2016):

[...] Em desacordo com o que se havia estabelecido no documento legal constitucional, ocorrendo a redução do valor de recursos previstos, a tentativa de não regulamentação da descentralização e da participação social, amparadas pela reprodução de políticas racionalizadas, pontuais e contencionistas que abriram campo para a valorização e crescimento do setor privado de saúde (OLIVEIRA, 2016, p.36).

Desse modo, como as ações de enfrentamento à epidemia do HIV/AIDS eram efetivadas pelo SUS, essas sofreram com este cenário de desmonte e de difícil continuidade nas ações eficazes, sendo um momento politicamente complexo e desfavorável para política de saúde e de HIV/AIDS no Brasil.

Logo, o compromisso com o enfrentamento e com a continuidade às ações frente à epidemia continuou sendo das ONGs/AIDS, pois o Estado se mostrou absorto frente a essas políticas públicas. Sendo assim, a responsabilidade com os pacientes, familiares ficou a cargo dessas ONGs, ainda segundo a autora:

“Dentre as principais ONGs/AIDS que se desenvolveram no contexto do surgimento da epidemia, podemos destacar em 1995 a Rede Nacional de Pessoas HIV+ (RNP+), que se caracteriza como movimento social criado no Rio de Janeiro, e que posteriormente se espalhou por outras regiões do país, a exemplo da Paraíba” (OLIVEIRA, 2016, p.37).

Diante do exposto, vale ressaltar quais foram as respostas brasileiras à epidemia de HIV/AIDS, como foi esse impacto no contexto do SUS sendo ele um sistema que foi diretamente afetado no contexto de contrarreformas. Como já citado anteriormente, a priori as primeiras respostas frente à epidemia partiram de organizações da sociedade civil e movimentos sociais.

Dentro desse contexto, foi preciso que houvesse a implantação do SUS para respostas mais eficazes e essa só se deu a partir do movimento da reforma sanitária, assim essas respostas dadas a princípio como política de prevenção se deram em parceria do Estado com as ONGs sendo feitas através de campanhas educativas buscando aproximar estes sujeitos ao cuidado com sua saúde.

Mas, em diferentes cenários políticos assumidos na gestão do governo brasileiro, a política de saúde foi inserida em um movimento de contrarreformas e privatizações, nesse sentido, no que tange ao SUS, de acordo com Agostini et al. (2019):

O papel do SUS na garantia dos direitos das PVHA é inquestionável, sendo o sustentáculo para o acesso ao tratamento gratuito conquistado pela luta dos movimentos sociais aliado às evidências científicas. Esta garantia vai ao encontro de que a saúde é um direito humano inalienável, tal como grafado sob a noção abrangente de seguridade social na Constituição de 1988. Contrariamente, a fragilização ou redução de políticas sociais de Estado e o incentivo à sua privatização que vem se implantando desde o golpe parlamentar de – processo que depôs a Presidenta eleita Dilma Rousseff –

produz constrangimentos orçamentários sobre as políticas de saúde e, no caso do HIV, reduzem as possibilidades de atenção integral (AGOSTINI et al., p.4601, 2019.).

Logo, as inflexões sofridas no SUS impactaram diretamente na política de HIV/Aids, sendo o SUS um serviço gratuito que oferece toda assistência necessária às pessoas que vivem com o vírus. Além disso, Agostini et al. (2019) ainda trazem como exemplo as eleições de 2018 como um retrocesso frente à luta das pessoas com HIV/AIDS. Os autores afirmam que além dos debates públicos de caráter conservador e moralista, houve também um retrocesso com o fim do Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, HIV/AIDS e Hepatites Virais no Ministério da Saúde, assim como o acesso universal aos antirretrovirais foram ameaçados nesse contexto político de 2018.

Sendo assim, “[...] constranger as políticas de seguridade social significa atingir frontalmente as pessoas vivendo com HIV mais vulnerabilizadas” (AGOSTINI et al., 2019, p. 4602), reforça-se aqui que todo processo de contrarreformas e desmonte na política de saúde atinge diretamente os indivíduos soropositivos que utilizam destes serviços. Dessa maneira, além de conviverem com os estigmas da doença, discriminação e preconceito, ainda precisam enfrentar os desafios e dificuldades frente aos demontes das políticas de saúde que afetam diretamente as formas de tratamento que proporciona uma melhor qualidade de vida às pessoas que vivem com aids. Em contrapartida, não se pode negar alguns avanços significativos na política de HIV no Brasil também como resposta à epidemia, avanços estes que se caracterizam em forma de políticas públicas visando beneficiar as pessoas com HIV/AIDS, essas foram dadas através de:

[...] Portarias ministeriais, dentre elas a Portaria Nº 291 de 17 de junho de 1992, que incluiu a assistência à AIDS em nível hospitalar no Sistema de Procedimentos de Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. Em prosseguimento a esta primeira iniciativa, seguiu-se o processo de credenciamento de hospitais convencionais para internação dos pacientes portadores do HIV/AIDS (VILLARINHO et al, 2013, p. 274-275).

Essas iniciativas visavam possibilitar às pessoas que convivem com HIV/AIDS uma melhoria em sua qualidade vida, assegurando direitos garantidos

sendo estes respaldados na Portaria nº 292, possibilitando acesso livre e gratuito aos hospitais especializados com equipes especializadas a fim de garantir uma maior longevidade de vida a esses indivíduos a partir de tratamentos adequados “[...] em 1998, já existiam 338 hospitais convencionais credenciados no Brasil, que atualmente são 382” (Villarinho et al., 2013, p.275).

Haja vista, com o decorrer dos anos os números de infectados foram aumentando fazendo-se necessário que houvesse um aumento de programas, de alternativas assistenciais e medicamentos adequados.

Ainda dentro dessa perspectiva, fez-se necessário que os hospitais que atendessem esses sujeitos possuíssem critérios mínimos para uma estrutura adequada para o atendimento, bem como uma equipe multidisciplinar para acompanhamento desses pacientes (VILLARINHO et al, 2013). Os autores ainda afirmam como houve um avanço nas áreas hospitalares quanto ao preconceito que os próprios profissionais tinham da doença passando a enxergar não mais como uma doença letal altamente contagiosa, mas, como uma doença crônica que com as devidas assistências e tratamentos há a possibilidade de se levar uma vida normal.

Nesse movimento de melhorias assistenciais, foi instituído pelo Ministério de Saúde, o Serviço de Assistência Especializada (SAE), o Hospital-Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), houve também outras formas de serviços assistenciais como o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais (UDM), Rede Nacional de Laboratórios para contagem de linfócitos T (CD4+/CD8+) e carga viral do HIV.

Mesmo com todos os avanços e ampliação das formas de assistência às pessoas com HIV/AIDS, estas ainda enfrentam desafios em termos de ações bem executadas considerando que é necessário uma descentralização para garantir uma universalidade e integralidade dos programas. Nesse contexto, a implementação destas políticas “pode contribuir para a diminuição da vulnerabilidade social das pessoas que vivem com HIV/Aids” (MOURA, 2017, p. 117), ou seja, uma vulnerabilidade decorrente da negação de melhorias nas políticas públicas para as pessoas com HIV/aids, por parte de governos cada vez mais favoráveis às contrarreformas e à exclusão.

A fragilização da Política Nacional da Assistência Social também expõe as pessoas com HIV/AIDS a processos de exclusão social de famílias e indivíduos que vivenciam contextos de pobreza, privação na ausência de renda, precária ou nulo

acesso a serviços públicos e ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social (PNAS, 2004). Adentrando no potencial da atuação do Serviço Social, pautado na Lei nº 8.662/1993 que regulamenta a profissão, no Código de Ética de 1993 esses são instrumentos que expressam o Projeto Ético-Político Profissional, ancorados na defesa dos preceitos democráticos, dos direitos da cidadania, das políticas sociais estatais de caráter universalizante, como também na emancipação dos cidadãos.

Assim, mesmo com importantes avanços conquistados no terreno social trazido pelo diálogo contínuo entre o poder público e diversos setores da sociedade civil nas últimas décadas, o cenário brasileiro foi de preocupação, a exemplo, da ex-gestão de Jair Bolsonaro, que afirmou segundo o jornal O Globo, que pessoas portadoras do vírus HIV, transmissoras da Aids, são *"uma despesa para todos no Brasil"*.

Dessa forma, seu discurso vai de encontro com o PN-Dst/Aids, que destaca que para esse enfrentamento é preciso, "alto investimento financeiro e de longo prazo em pesquisa e desenvolvimento". Destaca-se o reconhecimento da necessidade de ampliar a capacidade nacional de produção" (MOURA, 2017, p. 113). Fica claro, portanto, que a questão da epidemia de HIV/Aids e doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) muitas vezes foi apoiada por governos com propostas múltiplas, mas insuficientes e convenientes às relações de poder. E que o movimento da sociedade civil e de organizações não governamentais contribuiu significativamente para a evolução da política brasileira de HIV/Aids, que é um marco na luta de milhares de soropositivos.

3 Envelhecimento populacional e sexualidade: o aumento de infecções de HIV/Aids em idosos

3.1 Envelhecimento populacional, contradições e desafios no Brasil

A autora Santos define o envelhecimento, “como um processo de progressivas mudanças biológicas, psicológicas e sociais ao longo da vida humana”. (2011, p. 148). Nesse contexto, o envelhecimento é um fenômeno natural do curso da vida, uma trajetória a ser vivenciada por todo e qualquer ser humano. No entanto, dialeticamente, há determinações sócio-históricas no processo de envelhecimento, tornando-o um processo social. Desse modo, para além da concepção da velhice no campo da saúde, devemos ressaltar o processo do envelhecimento no âmbito social, que não está dissociado da perspectiva da saúde, ou seja, velhice, trabalho e saúde são três elementos que estão intimamente ligados.

Pensar apenas no envelhecimento como um processo saudável é limitador, pois, quando trazemos este aspecto na discussão de classes sociais, este não se dá de forma igualitária a todos, podemos observar isto de acordo com Paiva (2012), no que diz,

Condicionada, então, pela inserção nos segmentos e classes sociais, a velhice, experimentada pela “espécie” que necessita vender a sua força de trabalho para sobreviver, traduz o resultado de um sistema que subordina as qualidades e necessidades humanas à ditadura do trabalho gerador de mais-valia, à racionalidade do capital (PAIVA, 2012, p.30).

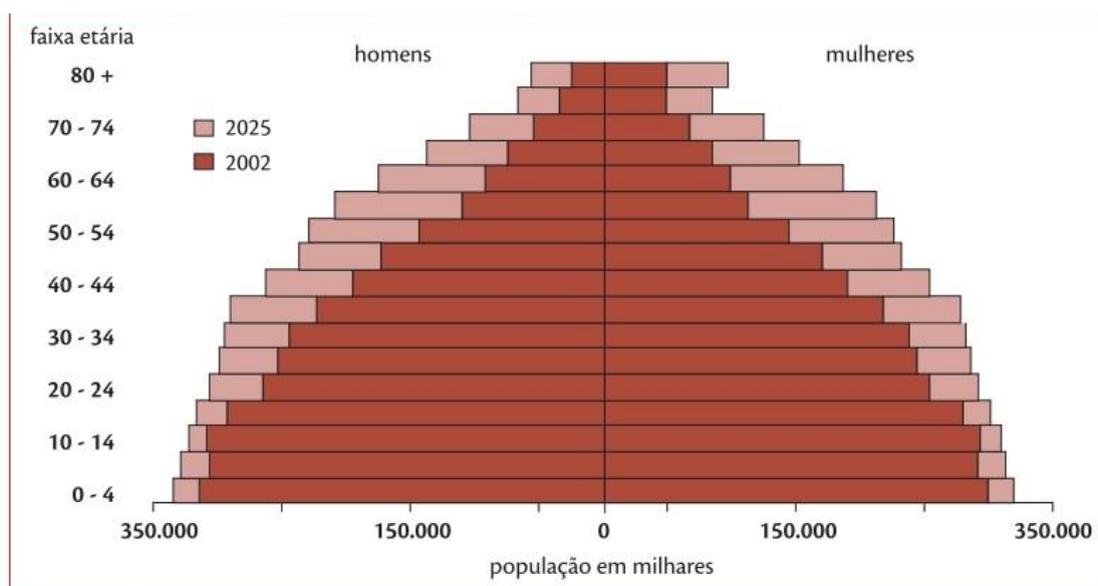
Diante disto, as condições de trabalho estão intimamente ligadas ao tempo de vida dos sujeitos assim como a sua forma de envelhecer, dadas as condições no modo de produção capitalista a que estes sujeitos tendem a serem expostos ao processo de envelhecimento antecipadamente, como cita a autora. Para os indivíduos trabalhadores dentro do modo de produção capitalista o processo de envelhecimento inicia-se na fase adulta.

Atrelado a isso, podemos notar que o Brasil vem sofrendo um processo de envelhecimento em massa que apresenta diversos desafios na realidade brasileira.

Segundo a Política Nacional do Idoso⁹, idoso é todo indivíduo com 60 anos ou mais. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰, a estimativa é de aproximadamente 58,2 milhões de idosos até 2060, o que significa 25,5% da população. O levantamento mais atual por meio de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua¹¹ (PNAD Contínua) mostrou que, em 2021, as pessoas com 60 anos ou mais representaram 14,7% da população residente no país, o que em números absolutos significa 31,23 milhões de pessoas.

O envelhecimento populacional é resultante de um aumento da média mundial da expectativa de vida bem como da diminuição da taxa de natalidade. “À medida que as populações envelhecem, a pirâmide populacional triangular de 2002 será substituída por uma estrutura mais cilíndrica em 2025” (OMS, 2005, p. 8), como pode ser visto na figura abaixo:

Figura 1 – Pirâmide da população mundial em 2002 e em 2025.



Fonte: Nações Unidas, 2001.

⁹ Instituída pela Lei nº 8.842, de janeiro de 1994.

¹⁰ Leitura disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2022-07/contingente-de-idosos-residentes-no-brasil-aumentado-398-em-9-anos#:~:text=Um%20novo%20levantamento%20realizado%20pela.31%2C23%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas>

¹¹ Visa acompanhar as flutuações trimestrais e a evolução, no curto, médio e longo prazos, da força de trabalho, e outras informações necessárias para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País. Para atender a tais objetivos, a pesquisa foi planejada para produzir indicadores trimestrais sobre a força de trabalho e indicadores anuais sobre temas suplementares permanentes (como trabalho e outras formas de trabalho, cuidados de pessoas e afazeres domésticos, tecnologia da informação e da comunicação etc.), investigados em um trimestre específico ou aplicados em uma parte da amostra a cada trimestre e acumulados para gerar resultados anuais, sendo produzidos, também, com periodicidade variável, indicadores sobre outros temas suplementares. Tem como unidade de investigação o domicílio.

Esse fenômeno, segundo a OMS (2005), representa provavelmente uma das transformações sociais mais significativas do século XXI para a humanidade como um todo, com implicações transversais para todos os setores da sociedade. Os idosos são cada vez mais vistos como contribuintes para o desenvolvimento em geral e isso deve ser encarado como algo positivo, retrato dos avanços científicos e médicos, bem como uma melhoria das condições sociais que permitem a longevidade desta população. Nesse cenário, a velhice é um fator comum, porém o envelhecimento populacional em massa precisa ser acompanhado para uma melhor efetivação de políticas públicas que garantam aos indivíduos melhor qualidade de vida.

Segundo Silva et al. (2021, p. 2), o envelhecimento populacional “tem levado a uma reorganização do sistema de saúde, pois essa população exige cuidados que são um desafio devido às doenças crônicas que apresentam, além do fato de que incorporam disfunções nos últimos anos de suas vidas”. Desse modo, o crescimento da população idosa de forma gradativa resulta principalmente no impacto direto à saúde, pois para que se tenha uma maior longevidade de vida é necessário que esses sujeitos vivam com saúde.

Ainda de acordo com Silva et al. (2021, p.2.), “O que tínhamos antes era uma população predominantemente jovem, diferente do que vemos hoje. Hoje temos uma população com contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos de idade ou mais”. É inegável que o aumento dessa população nos dias atuais é resultado de uma melhoria, mesmo que mínima, de ações que promovem um envelhecimento saudável, o que leva os idosos a viverem melhor tanto física quanto mentalmente.

Este cenário implica consequentemente que,

O envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Envelhecer não significa necessariamente adoecer. A menos que exista doença associada, o envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram para a população com acesso a serviços públicos ou privados adequados, uma melhor qualidade de vida nessa fase. Com isso, é fundamental investir em ações de prevenção ao longo de todo o curso de vida, em virtude do seu potencial para “resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (MIRANDA et al, 2016, p. 518).

Nesse sentido, a OMS (2005), destaca que, a melhoria da saúde, segurança e participação do idoso, é possível por meio da implementação de políticas e programas, o que “[...] requer um planejamento inovador e reformas políticas substanciais tanto em países desenvolvidos como em países em transição” (p. 33). Pois, como sinaliza a autora Campelo (2021, p. 65), “A desigualdade social condiciona os processos relacionados com o envelhecimento das populações”, se o crescimento desse contingente populacional se dá pela constatação da efetivação dos déficits na saúde, no trabalho e na vida social dessa terceira idade, mas longe de uma melhoria na qualidade e no padrão de vida.

Acompanhando o contexto, não há dúvidas de que os idosos contribuíram e continuam contribuindo para o desenvolvimento dos países. No entanto, os principais desafios e contradições ocorrem justamente porque os mesmos países que usufruem desse aspecto enfrentam, por outro lado, o problema de pressões políticas na esfera da saúde, seguridade social e proteção à população idosa.

Vale ressaltar que a pandemia da COVID-19 colocou em xeque o bom funcionamento de alguns dos mecanismos instituídos para a dignidade da pessoa idosa em nível global, limitando o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde e cuidados permanentes, gerando consequências negativas para a saúde mental dessa população que, singularmente, viveu de forma mais intensa o isolamento social. Essa situação, de alguma forma, transformou a visão dos países sobre as necessidades específicas da população idosa em uma visão mais sensível e cuidadosa por meio do estabelecimento de um plano global direcionado a essa população.

Com o direcionamento internacional que trata dos direitos dos idosos um olhar mais cuidadoso para países para o envelhecimento populacional digno, a ONU destacou a década que vivemos 2021-2030 como a década do envelhecimento saudável¹² priorizando uma sociedade para todas as idades através de quatro áreas de atuação. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)¹³ (2010), destaca a:

Área de ação I: Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento.

¹² Declarada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em dezembro de 2020.

¹³ A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) trabalha com os países das Américas para melhorar a saúde e a qualidade de vida de suas populações. Fundada em 1902, é a organização internacional de saúde pública mais antiga do mundo. Atua como escritório regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Américas e é a agência especializada em saúde do sistema interamericano.

“A estereotipação (a forma como pensamos), o preconceito (a forma como sentimos) e a discriminação (a forma como agimos) em relação às pessoas com base em sua idade, ou a discriminação por idade, afetam pessoas de todas as idades, mas tem efeitos especialmente deletérios sobre a saúde e o bem-estar da pessoa idosa” (p. 9).

Área de ação II: Garantir que as comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas,

[...] Oportunidades oferecidas durante esta etapa da vida. Ambientes amigáveis às pessoas idosas são os melhores lugares onde se pode crescer, viver, trabalhar, brincar e envelhecer, ou seja, uma comunidade amigável à pessoa idosa é um lugar melhor para todas as pessoas e idades” (p. 11).

Áreas de ação III: Entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa, “Os sistemas de saúde devem estar preparados para prestar uma assistência de saúde de boa qualidade às pessoas idosas, que seja integrada entre prestadores e serviços e esteja ligada à prestação sustentável de cuidados de longo prazo” (p. 14).

Áreas de ação IV: Propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem. A diminuição das habilidades físicas e mentais pode limitar a capacidade dos idosos de cuidar de si mesmos e de participar da sociedade, por isso, “O acesso a um atendimento de longo prazo de boa qualidade é essencial para manter a capacidade funcional, desfrutar dos direitos humanos básicos e viver com dignidade.” (p. 16).

Assim, países têm criado mecanismos para atender essas demandas, pois, esta preocupação é uma consequência inerente ao envelhecimento populacional, uma vez que este aumento só pode ser considerado um processo positivo e benéfico para a sociedade quando garantimos que este processo de envelhecimento é digno e qualitativo, com garantias de direitos específicos, conquistas de espaços de maneira equitativa, acessibilidade, independência e autonomia.

Dessa forma, a OMS vê como fundamental a implementação do envelhecimento ativo, que se refere ao processo de garantias para a obtenção do bem-estar físico, social e mental protegido, bem como de sua cidadania. E além dos

mecanismos citados acima, a legislação prevê instrumentos que visam implementar políticas pautadas na garantia dos direitos humanos dos idosos, como por exemplo o Estatuto da Pessoa Idosa¹⁴ e o Benefício da Prestação Continuada¹⁵ (BPC).

No entanto, no sistema brasileiro se vê mais desafios e preconceitos na efetivação e implementação dos direitos dos idosos. Nisto, Simone de Beauvoir destaca que,

“Exigir que os homens permaneçam homens em sua idade avançada implicaria uma transformação radical. Impossível obter esse resultado através de algumas reformas limitadas que deixariam o sistema intacto: é a exploração dos trabalhadores, é a atomização da sociedade, é a miséria de uma cultura reservada a um mandarinato que conduzem a essas velhices desumanizadas” (BEAUVOIR, 2018, p. 12).

À vista disso, Beauvoir (2018), elenca o papel do cidadão idoso na sociedade capitalista em que vivemos, desfavorecido e maltratado pelo Estado, sendo este último o principal responsável pela omissão de respostas a demandas e necessidades em relação ao idoso. Uma vez que esta entidade — o Estado —, inserida no sistema capitalista, se sustenta e se reproduz por meio da desigualdade e da exclusão. A compreensão do envelhecer saudável e podendo gozar de uma vida plena na velhice se mostra de forma distinta no contexto de classes sociais. Os indivíduos que ao longo de sua vida conseguem manter-se saudáveis ao chegar na fase da velhice conseqüentemente terão um envelhecimento atrelado a uma perspectiva de longevidade de vida melhor. Ao contrário dos sujeitos que passam grande parte de sua vida usufruindo dos meios de subsistência que são alcançados dentro da sua realidade de trabalhador explorado, pertencente à classe média, Leão e Teixeira (2020) enfatizam que,

Essa população idosa, entretanto, é composta de muitos grupos diversificados que experimentam diferentes formas de envelhecer. É para um grande número de pessoas da classe trabalhadora que o envelhecimento é vivido com uma “velhice trágica” decorrente do

¹⁴ Instituída pela Lei nº 10.741, de 1 de Outubro de 2003.

¹⁵ O Benefício de Prestação Continuada – BPC, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é a garantia de um salário mínimo por mês ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. No caso da pessoa com deficiência, esta condição tem de ser capaz de lhe causar impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos), que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

contexto de exclusão que marcou sua trajetória de vida e trabalho (LEÃO E TEIXEIRA, 2020, p.21).

Sendo assim, ao pensar em qualidade e longevidade de vida não se pode anular o contexto socioeconómico e sociocultural. É imprescindível também ressaltar os impactos neoliberais nos serviços de proteção social, em que a população idosa que não consegue mais desempenhar atividades laboriosas vai ao encontro da sua aposentadoria, tendo em vista que os mesmos comumente não têm uma rede de apoio familiar que venha a proporcionar um envelhecimento tranquilo no que tange aos fatores socioeconômicos e socioculturais (Leão e Teixeira, 2020).

Observando-se, portanto, que o envelhecimento tornou-se uma preocupação, pois, assim como o trabalhador, o idoso só é útil para a produção enquanto for capaz de produzir. Em vista disso, conseqüentemente, são designados pelo sistema capitalista como não contribuintes.

Paiva (2012), destaca de acordo com a teoria marxiana como o trabalho e suas formas de exploração do trabalhador, além de extrair dele a mais-valia também extrai seu tempo de vida, logo, o envelhecimento ele não ocorre em sua completude de forma natural, mas também de forma social quando pensamos no contexto do sistema capitalista no qual vivemos. Ainda de acordo com a autora,

Eis a trama que produz e reproduz a vida inteira do trabalhador e que não o libertará da condenação ao trabalho na velhice, a menos que a doença ou a morte, significando o esgotamento total da sua capacidade funcional ao sistema do capital, o incapacite para tal esforço. Tampouco o libertará, enquanto classe, da condição de se reproduzir nos limites da força a ser sugada pelo espírito predatório do capital (PAIVA, 2012, pág.104).

Outrossim, ainda nessa perspectiva de que para o sistema capitalista esses sujeitos não são mais úteis no processo de produção e reprodução bem como na venda de sua força de trabalho, esse público é direcionado para uma política, a previdenciária. Assim, cabe-nos investigar quais são os impactos do envelhecimento populacional neste sistema, visto que com o aumento desta população ocorre também um aumento da inserção destes sujeitos na previdência social.

A previdência social possui diversas funções, as quais Amaro e Afonso (2018), destacam duas principais,

[...] Sistemas previdenciários desempenham duas funções primárias: suavizar intertemporalmente o consumo e funcionar como um mecanismo de seguro. No primeiro caso o objetivo é reduzir o consumo nos anos produtivos para realocá-lo para o período de inatividade. A segunda função é decorrente da incerteza individual sobre a duração da vida (e também sobre a ocorrência de eventos que afetem a capacidade de geração de renda) (AMARO E AFONSO, 2018, p.3).

Destarte, vimos que a priori a ideia da previdência é a contribuição enquanto se é ativo no mercado de trabalho para que por fim, dada uma idade de “inatividade” se tenha a segurança de uma renda fixa após sua saída do mercado, o que é denominado de fully-funded (regime de capitalização)¹⁶ (Amaro e Afonso, 2018).

No que tange à inatividade, a previdência é um direito assegurado à pessoa idosa, em conformidade com o Estatuto do Idoso (2013), em seu Capítulo VIII, art 34, que expõe sobre o direito ao benefício como uma forma de assistência social,

Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social - Loas.

Diante disto e em contrariedade com a garantia deste direito, é visto por alguns autores que o aumento populacional de pessoas idosas pode causar um desequilíbrio no sistema previdenciário, - sendo este o maior impacto neste sistema - apontando que nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, - no caso do Brasil - seja necessária uma reforma previdenciária para minimizar os efeitos do envelhecimento populacional (Amaro e Afonso, 2018).

¹⁶Grosso modo, há duas formas de organização de regimes previdenciários: *fully-funded* (regime de capitalização) e *pay-as-you-go* (regime de repartição). No primeiro caso, durante a vida ativa, o trabalhador poupa parte de sua renda laboral, acumulando recursos para a aposentadoria. Estes são capitalizados com uma determinada taxa de juros r , que corresponde à taxa de retorno do regime de capitalização. Ao final da vida ativa, o montante e o rendimento acumulados são convertidos em benefícios de aposentadoria, com base em preceitos atuariais, para que sejam pagos ao mesmo trabalhador, durante o seu período de inatividade (SCHMÄHL, 1999). Por definição, na forma típica de um regime de capitalização inexistem transferências intergeracionais, uma vez que há realocação intertemporal de recursos para o mesmo indivíduo. Usualmente, neste regime, os benefícios são do tipo contribuição definida (CD), dado que seu valor só é conhecido *ex-post*, com base no montante Contribuído e obtido para os ativos acumulados, definido pela taxa de juros (AMARO E AFONSO, 2018, p.4.).

Um dos pontos mais citados quanto a esta reforma é o aumento da idade para aposentadoria, ou seja, aumentar a idade mínima para que estes estejam aptos a se aposentar dentro do contexto do regime de capitalização. Grosso modo, as pessoas passariam mais tempo no mercado de trabalho até estarem aptas a aposentar-se, mas, aqui se manifesta outra problemática pois para que se mantenha por mais tempo produzindo é necessário melhores condições de trabalho em conformidade também com melhores condições de saúde.

No entanto, ao longo da contribuição de trabalho dos sujeitos no sistema de produção capitalista essa contribuição se dá em péssimas condições de trabalho, como é o exemplo dos trabalhos fabris, informais e etc. Essas formas de trabalho acarretam no enfraquecimento do corpo físico, o que a longo prazo pode forçar os indivíduos a transformar-se em inativos no mercado de trabalho antes da idade pré-estabelecida pelo sistema previdenciário, como já fora citado por Paiva (2012), que o processo de envelhecimento ocorre aos trabalhadores já em sua fase adulta.

Consequentemente, a sociabilidade capitalista excludente direciona aos idosos o silenciamento de suas atribuições, vontades e direitos. Ainda dentro desse contexto, vale ressaltar a privação de outros direitos quando se atinge a idade considerada. Logo, minimiza-se a liberdade de formas de lazer, assim como seus direitos à saúde sexual, que é muito estigmatizada. Haja visto que a noção de lazer, diversão e principalmente de uma vida sexual ativa é comumente atrelada à juventude, à vista disso, os idosos ficam invisíveis a esses direitos que são fundamentais e inalienáveis da pessoa humana, independente da idade.

Em síntese, o envelhecimento populacional nos propõe inúmeras discussões, dentre elas, como citada anteriormente, o direito à saúde sexual. Uma discussão bastante estigmatizada e limitada quando diz respeito à pessoa idosa, neste aspecto abordaremos no tópico a seguir como é debatida e entendida a sexualidade na velhice.

3.1.2 A sexualidade na velhice e o aumento de infecções de HIV/Aids em idosos

Quando se pensa nos termos “sexualidade” e sujeitos “sexualmente ativos” é comum remeter-se ao público jovem/adolescente, visto que estes são considerados

“cheios de vida”, assim podendo praticar sua liberdade sexual. A sexualidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como,

[...] Um aspecto central do ser humano ao longo da vida; ela engloba sexo, identidades e papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressada por meio de pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Embora a sexualidade possa incluir todas essas dimensões, nem sempre todas elas são vividas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, jurídicos, históricos, religiosos e espirituais (OMS, 2020).

Dessa maneira, a sexualidade é atribuída a todo e qualquer ser humano, podendo ele expressá-la e vivê-la de acordo com suas vontades. Pensar na sexualidade na velhice é se deparar com estigmas, preconceitos e discriminação, pois para além de viver sua sexualidade de forma ativa, esse público também necessita de uma saúde sexual adequada, ainda segundo a OMS,

Saúde sexual é o estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade; não se refere à mera ausência de doenças, disfunções ou enfermidades. A saúde sexual exige uma abordagem positiva e respeitosa no que tange a sexualidade e relacionamentos sexuais, assim como a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, sem coerção, discriminação e violência. Para que a saúde sexual seja atingida e mantida, os direitos sexuais de todas as pessoas precisam ser respeitados, protegidos e cumpridos (OMS, 2020).

Sendo assim, a liberdade sexual e a saúde sexual são elementos que devem estar em acordo. Para que seja vivida uma sexualidade plena e segura, a saúde sexual deve ser garantida. A saúde sexual tende a ser estereotipada; há uma ideia ilusória que por estarem numa fase da vida mais avançada esses sujeitos não praticam sua sexualidade, atribuindo a velhice a uma fase “assexual” na vida dos idosos. O tabu em volta dessa realidade deixa em aberto lacunas na política de saúde, principalmente no que tange às ações voltadas à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)¹⁷.

¹⁷A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição a expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/i/ist>>

O público-alvo das ações de prevenção voltadas às IST geralmente são os jovens/adolescentes, havendo assim uma negligência quando se trata de pessoas sexualmente ativas na velhice. Este é um dos desafios encontrados quando nos deparamos com o aumento de casos de HIV/AIDS em idosos.

Dentro dessa problemática é cabível pensarmos: quais fatores podem interferir na sexualidade dos idosos? Alencar et al., (2014), destacam o fator sociocultural, "A percepção que a sociedade tem acerca da prática sexual na terceira idade ainda transcorre nos moldes de que a pessoa quando alcança a fase da velhice deixa de ser sexual, adotando a assexualidade", este pensamento está vinculado ao ideário de que nesta fase os desejos sexuais passam a não existir, dessa maneira, não há uma sexualidade ativa.

Os autores ainda destacam que a sexualidade não se limita apenas ao ato sexual em si, ou seja, ao sexo, à genitália e à penetração. Além disso, a sexualidade também se traduz em outros sentimentos - se há uma ausência dos desejos sexuais -, como o companheirismo acompanhado de toques físicos, carinhos e carícias. É comum que alguns idosos nesta fase se encontrem sozinhos, alguns por, ao longo da vida optarem por não construir relacionamentos fixos ou em decorrência da viuvez, nesses casos a sexualidade se torna ainda mais uma problemática.

Outro fator que interfere na sexualidade do idoso são as mudanças físicas que ocorrem nesta idade; é comum que tanto homens quanto mulheres não sintam-se mais atraentes nessa idade e assim acreditam que a beleza corporal é fator determinante quando se pensa em relação sexual. Para além disso, há as alterações fisiológicas do corpo, nos homens destaca-se a falta ou dificuldade de ereções involuntárias noturnas; ejaculação retardada e redução do líquido pré-ejaculatório e nas mulheres, a menopausa com diminuição dos hormônios pelos ovários; pele mais fina e seca; diminuição da lubrificação vaginal e orgasmos em menor frequência (Alencar, et al.,2014).

A sexualidade na terceira idade é expressa também como uma forma de bem-estar físico e mental destas pessoas, sendo ela uma prática que contribui positivamente na qualidade de vida desta população. Logo, a vivência da sexualidade na velhice deve desprender-se dos mitos, tabus e preconceitos que ao longo do tempo foram associado à mesma, Almeida e Lourenço (2007) evidenciam que,

Muitos dos preconceitos contra a velhice estão tão enraizados na sociedade, que muitas pessoas com mais idade acabam por interiorizar esses sentimentos. O amor e a sexualidade na velhice são vistos como tabu para os que têm uma maior idade, porque a sociedade ainda concebe que somente aos jovens é dada a possibilidade de amar e manifestar sua sexualidade, relegando o indivíduo da terceira idade ao amor platônico ou à abstinência sexual. (ALMEIDA E LOURENÇO, 2007, p.107)

Portanto, atrelado ao fato de que há uma abstinência sexual nessa idade, encontra-se a falta de informação referente à prática sexual desses indivíduos. A negação de que idosos possuem desejos sexuais e que são sexualmente ativos tem como consequência a ausência de informações necessárias a respeito de sexo seguro e de prevenção ao contágio de doenças e infecções sexualmente transmissíveis. Dessa maneira, revela-se dentro dessa problemática o aumento de HIV/AIDS em idosos.

Segundo a OMS (2005), se os casos continuarem crescendo no mesmo ritmo, em 2030, 70% da população mundial com 60 anos ou mais estará infectada pelo vírus HIV/Aids. “E, nos idosos, a doença pode ser ainda mais grave. Por exemplo, a presença do vírus nessa população acelera o processo de envelhecimento” (Martinho, 2021, p. 3). A detecção precoce reduz o risco de transmissão para outras pessoas e aumenta a chance de um tratamento eficaz, também feito por medicamentos Antirretrovirais¹⁸ (ARV). Seguindo a incidência citada acima, Lima e col, (2022) destacam que em idosos a partir de 60 anos de 2010 a 2020 foram notificados 14.405 casos de AIDS no Brasil,

[...] Sendo o maior número de diagnósticos em 2013, com 1.508 (10,46%), enquanto o maior número de notificações ocorreu em 2017, com 1.547 (10,73%). Desse modo, a partir do recorte temporal do estudo, evidenciou-se que 967 (6,71%) pessoas apresentaram tal doença na região Norte, 1.063 (7,37%) no Centro-oeste, 2.750 (19,09%) no Nordeste, 5.565 (38,6%) no Sudeste e 4.060 (28,1%) no Sul (LIMA et al., 2022, p. 4).

¹⁸Popularmente conhecida como coquetel, estes surgiram na década de 1980 e atuam inibindo a multiplicação do HIV no organismo, evitando assim o enfraquecimento do sistema imunológico da pessoa infectada.

Em complemento às informações, o DATASUS (2022) estruturou o resultado de casos diagnosticados e notificados do retrovírus causador da Aids em pessoas a partir de 60 anos nos anos de 2010 a 2020:

Tabela 1 - Número de casos diagnosticados e notificados de AIDS em pessoas a partir de 60 anos nos anos de 2010 a 2020

VARIÁVEIS	NOTIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO POR REGIÃO DE RESIDÊNCIA					
	ANO DE DIAGNÓSTICO	CENTRO-OESTE	NORDESTE	NORTE	SUDESTE	SUL
2010	71	173	60	539	331	1.174
2011	86	217	73	582	384	1.342
2012	115	236	70	550	419	1.390
2013	118	286	106	594	404	1.508
2014	119	278	108	539	386	1.430
2015	91	275	97	545	403	1.411
2016	90	288	100	533	382	1.393
2017	109	272	107	507	368	1.363
2018	92	312	106	501	370	1.381
2019	105	255	85	419	364	1.228
2020	67	158	55	256	249	785
TOTAL	1.063	2.750	967	5.565	4.060	14.405
ANO DE NOTIFICAÇÃO						
2010	49	133	44	371	234	831
2011	71	178	58	518	328	1.153
2012	113	215	70	476	394	1.268
2013	112	273	91	584	357	1.417
2014	112	279	105	519	425	1.440
2015	100	275	85	558	395	1.413
2016	94	292	91	566	382	1.425
2017	113	296	142	594	402	1.547
2018	112	314	118	556	407	1.507
2019	105	290	98	472	436	1.401
2020	82	205	65	351	300	1.003
TOTAL	1.063	2.750	967	5.565	4.060	14.405

Fonte: DATASUS (2022)

Assim, o Brasil acompanha uma tendência mundial de surgimento de novos casos de infecção por HIV, entre os idosos, motivos como por exemplo, “[...] a terceira idade não tenha adquirido o costume de lidar com os métodos de prevenção e acham que não são vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis” (SILVA, 2022, p. 35), contribuem significativamente para esse aumento. Os profissionais de saúde não abordam essa questão com as pessoas idosas e o governo não aborda também com campanhas voltadas especificamente para eles, segundo a mesma autora,

Nessa perspectiva, um idoso ser infectado pelo vírus do HIV parece invisível aos olhos da sociedade, como também pela terceira idade, que não aderem à cultura do uso do preservativo. Também as mulheres idosas, por acharem que não podem engravidar mais, têm uma falsa impressão da inutilidade do uso do preservativo. Do mesmo modo, há uma falta de identificação da faixa etária do idoso com as campanhas de prevenção da AIDS, pois sempre é no foco jovem (SILVA, 2022, p. 35).

Nesse sentido, aliado ao exposto acima, existe a problemática de que idosos contagiados pelo vírus geralmente não recebem diagnóstico na atenção primária. Nesta linha,

Realizando semanalmente a consulta de enfermagem com idosos vivendo com HIV/aids em ambulatório especializado, foi possível identificar que o diagnóstico do HIV/aids acontece na oposição do serviço de saúde, pois na maioria das vezes, mesmo que tardio, é o serviço secundário o responsável pelo diagnóstico do HIV, em vez do serviço primário. Isso mostra que há fragilidade na rede de atenção à saúde do idoso (ALENCAR et al., 2016, p. 1141).

Confirmando que além de serem estigmatizados pela sociedade também são pelos profissionais de saúde. Nesse ponto, a autora nos sinaliza que,

Os profissionais de saúde relataram que no atendimento ao idoso a solicitação da sorologia anti-HIV não era uma rotina adotada no serviço primário de saúde. Esse fato foi evidenciado quando os idosos procuravam o serviço de saúde apresentando sinais e sintomas, muitas vezes sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem na aids, e mesmo assim os profissionais de saúde, primeiramente, investigaram outras patologias e não solicitaram a sorologia anti-HIV (ALENCAR et al, 2016, p. 1142).

Desse modo, é de suma importância o diagnóstico precoce, tendo em vista que é possível que a pessoa idosa contagiada pelo HIV tenha outras doenças que podem comprometer ainda mais sua saúde quando associada ao vírus. O diagnóstico tardio primeiramente é associado ao descarte da possibilidade de idosos serem sexualmente ativos, em seguida, a não prevenção desses idosos por acreditarem que não estão suscetíveis à infecção. Sendo assim, é comum que inicialmente não seja pensado na probabilidade de HIV/AIDS mesmo que sejam apresentados sintomas de infecção pelo vírus. Desse modo, muitos casos nem são

submetidos ao exame de sorologia. Logo, o diagnóstico tardio afeta diretamente à saúde desses idosos, levando também ao aumento de índices de morbidade e mortalidade dessa população.

Segundo Cruz et al., (2020),

Refere-se que as pessoas idosas, diagnosticadas tardiamente, têm maior risco de desenvolver AIDS. Com a contagem de CD4 inferior a 200 células/ml³, elas apresentaram em média, 14 vezes mais chances de morrer no primeiro ano após o diagnóstico (CRUZ et al., 2020, p.4).

E justamente pelos preconceitos e falta de direcionamento dos profissionais de saúde diante dessa problemática do HIV/Aids em idosos que acabam por não solicitar o teste rápido¹⁹. O exame é gratuito, feito de forma sigilosa e o resultado sai em cerca de 30 minutos, sem a necessidade de solicitação médica. Uma das estratégias de prevenção ao HIV/AIDS é a campanha “Fique Sabendo”, que desde 2003 com o apoio do Ministério da Saúde, do Programa Nacional de DST/Aids e da Secretaria de Vigilância em Saúde visa conscientizar a população brasileira sobre a importância da realização da sorologia anti-HIV.

Portanto, mesmo existindo a Política Nacional de DST/Aids que explora as diversas áreas de atuação dos profissionais da saúde, a fim de construir um instrumento que possibilite subsidiar as ações de saúde no âmbito das DST/Aids, “Algumas dificuldades presentes nesse setor vão desde a insuficiência de investimentos em equipamentos até a escassez de recursos para custeio, passando pela falta de recursos humanos capacitados adequadamente” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999, p. 9). Rompendo com o próprio conceito de promoção à saúde²⁰ que consequentemente reflete em suas ações e seus serviços.

Pensando nisso, como forma de realizar ações de atenção e prevenção às DST/Aids, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional DST/Aids: princípios e diretrizes, construiu um modelo de intervenção centrado no indivíduo portador do vírus, ainda, para o Ministério da Saúde (1999) “existem limitações; portanto, não

¹⁹ Um método de diagnóstico realizado a partir da coleta de uma gota de sangue retirada da ponta do dedo. Para mais informações de leitura sobre o teste rápido, acessar o site: <https://www.tuasaude.com/teste-caseiro-de-hiv/>

²⁰ A 51ª Assembleia Mundial da Saúde, ocorrida em 2000, aponta o desafio de saúde para todos no século XXI, reafirma o compromisso da saúde ser um direito fundamental dos seres humanos e enfatiza a relação entre saúde e os preceitos éticos de equidade, solidariedade e justiça social. Leitura disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf

estão isentos de julgamentos de valor. Mas são os que estão em voga no campo da prevenção e estão sendo utilizados atualmente pelos profissionais que atuam na área” (p. 15). O modelo está estruturado da seguinte forma:

Quadro 2 - Modelo de intervenção centrado no indivíduo

TIPO	CARACTERÍSTICA
1 – Crenças em saúde	Baseia-se nas atitudes e crenças do indivíduo sobre sua condição de saúde, sobretudo quanto à sua percepção da suscetibilidade e severidade da condição de saúde, a percepção dos benefícios dos recursos disponíveis e a percepção das barreiras de acesso aos serviços. As principais recomendações para o desenvolvimento das ações preventivas prevêem o uso da mídia, a informação das pessoas e as situações de risco vivenciadas anteriormente.
2 – Aprendizagem social	Prioriza os estágios de aprendizagem na adoção de práticas sexuais seguras, identificando as seguintes variáveis : a) o indivíduo reconhece sua situação de risco, sem a intenção de mudar o comportamento; b) o indivíduo reconhece o problema e pensa em mudar seu comportamento; c) o indivíduo reconhece o problema e está disposto a mudar seu comportamento em um período de tempo e/ou aceitar a mudança de comportamento. Esta teoria fundamenta as ações de prevenção no conhecimento e no processo de aprendizagem sobre a situação de risco e na possibilidade de adoção de práticas sexuais seguras
3 – Ação racional	O comportamento é definido por 4 componentes: ação, objetivo, contexto e tempo, legitimados e reconhecidos pelo grupo social ao qual o indivíduo pertence ou pelo conjunto da sociedade. Neste sentido, a mudança do comportamento pode ser escalonada, desde o reconhecimento de que outras pessoas estão mudando, bem como contar com o apoio das parcerias mais próximas. Este modelo permite a relação entre a epidemiologia e a dimensão sociocultural do trabalho de prevenção.
4 – Redução de danos	Adota estratégias pragmáticas que enfatizam a efetividade e a relação custo/benefício das intervenções entre usuários de droga injetáveis diante da epidemia de aids, não exigindo a abstinência como critério exclusivo de participação da população-alvo. Torna disponível insumos para o não-compartilhamento de seringas e para a prática sexual mais segura e prioriza a prevenção e o tratamento dos usuários de drogas em um nível terciário de atenção.

Fonte: Ministério da Saúde.

Neste contexto, é necessário que haja mais iniciativas voltadas aos idosos, visto que é um público que tende à não aceitação imediata das formas de prevenção, assim como do seu diagnóstico e à negação da utilização do preservativo por escassez de informações. De acordo com Alencar et al., (2020),

“Os idosos deixam de usar o preservativo por vários motivos, como: dificuldade para utilizá-lo, pela crença da perda da ereção e da sensibilidade,

à crença de que os relacionamentos afetivos ou monogâmicos conferem imunidade, porque tira o prazer e “quebra o clima” (ALENCAR et al., 2020, p. 579).

A dificuldade em relação ao uso do preservativo é consequência da falta de diálogo e informação nos serviços de saúde. Atrelado a toda essa problemática também há o aumento da utilização de medicamentos e procedimentos que potencializam a atividade sexual (AGUIAR et al., 2018).

Nesse sentido, acabar com os estereótipos relacionados à idade e informar os idosos sobre as possibilidades de tratamento do HIV/AIDS é fundamental em um país que vive um processo de envelhecimento. O alerta é importante independentemente de seu gênero e orientação sexual. Pois, olhar para a questão da diversidade na velhice é uma forma de enriquecer a própria velhice.

Expostas às várias dificuldades que os idosos enfrentam quanto à sua sexualidade e ao seu diagnóstico, é de suma relevância pontuar outros tipos de desafios da pessoa vivendo com HIV/AIDS, (PVHA)²¹. Um desses desafios é a dificuldade da comunidade onde vivem de lidar com a realidade de que convivem com um soropositivo, sendo discriminados e acarretando na dificuldade de acesso ao tratamento e prevenção (DAMIÃO et al., 2022).

Afinal, é sabido que ainda não contamos com a cura para enfermidade causada pelo vírus mas, é possível viver de forma plena e saudável diante desta realidade sendo feito a utilização de preservativo juntamente aos tratamentos adequados é possível que pessoas com mais de 60 (sessenta) anos acometidas pelo HIV/AIDS tenham uma expectativa maior de vida.

²¹ A sigla utilizada atualmente pelo Ministério da Saúde para Pessoas Vivendo com HIV é PVHIV. No entanto, a An aids defende a continuidade da sigla PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/AIDS), para que a AIDS não saia do contexto do HIV e para que os portadores de AIDS tenham acesso e garantam tratamento adequado. Para An aids, a retirada da Aids na sigla pode fragilizar a luta de quem convive com a doença, ao contrário de quem vive com o HIV, mas ela é intransmissível por estar em tratamento.

4 Dificuldades e desafios à assistência à saúde de idosos com HIV/Aids no SUS

4.1 A realidade dos idosos com HIV/Aids no SUS: o que os dados mostram

Conforme já fora discutido nos capítulos anteriores, vimos que o envelhecimento populacional no Brasil aumentou gradativamente. Em decorrência deste aumento, surgem também maiores demandas ao sistema de saúde. Veras e Oliveira (2018), afirmam que,

O idoso tem particularidades bem conhecidas – mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de forma diferente da que é realizada para o adulto mais jovem. A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos. Sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a saúde, nem para a qualidade de vida (VERAS E OLIVEIRA, 2018, p.1932-1933).

Os autores sinalizam que o envelhecimento populacional possui particularidades e que os serviços precisam estar articulados para um melhor atendimento a este público, tendo em vista que, em decorrência do avanço da idade, os serviços de saúde são mais procurados. Mas, o atendimento fragmentado causa grandes impactos tanto na qualidade do atendimento quanto para a saúde dos indivíduos que buscam os serviços.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (2006), disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o primeiro contato da pessoa idosa com os serviços de referência do SUS é na Atenção Básica,

“A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (Ministério da Saúde, 2006, p. 11).

Desse modo, a porta de entrada dessa população no acesso aos demais serviços ofertados pelo SUS inicia-se na Atenção Básica e encaminha-se de acordo com as necessidades de cada usuário.

Segundo a pesquisa da FioCruz (2018), “O Elsi-Brasil²² apontou que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde.” Como é sabido, o SUS conta com um serviço universal que oferece tratamentos eficazes para diversos tipos de enfermidades, mesmo diante de vários impactos como o desfinanciamento desse sistema, é um serviço gratuito de referência e de qualidade para toda a população brasileira.

Em contrapartida, em reportagem do aluno Vinícius Chequim do curso de Jornalismo da Universidade de Santa Maria, publicada no site Agência da Hora (2021)²³ aponta que a maior parte da população idosa brasileira não utiliza planos de saúde privados por motivos de seu alto custo, considerando que quanto maior a idade, maior a mensalidade dos planos de saúde.

Essa estratégia de aumento do valor se dá pois é entendido que os idosos apresentam um quadro de saúde mais debilitado, logo, estes irão utilizar o plano com mais frequência. A matéria publicada no portal Agência da Hora (2021) informa que, “71,5% dos brasileiros não figuram como contratantes de qualquer plano privado de saúde, e têm no sistema público de saúde sua única possibilidade para tratamentos, atendimento hospitalar, e outros serviços”.

Assim, são exclusivamente dependentes do SUS e, pode-se afirmar que nas áreas mais periféricas e pobres esse percentual deve chegar a 100% dos idosos. Partindo do pressuposto de que o SUS vem sofrendo uma intensa precarização e desfinanciamento, muitas vezes a funcionalidade dos serviços ofertados é escassa ou com pouca acessibilidade diante da demanda. Dessa forma, os usuários desses serviços, particularmente os idosos, podem sofrer com dificuldades de acesso ou continuidade da assistência em saúde, especificamente no caso de doenças crônicas ou infecciosas que requisitam tratamento contínuo.

No que tange aos usuários soropositivos com idade entre 60 anos ou mais, ainda de acordo com o Caderno de Atenção Básica (2006), os profissionais de

²²Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros, este documento apresenta orientações técnicas no âmbito dos cuidados com os idosos para os gestores municipais e estaduais. Conferir plataforma em: <https://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>

²³Leitura disponível em <https://www.ufsm.br/midias/experimental/agencia-da-hora/2021/09/01/maioria-dos-idosos-nao-tem-pla-no-de-saude-e-depende-unicamente-do-sus>

saúde possuem deveres a serem cumpridos no atendimento a esses sujeitos, levando em consideração suas condições de saúde e tratamento,

Os profissionais de saúde devem monitorar e acompanhar esses eventos nos serviços de Atenção Básica e nos serviços especializados. As pessoas idosas que vivem com HIV/Aids também têm demandas específicas que devem ser consideradas, entre as quais ressalta-se a importância de melhor compreender os efeitos colaterais do tratamento sobre a sexualidade e de se prover os insumos necessários para adoção de práticas sexuais seguras (Ministério da Saúde, 2006, p. 117-118).

Diante do exposto, ressalta-se mais uma vez a importância da qualificação dos profissionais de saúde no atendimento a este público na Atenção Básica, a importância de um atendimento humanizado e do conhecimento da doença, seu tratamento e formas de prevenção.

A discussão do atendimento especializado ao idoso com HIV/AIDS deve ser intensificada na área da saúde, os dados mostram que o número de idosos infectados por HIV/AIDS vem aumentando consideravelmente. Dessa maneira, é necessário que junto a este crescimento sejam também adotados novas estratégias e ações para melhorar a qualidade da assistência prestada.

Analisaremos a seguir as tabelas divulgadas pelo Boletim Epidemiológico²⁴ disponibilizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde acerca do números de casos de HIV/AIDS em 2022, enfatizando o número de infectados entre 2011 a 2022, o quantitativo de idosos acima dos 60 anos e a incidência de casos em homens e mulheres, assim como maior número de casos de óbito notificados.

Tabela 2 - Números de casos de HIV notificados no Sinan, de acordo com faixa etária e sexo, com pessoa de 60 anos e mais, por ano de diagnóstico no Brasil entre 2011-2022. (adaptado)

Ano	Masculino	Feminino	Total:
2011	208	152	360
2012	212	161	373
2013	356	237	593

²⁴ Para a preparação deste “Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2022”, foi utilizado o banco de dados de aids nacional do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) referente ao período de 1980 até junho de 2022.

2014	574	372	946
2015	742	467	1.209
2016	849	529	1.378
2017	926	592	1.518
2018	1.070	656	1.726
2019	1.044	694	1.738
2020	847	483	1.330
2021	926	589	1.515
2022	440	288	728

Fonte: Elaboração própria, com dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2022.

Assim, observamos que ao longo dos anos cresce o número de casos notificados de HIV, sendo que no ano de 2018 a 2019 há um aumento significativo de casos quando comparado aos anos anteriores. Reduzindo em 2020, 2021, 2022, devido a pandemia do covid-19, quando muitos serviços foram fechados, devido às orientações de isolamento social da OMS.

Nesse sentido, segundo o boletim, isso significa que o aumento no percentual de casos entre mulheres com 60 anos ou mais de idade passa de 12,2% em 2011, para 17,9% em 2021, e entre os homens nessa faixa etária, o percentual de casos manteve-se próximo de 10,0% em todo o período analisado.

Cabe também salientar que o gênero masculino conta com o maior número de casos do que o feminino. Além disso, considerando a situação mais atual dos casos — o ano de 2022 —, este diminuiu quando observado os anos de 2015 a 2019, onde se verifica um aumento gradual nestes quatro anos consecutivos e ocorrendo um decréscimo apenas nos anos de 2020 e 2021. Esta diminuição pode estar atrelada ao fato de que entre 2020 a 2021 o Brasil estava sofrendo fortemente os impactos da pandemia da COVID-19. O isolamento social sugerido neste período levou a muitas pessoas a não buscarem assistência médica nos serviços de saúde por receio de infectar-se - já que este estava passando por grande fluxo de atendimento à infectados pelo coronavírus - , sendo assim, os testes e diagnóstico para HIV/AIDS sofreram também com estes impactos (COGO; SOUSA E FONTES, 2022).

Na tabela a seguir, observam-se as notificações dos casos de óbitos por aids segundo sexo levando em consideração a faixa etária, datando de 2011 a 2021.

Tabela 3 - Óbitos por aids segundo sexo e faixa etária, com pessoa de 60 anos e mais, por ano do óbito no Brasil entre 2011-2021. (adaptado)

Ano	Masculino	Feminino	Total:
2011	597	300	897
2012	642	338	980
2013	731	355	1.086
2014	843	364	1.207
2015	849	447	1.296
2016	900	489	1.389
2017	946	460	1.406
2018	1.013	470	1.483
2019	1.030	516	1.546
2020	1.123	560	1.683
2021	1.183	616	1.799

Fonte: Elaboração própria, com dados do Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2022.

Verificando os dados da tabela acima, a respeito das notificações de óbito em decorrência de HIV/AIDS no Brasil podemos observar que do ano de 2011 a 2021 houve um aumento considerável dos casos de mortalidade entre homens e mulheres na faixa etária de 60 anos e mais. Observa-se também que os óbitos registrados são de maior ocorrência em pessoas do sexo masculino, tendo um aumento de mais de 50% de 2011 a 2021.

Como indicado no capítulo anterior, o número de idosos com mais de 60 anos crescerá significativamente no Brasil. Nesse sentido, o Centro Demográfico da América Latina e Caribe (CELADE)²⁵, mostra o tamanho da população idosa entre 1950 e 2050, apresentando dados de seis países: Bolívia, Guatemala, Brasil,

²⁵O Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) é a División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

México, Argentina e Chile. Tanto no Brasil quanto no México, segundo o CELADE, os maiores aumentos de pessoas idosas ocorrerão nas próximas décadas.

Los datos demuestran que el incremento de la población adulta mayor, en términos absolutos, será superior en Argentina que en Chile (aproximadamente ocho millones de personas en el primero frente a poco más de cuatro en el segundo) y que, por el tamaño de su población, tanto en Brasil como en México se producirán los más altos incrementos de personas mayores en las próximas décadas (CENTRO LATINO AMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFIA, 2006, p. 22).

Esses dados nos alertam que quanto mais envelhecida a população, mais se torna necessária a demanda por políticas públicas de saúde especializados no HIV/Aids, pois estes, como mostrado acima, estão crescendo cada vez mais. A realidade dos idosos com HIV/AIDS no SUS tem buscado reduzir os índices de mortalidade causados pela AIDS, proporcionando acesso simples e gratuito aos Antirretrovirais - ARVs²⁶, que são os medicamentos utilizados para tornar o vírus indetectável e intransmissível. Segundo SILVA (2020),

Esse avanço na área das políticas de saúde pode ser considerado também como um fator que explicaria o aumento no número de pessoas idosas infectadas com HIV/Aids, pois com a utilização da Terapia antirretroviral – TARV, os pacientes acometidos dessa enfermidade tiveram a possibilidade de usufruir de uma melhor qualidade de vida, fazendo com que os mesmos alcançassem uma maior longevidade, assim chegando à velhice (SILVA, 2020, p.42).

Nesse quadro, segundo os estudos de Berquó e Koyama (2005), a tabela 3 mostra maior adesão ao preservativo entre os mais jovens e menor entre as mulheres e que, significativamente, a adesão ainda menor continua ocorrendo entre os idosos nos anos de 1998 a 2005.

Tabela 4 - Percentagem de uso do preservativo entre as pessoas sexualmente ativas segundo sexo, ano da pesquisa e faixa etária, em 1998 e 2005. (adaptado)

²⁶ Ainda de acordo com o autor, embora a terapia apresente resultados positivos em pacientes com o vírus HIV/AIDS, em idosos pode vir acompanhada de maiores complicações de saúde, pois acontecem alterações no sistema cardiovascular, além disso a terapia pode causar resistência à insulina, prejudicando os pacientes que usam o medicamento para tratar o diabetes. Logo, os pacientes enfrentam uma duplicidade de implicações em decorrência do vírus além das próprias reações que ele causa no organismo da pessoa infectada.

Ano	Faixa Etária	Masculino	Feminino
1998	16 a 25 anos	52,79%	35,35%
1998	26 a 40 anos	23,94%	23,53%
1998	41 a 55 anos	10,70%	6,38%
1998	56 a 65 anos	1,47%	1,05%
Ano	Faixa Etária	Masculino	Feminino
2005	16 a 25 anos	71,40%	50,00%
2005	26 a 40 anos	34,77%	37,53%
2005	41 a 55 anos	22,22%	19,89%
2005	56 a 65 anos	12,76%	3,97%

Fonte: Elaboração própria, com dados de Berquó E, Koyama M. Notas preliminares sobre o uso de preservativo entre pessoas sexualmente ativas nos últimos doze meses teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça, e região. Análise comparativa entre 1998 e 2005. São Paulo: CEBRAP; 2005.

Portanto, quando nos detemos sobre a realidade do SUS e dos usuários idosos com HIV/Aids, devemos

[...] Pensar as políticas de saúde do país no contexto da descentralização do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, equidade e universalidade. E que ao nível programático, o esforço de integração é visível das ações de prevenção às DST/aids na rede saúde básica, resultado da política de descentralização do SUS. O PN-DST/AIDS tem patrocinado estudos, descrições e sistemas para monitorar o gerenciamento de ações programadas, atitudes, comportamentos e práticas dos brasileiros. São raros, porém, estudos que avaliam estratégias e práticas de prevenção (PAIVA et al., 2006, p.110).

Assim, Paiva V. et al. (2006), destaca que o problema de acesso a dados atualizados sobre os infectados pelo HIV/Aids faz parte de uma questão de desarticulação e desorganização, perpassando pela dificuldade de avaliação da gestão política das DST/aids pelas secretarias estaduais:

As informações referentes ao monitoramento e avaliação das ações programáticas no âmbito estadual nem sempre estão disponíveis de forma organizada e sistematizada, dificultando a avaliação da gestão política das DST/Aids pelas secretarias estaduais. Tal fato indica desarticulação entre o processo de produção dessas

informações e a tomada de decisão na condução da política estadual de DST/Aids, podendo dificultar maior assertividade e efetividade dos processos de negociação política nos municípios e conselhos de saúde, nos fóruns interinstitucionais com setores externos à área da saúde, e nas ONG (PAIVA et al., 2006, p. 112).

Dessa maneira, é visto que a ausência de atualizações referente ao HIV/AIDS dificulta de forma direta as ações e mobilizações que devem partir dos poderes públicos e até mesmo dos usuários e movimentos sociais. Com essa desatualização as campanhas de prevenção voltadas à aids são escassas, principalmente direcionadas ao público idoso. Ainda de acordo com os dados e com base no autor citado, são necessárias estratégias e práticas de prevenção.

Os dados apresentados nas tabelas nos sinalizam que o público mais infectado pelo vírus é o masculino. De acordo com os autores Knauth et al. (2020), apesar deste público ainda ser o mais destacado, o tabu quanto à doença ainda prevalece. Muitos dos diagnosticados não aceitam o diagnóstico, acreditam que a infecção pelo vírus está associada ainda aos homossexuais, às profissionais do sexo e aos usuários de drogas injetáveis.

Diante disso, os autores também apontam que os serviços de saúde possuem poucas campanhas voltadas ao público masculino, no caso dos homens heterossexuais, estes geralmente são submetidos à testagem anti-HIV, além de ser um público que não consegue identificar a presença do vírus e tendem a adiar a procura pelo serviço de saúde e quando procuram muitas vezes é por influência de suas parceiras — fixas —. Sendo assim, vale discutirmos no tópico seguinte as dificuldades e desafios das pessoas com HIV nos serviços de saúde de referência do SUS.

4.1.2 Dificuldades e desafios nos serviços de referência do SUS para a pessoa idosa com HIV/Aids

Para discutir as dificuldades e desafios dos idosos com HIV/AIDS nos serviços de referências do SUS faz-se necessário, sobretudo, compreender as configurações do envelhecimento populacional brasileiro, com suas expressões de desigualdade social e pouco investimento em políticas sociais. É inegável que a expansão da expectativa de vida só é possível pois houve uma melhoria na

qualidade de vida da população. Contudo, como vimos, a população idosa ainda sofre com entraves para que goze plenamente de sua velhice e dos seus direitos de cidadania. Uma das dificuldades encontradas é como a sociedade lida com sua sexualidade e sua capacidade como sujeitos/as de exercitar sua liberdade, bem como a garantia de seu acesso a serviços e políticas sociais, dentre elas a de saúde.

Essa temática é acompanhada de diversas discussões, a começar pelos estigmas, preconceitos e discriminação. Mas, para além do debate sociocultural, também há o debate acerca da saúde: pouco discutida, a vida sexual ativa dos idosos passa por negações e negligências nos sistemas de saúde, principalmente no que tange às infecções sexualmente transmissíveis. Neste capítulo, nos propusemos a discutir as dificuldades e desafios encontrados por este público nos serviços de saúde do SUS, no que se refere à prevenção e tratamento para HIV/Aids.

Com base no que foi apresentado durante todo o estudo, se destacam três pontos que foram levantados. São eles: as ações de prevenção voltadas à pessoa idosa, a negação da sexualidade e o desfinanciamento da política de saúde.

Como já fora discutido nos capítulos anteriores as ações de prevenção voltadas à população idosa são bastante escassas se comparadas a todas as campanhas, ações e estratégias que são direcionadas ao público jovem. Logo, a disseminação das informações a respeito do uso do preservativo, tanto masculino quanto feminino, e o uso de lubrificantes é pouco mencionada nos serviços públicos de saúde, levando o segmento idoso a ficar mais vulnerável às práticas sexuais desprotegidas. “O HIV não tem idade e atinge todas as faixas etárias. Tanto idosos como jovens correm riscos e os dados mostram isso”²⁷, afirma a Dra. Anita Campos, infectologista e diretora médica da Gilead Sciences.

O aumento do diagnóstico de pessoas idosas infectadas pelo vírus do HIV/AIDS é consequência da baixa informação sobre o tema da prevenção, pois há o ideário de que o sexo, ou seja, o ato sexual, é apenas praticado pela população jovem. A negação da sexualidade dos idosos é uma problemática latente nos

²⁷ Fala da Dra. Anita Campos sobre a temática “IDOSOS TAMBÉM PRECISAM SE PREVENIR CONTRA O HIV” na plataforma digital: Portal Dráuzio Varella. Leitura disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/sexualidade/idosos-tambem-precisam-se-prevenir-contr-o-hiv/>

serviços de saúde. Como já mencionado, é consequência da ausência de diálogo entre profissional de saúde e paciente (AGUIAR et al., 2018).

Dessa forma, Silva (2022) afirma que, como os idosos não construíram o hábito do uso e de métodos de prevenção, assim, eles acreditam que não são vulneráveis ao contágio de doenças, principalmente às infecções sexualmente transmissíveis (IST). Então, diante desse contexto, é notório que o preconceito com a prevenção e as informações a respeito do sexo seguro também é enraizado no próprio sujeito, fruto de uma negligência a respeito da temática que deve partir tanto dos serviços de saúde quanto dos profissionais que atuam na área.

Além disso,

Deve-se ressaltar que muitas mulheres idosas por já apresentarem um processo de menopausa e sendo assim, são quase que extintas as possibilidades de engravidar, dispensam a utilização de preservativo e isto acaba aumentando o risco das mesmas serem contaminadas por algum tipo de infecção sexualmente transmissível, pois nesta faixa etária torna-se ainda mais arriscado a contaminação por diversos motivos, entre eles nas idosas as paredes vaginais encontram-se mais finas e ressecadas, ocasionando assim mais atrito podendo acarretar pequenos ferimentos (SILVA, 2020, p. 50).

Nesse sentido, mesmo na menopausa, o desejo sexual não é isento nas mulheres e com o efeito do ressecamento natural faz-se necessária a orientação sobre a importância do uso do lubrificante nas práticas sexuais. Para além disso, vale ressaltar como a sexualidade da pessoa idosa se torna estigmatizada e a procura por informações por parte do próprio sujeito é mínima. A compreensão do sexo seguro mesmo entre aqueles que possuam parceiros fixos deve ser disseminada.

Nessa perspectiva, o documento emitido pelo Ministério da Saúde (2006), reforça a respeito, quando sinaliza que:

As intervenções de prevenção dirigidas aos idosos devem focar: Estímulo ao acesso e utilização correta dos preservativos masculino e feminino e a lubrificantes. Testagem, diagnóstico e tratamento com procedimentos que levem em consideração as necessidades desse grupo populacional. Inclusão da prevenção de DST-HIV/AIDS focando as especificidades desse grupo, na rede de Atenção Básica. Fomento da mobilização de organizações da sociedade civil e do protagonismo, para a realização de trabalhos preventivos específicos para idosos. Articulação intra e intersetoriais para a

garantia de ampliação e continuidade das ações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.118).

Mas, mesmo que haja um documento que traga diretrizes para esse atendimento nas unidades de Atenção Básica e nos demais serviços que acolhem esse público, diversos autores afirmam que frequentemente os serviços não utilizam dessa prática. Como foi visto no estudo de Alencar (2016), destacando em suas discussões a questão da invisibilidade da sexualidade do idoso, evidenciando esse tabu quando profissionais de saúde relataram que não dialogavam com seus pacientes sobre questões de sexualidade durante seu atendimento, apontando como principais barreiras a diferença entre as idades.

Para além desse estigma, há também o fator sociocultural que Alencar et al., (2014) destacam como a sociedade impõe à população idosa a “assexualidade”, a concepção que mediante a velhice os desejos sexuais são inibidos. Nesse enquadramento, Vieira et al., (2015), apontam que:

[...] No campo assistencial, a temática da sexualidade do idoso foi negligenciada pela área da saúde e pelo poder público, sendo a vida sexual da pessoa idosa tratada como algo inexistente. Conseqüentemente, a possibilidade de uma pessoa com mais de 60 anos ser infectada pelo vírus HIV era considerada remota. (VIEIRA, et al., 2015, p. 4)

Sendo assim, quando os mesmos chegam à procura de atendimento médico, frequentemente não se cogita a contaminação pelo vírus HIV, mesmo com a apresentação dos sintomas. O atendimento se restringe apenas às doenças crônicas comuns que surgem no processo de envelhecimento. Em último caso, é cogitada a infecção pelo vírus HIV. Alguns dos pacientes só recebem o diagnóstico na atenção secundária ou terciária quando este deveria ocorrer na atenção primária. Essas práticas são ligadas aos estigmas às pessoas idosas sexualmente ativas (ALENCAR E CIOSAK, 2014).

Arelada a toda essa discussão vale ressaltar o desfinanciamento da política de saúde, que tem impacto direto na assistência à saúde desse público. A priori fora visto que o acompanhamento das pessoas diagnosticadas com HIV/Aids ficou a cargo das ONGs enquanto o estado por sua vez não se mostrou ativo na causa. No decorrer dos anos e dos aumentos de casos registrados a intervenção por meio dos poderes públicos se tornou mais ativa, sendo por meio do SUS oferecido suporte

necessário aos infectados, logo, tornou-se mais acessível a testagem, diagnóstico e tratamento.

Nesse cenário, destaca-se a importância da saúde pública, com a Constituição de 1988, que deixou claro que a saúde está intimamente ligada a um direito fundamental associado à dignidade da pessoa humana e que deve ser protegida pelo Estado brasileiro. Nesse contexto, o Art. 196 dispõe de forma clara que: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Dessa forma, um dos principais direitos na Constituição de 88 é o direito à saúde pública universal e gratuita, ofertada por meio do SUS que constitui-se um dos maiores sistemas do mundo.

No entanto, apesar dos serviços eficazes, ainda há muitas contradições na materialização da política de saúde. E um dos principais motivos é a contrarreforma do Estado e suas particularidades na política de saúde, além do seu aprofundamento e aceleração, sobretudo nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro; conforme apontado por Bravo (2018) e discutido no Capítulo 1. Paiva et al. (2021), ressalta acerca do mercado privado da saúde assim como a associação do SUS com estes,

Ampliou-se também o mercado privado de planos de saúde, além da participação cada vez maior da rede privada na complementaridade do SUS. Desde o seu surgimento, o SUS caracterizou-se como um sistema universal subfinanciado. Nesse sentido, apesar do reconhecimento legal de sua universalidade, o SUS vem se concretizando como um sistema de saúde focalizado nos segmentos populacionais mais pauperizados da população (PAIVA et al., 2021, p.68).

De certo modo, se o usuário não consegue prosseguir seu tratamento exclusivamente no SUS, torna-se ainda mais difícil o acesso aos serviços privados de saúde. Ademais, para além disso, segundo Paiva et al. (2006), o Brasil vem buscando reduzir os níveis de mortalidade causados pela Aids, proporcionando o acesso de forma simples e gratuita aos antirretrovirais – ARV, a oferta gratuita dessa medicação, de acordo com Lago e Sousa (2022), foi instituída em 1996 pela Lei nº 9.313 que estabeleceu a distribuição gratuita dos ARV para as pessoas que vivem

com HIV. O oferecimento e gratuidade dos ARV desde a implementação da lei em 1996 apresentou resultados positivos, (POSSAS et al., 2013) apud (LAGO E SOUSA, 2022, p.9) sinaliza que,

O provimento gratuito e universal de ARVs pelo Estado é parte da resposta brasileira para o controle do HIV/aids. Dela resultou o declínio de cerca de 70% na mortalidade e 80% das internações hospitalares por condições relacionadas à aids no período de 1996 a 2002” (POSSAS et al., 2013) apud (LAGO E SOUSA, 2022, p.9).

Dessa maneira, os medicamentos são utilizados para amenizar as sequelas causadas pela infecção por vírus do HIV, o Ministério da Saúde (2022)²⁸, esclarece que,

Os medicamentos antirretrovirais (ARV) surgiram na década de 1980 para impedir a multiplicação do HIV no organismo. Esses medicamentos ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Por isso, o uso regular dos ARV é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e reduzir o número de internações e infecções por doenças oportunistas (Ministério da Saúde, 2022).

Sendo assim, o tratamento contínuo e ininterrupto com ARV é importante para uma melhor qualidade de vida para as pessoas que vivem com HIV.

Nesse sentido, foram discutidas as ações de prevenção e diagnóstico, assim, a detecção da infecção pelo HIV pode ser feita por sangue no laboratório, pela secreção da mucosa oral ou pelo sangue no teste rápido — em que é coletada uma gota de sangue retirada da ponta do dedo. Além disso, há a possibilidade de inserção da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), que consiste na ingestão de comprimidos antes da relação sexual, que permitem preparar o corpo para enfrentar um possível contato com o HIV, e o PEP (Profilaxia Pós-Exposição), com a indicação do uso de medicamentos antirretrovirais como mais uma forma de prevenção contra o HIV para uso em até 72 horas após a exposição de risco.

A pessoa em PrEP realiza acompanhamento regular de saúde, com testagem para HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). E que,

²⁸ Leitura completa em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids/tratamento>

embora o envelhecimento já seja foco de políticas públicas específicas direcionadas ao HIV/Aids,

[...] Ainda há carência de recursos humanos especializados e de produção de conhecimento sobre o tema. Assim, subsiste a necessidade de se investirem recursos de todo o tipo nesta área. Desta forma se garantirá o avanço nas questões relativas ao envelhecer e no entendimento da velhice, propiciando então novas formas de encarar e lidar com esta temática (CALDAS & THOMAZ, 2010, p.10).

Portanto, tendo os portadores do vírus HIV carregados de informações mantêm-se com uma carga viral indetectável²⁹, com tratamento, assim não transmitem, e aos que não possuem o vírus, usando preservativo vão se prevenir. E aqui, um adendo ao uso da camisinha feminina, que é um incentivo ao protagonismo, uma relação de autocuidado, entendimento sobre direitos sexuais e reprodutivos, afastando-se de uma possível dependência da figura masculina. Portanto,

Remetemo-nos ao fato de que é necessário reconhecer o que significa ser idoso nessa sociedade, o que levou este indivíduo a fazer parte dessa categoria. Deparamo-nos então com diferentes significados que essa categoria carrega dentre os quais o de ser velho, ou melhor dizendo, de se tornar velho, dentro de um modelo econômico que propõe o trabalho como meio de sobrevivência. Onde uma das premissas para executá-lo está na característica de ser jovem, tanto no sentido estético quanto no que tange a capacidade fisiológica de executar tarefas. Quando se perde tais características ganha-se o medo de ser descartado, desprezado, deixado de lado [...] (OLIVEIRA, 2011, p. 5).

Quanto aos desafios, identificados a partir das pesquisas bibliográficas e elucidadas nos capítulos anteriores, pontos como: *baixa escolaridade, diagnóstico tardio e questões de gênero* foram notados durante o processo de pesquisa. (AGUIAR et al., 2018; DAMIÃO et al., 2022; ALENCAR, 2016; MACHADO, ALVES e OLIVEIRA 2020; SANTOS 2021; CRUZ et al., 2020; KNAUTH et al. 2020.)

²⁹Considera-se carga viral indetectável a quantidade de vírus inferior a 40 cópias por ml de sangue. Esta novidade traz impacto positivo na vida das pessoas vivendo com HIV/aids sob vários aspectos. Leitura disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/homepage/destaques/carga-viral-indetectavel-torna-infeccao-por-hiv-intransmissivel#:~:text=Considera%2Dse%20carga%20viral%20indetect%C3%A1vel,HIV%2Faids%20sob%20v%C3%A1rios%20aspectos>.

Nesse sentido, no que tange à problemática do diagnóstico tardio, segundo reportagem feita com os especialistas ouvidos no Portal Drauzio Varella³⁰, o especialista Dr. Jean, aponta que,

Mesmo quando um idoso com pneumonia, complicação decorrente da aids, chega ao hospital, sua condição sorológica frequentemente não é investigada. “É comum que mesmo entre os exames de rotina o teste de HIV não seja solicitado, fazendo com que esses indivíduos só sejam diagnosticados no momento em que eles têm aids, ou seja, quando ocorrem as doenças oportunistas (PORTAL DRAUZIO VARELLA).

Esse diagnóstico tardio do HIV ocorre na contramão do que deveria ser a lógica de integralidade da política de saúde e dos fluxos de referência e contrarreferência. Conforme já mencionado no capítulo 2, segundo Alencar (2016), os profissionais de saúde relataram que no atendimento ao idoso a solicitação da sorologia anti-HIV não era uma rotina adotada no serviço primário de saúde, deixando o serviço de saúde secundário e até terciário responsáveis pelo diagnóstico de HIV/Aids, em vez do serviço primário. Isso mostra que há fragilidade e contradições importantes na rede de atenção à saúde do idoso, especialmente no que se refere à prevenção, diagnóstico e assistência em saúde em HIV/Aids.

Dentro desse contexto de fragilidade, os autores Machado; Alves e Oliveira, (2020, p. 4476) destacam que: “O aumento do número de casos pode estar associado a falta do olhar minucioso e sensível por parte dos profissionais de saúde e de ações direcionadas nas políticas públicas referentes à inclusão dos idosos nos grupos de risco dessas infecções.” (p. 4476). Sendo assim, o diagnóstico tardio da contaminação é bastante preocupante pois quando estes são diagnosticados, na maioria dos casos, já se encontram num estágio avançado da doença.

Somado a tudo isso, está a visão estigmatizada do idoso sexualmente ativo como já fora citado acima, não se pode discutir diagnóstico tardio sem pensar na sexualidade dos idosos, se no acolhimento nos serviços de saúde tendem à negação deste diálogo, logo, o próprio idoso tende a não se posicionar a respeito.

³⁰Matéria produzida pelo Portal Drauzio Varella. Leitura disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/sexualidade/idosos-tambem-precisam-se-prevenir-contr-o-hiv/>

Vinculado ao diagnóstico tardio, ainda de acordo com Machado, Alves e Oliveira (2020), nos deparamos com a problemática da baixa escolaridade³¹ dos idosos. A adesão ao diagnóstico do vírus é mais complexa quando se trata de sujeitos com baixa escolaridade, “Entre os principais fatores de exposição aos casos entre idosos destaca-se o baixo nível de escolaridade, o que pode dificultar a adesão ao tratamento e a compreensão da cadeia de transmissão do HIV” (p. 4476). Com esse público o diálogo sobre o contágio, tratamento e prevenção se torna mais delicado, precisando que a abordagem acerca do vírus seja feita de forma clara e objetiva, buscando sempre não levar o diálogo à culpabilização do sujeito infectado.

A baixa escolaridade, assim, tende a interferir no acesso às informações básicas da infecção. Segundo Santos (2021), “Os níveis de escolaridade mais baixos estão relacionados com a dificuldade ao acesso e a compreensão de informações a respeito do modo de transmissão e prevenção da doença” (p. 9).

Portanto, com base nas referências apresentadas, é perceptível que a questão da saúde, quando inserida em um panorama de desigualdade social — cada vez mais evidente na sociedade atual —, apresenta lacunas e contradições que, sobretudo, atingem a população idosa. Assim, a política de saúde, apesar de mediar o direito fundamental à saúde e à vida instituído pela Constituição de 1988, dialeticamente reproduz as desigualdades e contradições sociais sobre essa população, enfatizando estigmas e desigualdades sociais, implicando, algumas vezes, em exposição a agravos e riscos à saúde, agravamento da condição de adoecimento e até mesmo morte - nos casos em que o diagnóstico é praticamente no momento do óbito. Ainda que, essa mesma política de saúde seja mediadora também do acesso aos serviços de saúde de referência e ao tratamento em HIV/Aids.

³¹ De acordo com o Boletim Epidemiológico - Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde. (2022), na Tabela 4 - Casos de HIV (número e percentual) notificados no Sinan segundo sexo e escolaridade por ano do diagnóstico. Brasil, 2007-2022. É visto que entre homens e mulheres de 2007 a 2022, a respeito do grau de escolaridade de pessoas com HIV, totaliza-se:

Analfabetos: 401;

1ª a 4ª série incompletos: 2.332;

5ª a 8ª incompletos: 5.686;

Médio incompleto: 2.538.

Desse modo, as questões relacionadas ao processo saúde-doença não são apenas resultado de processos biológicos, mas estão intrinsecamente relacionadas às desigualdades sociais. Já que, segundo a Constituição de 1998, diz que,

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

Nesse viés, a autora Barata (2009), chama a atenção para a maneira como o reducionismo das desigualdades à mera condição de diferença entre as pessoas, especialmente no que se refere às características biológicas, “[...] esvazia o conteúdo político e as conotações de injustiça social e desrespeito aos direitos humanos expressos nessas desigualdades” (p. 11).

Assim, essa redução das desigualdades como se fossem mera condição de diferença entre as pessoas permite compreender como muitas vezes elas influenciam decisivamente suas vidas no processo de saúde, transformando nossa diferença natural — a velhice — em desigualdade no acesso aos entes estatais, como como, por exemplo, a inserção do público idoso nas diversas políticas sociais de cultura, saúde, educação, entre outras. Além disso, como vimos nos capítulos anteriores, há a necessidade premente da inserção dos idosos em campanhas ativas de prevenção e de políticas de planejamento e capacitações especialmente junto às equipes de atenção básica (mas também em todos os níveis de atenção em saúde) para prevenção da transmissão do HIV/AIDS na velhice bem como para seu diagnóstico e tratamento resolutivos.

Uma importante iniciativa que pode contribuir para a política de saúde direcionada ao segmento populacional idoso é o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil)³², segundo Silva (2020), um dos objetivos do ELSI-Brasil é contribuir para a reestruturação da Rede de Atenção à Saúde, para melhores formas de atendimento ao idoso, mas na prática ainda há um longo caminho a percorrer para alcançar a melhoria do acolhimento e atendimento exposto em função dos órgãos públicos de saúde.

Concluindo de maneira assertiva que:

³² Mencionado no tópico: 3.1 A realidade dos idosos com HIV/Aids no SUS: o que os dados mostram.

Muitas das vezes, a vontade dos profissionais de saúde em oferecer um atendimento digno esbarra nas péssimas condições dos locais de trabalho nos quais se encontram, bem como no sucateamento das aparelhagens oferecidas em locais destinados para o acolhimento e atendimento da população idosa no país (SILVA, 2020, p. 51).

Em suma, a realidade dos serviços de saúde no SUS é bastante complexa, sofrendo os impactos do desfinanciamento e contrarreformas. Dessa maneira nos deparamos com um sistema sucateado e as consequências perpassam o atendimento profissional e chegam até os usuários dos serviços. Assim, não basta apenas profissionais habilitados quando não se tem uma política pública com direção sociopolítica de atendimento às necessidades sociais dos trabalhadores usuários, o que inclui recursos, insumos e equipe profissional suficientes para o oferecimento de um atendimento de qualidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do trabalho ora apresentado, o objetivo deste estudo foi verificar o contexto histórico quanto ao avanço do HIV/AIDS, bem como os aspectos da sexualidade, diagnósticos e tabus que permeiam a vivência de idosos acometidos pelo vírus HIV/Aids. Nesse contexto, esta temática é uma realidade que precisa ser abertamente debatida, principalmente para o público-alvo de nossa pesquisa — os idosos —, pois sua sexualidade ainda é um tabu e são escassas as campanhas e diálogos entre o próprio núcleo familiar e da sociedade, que percebem os idosos como assexuados. Conseqüentemente, há uma diminuição na procura de tratamentos e diagnósticos, pois, de fato, pouco se fala sobre o HIV na velhice, fazendo com que o diagnóstico do HIV aconteça no serviço secundário e/ou terciário e não na atenção primária, por conseguinte, soma-se à existência de uma elevada parcela de pessoas infectadas pelo HIV — observado e inserido no capítulo 3 —, que desconhecem seu status sorológico.

Em contrapartida, a evolução das políticas de saúde em relação ao HIV/Aids no Brasil foi caracterizada por fases distintas, considerando o cenário das gestões presidenciais no Brasil ao longo dos anos, o que acarretará na participação de decisões por vezes de cunho repressivo, mas também de avanços positivos. À vista disso, também foi muito importante a mobilização da sociedade civil, movimentos sociais, e das ONGs nas decisões e perpetuação de políticas que visem o cuidado e tratamento aos soropositivos.

Portanto, todo processo para alcançar os resultados deste estudo se deparou com desafios no que tange aos conhecimentos da áreas humanas, poucos autores das ciências humanas estudam o processo de envelhecimento, logo, é uma discussão que fica a cargo da saúde, neste sentido, anula-se que o movimento de envelhecer e os riscos de ser contaminado pelo vírus do HIV não passe pela esfera social. Porém, como foi visto durante a exposição de toda a investigação, o contexto socioeconômico e sociocultural dos indivíduos está intimamente ligado no processo do envelhecimento.

Em vista disso, os desafios na elaboração do nosso estudo se apresentaram também na busca de autores que trabalham com a temática buscando trazer o debate entre classes sociais e desigualdade social, de maneira que se visualize o processo de envelhecer não meramente um fenômeno que acontece por fim último

sendo este um fator exclusivamente biológico. E quando se fala pensa em classes e desigualdade social, o profissional de Serviço Social se insere neste contexto, pois é um profissional que tem no seio de sua atuação profissional o desafio de lidar com a questão social e suas expressões.

Sendo assim, a ampliação da população idosa se apresenta como expressões da questão social, pois como foi debatido, o modo de produção capitalista nos quais estamos inseridos leva a um envelhecimento precoce da população, sendo estes desassistidos por diversas políticas principalmente de saúde, levando-os a não terem acesso a uma vida saudável. Logo, deve ser um campo de estudo de que estes profissionais precisam estar cada vez mais próximos, visto que estão inseridos nos diversos espaços sócio-ocupacionais e que lidam com a problemática do envelhecer e com os usuários idosos com HIV/AIDS dentro de equipes multiprofissionais.

Destarte, este é um debate que deve ser apropriado por essa categoria a fim de garantir um melhor atendimento às demandas dos usuários que chegam aos serviços de saúde de referência do SUS, combater tabus, preconceitos e discriminações sobre a discussão da sexualidade dos idosos não deve ser responsabilidade apenas dos profissionais de saúde, entendendo que, é um debate que vai além dos fatores biológicos. Considerando que estes usuários estão inseridos em uma sociedade que busca excluir o que foge de sua “normalidade”, pensar idosos sexualmente ativos e passíveis de contaminação de ITS e de HIV/AIDS que foi o foco do nosso estudo, é uma temática que ainda é vista como um tabu pois há uma construção social que os idosos não são sujeitos que podem ainda sentir desejos, prazer e serem sexualmente ativos, pois, nesta fase da vida é a de "aposentar-se" de suas atividades e nisto, também da sua vida sexual.

Em suma, enxergar os idosos como pessoas “vivas” no contexto de que estes ainda seguem capazes de realizar suas tarefas e viver sua sexualidade precisa ser um debate que necessita de estudos atuais, a população idosa cresceu consideravelmente mas, as discussões de cunho acadêmico sobre estes não. Há uma estagnação no debate de como esse número vem aumentando cada vez mais e de como pensar as novas estratégias e práticas de atender este público nos serviços de saúde, pois, o crescimento populacional não se reduz a números mas, ao aparecimento de novas problemáticas que circundam o fenômeno, problemáticas estas que atingem a saúde do idoso, sua vida social e econômica e até mesmo o

processo intrínseco que ocorre mentalmente de como a sociedade e os próprios sujeitos que envelhecem lidam com este fato, como citam as autoras Leão e Teixeira (2020), para alguns o processo do envelhecimento é trágico.

Diante de tudo o que foi colocado, muita coisa mudou ao longo dos 40 anos de epidemia de Aids no Brasil, quando o vírus configurava-se uma doença letal e sem tratamento adequado e medicamentos que repassavam ao paciente efeitos colaterais graves, com o evoluir da epidemia se incorporaram novos tratamentos e medicações, no Brasil por exemplo o SUS tem um papel primordial no atendimento igualitário e democrático. No entanto, ainda está enraizado no senso comum o preconceito com a doença e com os infectados, o que só atrapalha os segmentos destas pessoas irem ao serviço de saúde.

E como sinalizado pela autora Marques (2002), a questão da AIDS está vinculada a um nicho mais complexo que envolve uma mobilização que por muito tempo foi descentralizada e desigual, nisto:

A Aids, qualquer que seja o seu aspecto estudado, suscita mais do que as dificuldades já referidas; traz atrelados a ela todos os aspectos, muitos deles metafóricos, que socialmente foram construídos no decorrer destas últimas duas décadas. A produção científica sobre o HIV/Aids no mundo e no Brasil diz do volume de significações que essa epidemia trouxe a reboque do seu aparecimento. Os limites tecnológicos, as desigualdades sociais, a intolerância humana com as diferenças, e, em contrapartida, a capacidade de solidariedade de que homens e mulheres são capazes, tornaram-se transparentes desde então, e tais aspectos estão sempre presentes por trás de qualquer análise sobre a Aids/HIV (MARQUES, 2002, p. 61).

Concluindo a contribuição, os silêncios que ainda cercam a questão do HIV/Aids, as vidas que se perderam, os preconceitos e a ignorância que continuam sendo naturalizados como se fossem as únicas formas de conhecer a doença, nos aguçaram na pesquisa e explanação do presente trabalho ainda que através de referências escassas. Decerto, trata-se de uma doença que ainda está entre nós, e essa produção nos abriu um leque de empatia e esperança de que em um futuro muito próximo a cura definitiva da AIDS seja anunciada. Assim, sigamos positivos e esperançosos como na fala de Herbert Daniel³³ que diz: “A vida não é um azar. A vida é um presente e se tem que ter com ela o mesmo cuidado que com a flor.

³³ Sociólogo e ativista político, fundador da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/ABIA em 1986 e do Grupo Pela Vidda/RJ em 1989.

Regá-la, para fazê-la florir. Portanto, nenhum doente de AIDS tem que ter decretada sua morte civil - ele está pleno e vivo. – Viva a VIDA”.

REFERÊNCIAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar da Aids. **“Vida Antes da Morte/Life before death”**: ABIA, 2018. 114 p. Disponível em: <https://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2018/12/VIDA_ANTES_DA_MORTE_LIFE_BEFORE_DEATH_site.pdf> Acesso em 23 de mar. 2023.

AGUIAR, Rosaline Bezerra.; LEAL, Márcia Carréra Campos.; MARQUES, Ana Paula de Oliveira.; TORRES, Kydja Milene Souza.; TAVARES, Maria Tereza Dantas Bezerra. **Idosos vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa**. Revisão, Ciênc. Saúde Coletiva, 2020. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n2/575-584/>> Acesso em 14 de mar. de 2023.

AGOSTINI, R., ROCHA, F., MELO, E., MAKSUD, I. **A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS em tempos de crise**. Revista Ciênc. saúde coletiva, 24 (12), Dez 2019. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25542019>> Acesso em 25 de fev. de 2023.

ALENCAR, Danielle Lopes.; MARQUES, Ana Paula de Oliveira; LEAL, Márcia Carréra Campos.; VIEIRA, Júlia de Cássia Miguel. **Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa**. Revisão Ciênc. Saúde Colet. 2014. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/PFm6gRq887pk5ndcvYvzdXq/?lang=pt>> Acesso em 12 de mar. de 2023.

ALENCAR, RA.; Ciosak SI. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2016;69(6):1076-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0370>.

ALMEIDA, Thiago.; LOURENÇO, Maria Luiza. **Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade?** Artigos originais, Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2007, p.107-114. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/rbegg/a/bSf8FWZsv845HtGB8z3CztD/>> Acesso em 12 de mar. de 2023.

AMARO, Lucas Campos.; AFONSO, Luís Eduardo. **Quais são os efeitos do envelhecimento populacional nos sistemas previdenciários de Brasil, Espanha e França?** R. Bras. Est. Pop. Belo Horizonte, 2018. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbepop/a/BRdxTvc4mb9xK4WTBmfQcjD/?lang=pt#:~:text=Esse%20efeito%20tamb%C3%A9m%20aumenta%20o,desequil%C3%ADbrio%20em%20regimes%20de%20reparti%C3%A7%C3%A3o.>> Acesso em 12 de mar. de 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS - **ABIA**. 7 de set 2020. <<https://abi aids.org.br/hiv-no-brasil-se-o-preconceito-e-uma-doenca-a-informacao-e-a-cura/34231>> Acesso em 6 de fev. de 2023.

BARATA, RB. O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde?. In: **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 11-21. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

BARROS, S.G. Política Nacional de Aids: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, 335 p. ISBN 978-85-232-2030-3. <https://doi.org/10.7476/9788523220303>

BEAUVOIR, S. de. (2018). **A velhice**. Maria Helena Franco Martins, Trad. (3a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, (Orig.: La Vieillesse, 1970, Editions Galimard).

BRAVO, M. I. S. PELAEZ, E. J. e PINHEIRO, W. N. **As contrarreformas na política de saúde do governo Temer**. In.: Revista Argumentum, Vitória, v.10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018.

_____. **Política de Saúde no Brasil**. In MOTA et. al. (Orgs.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

CALDAS, Célia; THOMAZ, Andréa. **A velhice no olhar do outro: uma perspectiva do jovem sobre o que é ser velho**. Revista Kairós Gerontologia. p. 75-89. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5367>. Acesso em: 09 de abr. de 2023.

CAMPELO, S. de O., Soares, R. C., Benedito, J. de C., Costa, N. M., & Cavalcante, P. de F. (2021). **Desigualdade, Envelhecimento e Saúde no tempo de contrarreformas: da Magnitude à Desproteção Social no Brasil**. Revista Kairós-Gerontologia. 65-82. São Paulo (SP), Brasil.

CHEQUIM, V. **Maioria dos idosos não tem plano de saúde e depende unicamente do SUS**. Agência da Hora, Santa Maria - RS, 2021. Disponível em <<https://www.ufsm.br/midias/experimental/agencia-da-hora/2021/09/01/maioria-dos-idosos-nao-tem-plano-de-saude-e-depender-unicamente-do-sus>>

CLEMENTINO, Milca Oliveira. **O trabalho profissional do/a assistente social: as demandas, as respostas e a potencialidade da relativa autonomia nos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS do município de Campina Grande-PB**. 2018. 142f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Serviço Social - PPGSS) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB.

CIOSAK, Suely Itsuko., ALENCAR, Rúbia Aguiar. **O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids**. Revista Escola de Enfermagem. USP, 2014; 49(2):229-235. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/z9rTZYFb9C6Bx98Hd3qHYbj/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 29 de abr. de 2023

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 08 abr. de 2023.

COGO, Camila Soares., SOUSA, Piter Picole Silva de., FONTES, Juliana Loca Furtado. **Impacto na prevenção, diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS durante a pandemia da COVID –19**. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.8, n.12, p. 79510-79527, dec., 2022. Disponível em <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/55470>> Acesso em 29 de abr. de 2023.

CONTRERA, Wildney Feres. **GAPAS: uma resposta comunitária à epidemia da AIDS no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/179_2Gapas.pdf

COUTO, Maria Helena Costa. **A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS**. 2007. 211 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; ; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administração) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993.

CRUZ, Gylce Eloisa Cabreira Panitz.; CARDOSO, Daniela Fillipa Batista.; SILVA, Eduardo Sérgio.; SILVEIRA, Renata Cristina da Penha.; SILVA, Alexandre Ernesto.; APÓSTOLO, João Luís Alves. **Diagnóstico tardio do Vírus da Imunodeficiência Humana e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em Idosos: protocolo scoping review**. Enfermería Actual de Costa Rica, n.38, San José, 2020. Disponível em <https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682020000100292&lang=pt> Acesso em 14 de mar. de 2023.

DAMIÃO, Jorginete de Jesus.; AGOSTINI, Rafael.; MAKSUD, Ivia.; FILGUEIRAS, Sandra.; ROCHA, Fátima.; MAIA, Ana Carolina.; MELO, Eduardo Alves. **Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?** Artigo Original, Saúde Debate 46 (132), 2022. Disponível em

<<https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46n132/163-174/>> Acesso em 15 de mar. de 2023.

FIOCRUZ. **O vírus da Aids, 20 anos depois.** Ministério da Saúde. Disponível em <<https://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>> Acesso em 25 de abr. de 2023

Governo Federal - Ministério da Saúde, 2022. Disponível em <<https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/hiv-aids/tratamento>> Acesso em 30 de abr. de 2023.

GULLINO, Daniel. Pessoa com HIV 'é uma despesa para todos', diz Bolsonaro. **O Globo**, Brasil, 5 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/brasil/pessoa-com-hiv-uma-despesa-para-todos-diz-bolsonaro-24231125>> Acesso em 23 de fev. de 2023.

KNAUTH, Daniela Riva., HENTGES, Bruna Hentges., MACEDO, Juliana Lopes de., PILECCO, Flavia Bulegon. TEIXEIRA, Luciana Barcellos., LEAL, Andréa Fachel. **O diagnóstico do HIV/aids em homens heterossexuais: a surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia.** Cadernos de Saúde Pública, 08 Jun 2020. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/xDFFhtkF89JM65GDhWwTHPj/#:~:text=Os%20homens%20s%C3%A3o%20o%20principal%20grupo%20afetado%20pela.casos%2C%20os%20homossexuais%2038%25%20e%20os%20bissexuais%209%2C1%25.>>> Acesso em 07 de abr. de 2023.

KRÜGER, Tânia Regina. SOBIERANSKI, Cristiane Borghezan. MORAES, Bruna Veiga de. **EBSERH no HU da UFSC: da resistência à gestão pela empresa.** Revista Katálisis, v. 23, n. 1, 2020.

LAGO, Regina Ferro do., SOUSA, Ana Cristina Augusto de. **A oferta pública de medicamentos para aids e o papel de Farmanguinhos.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 32(2), e 320210, 2022. Disponível em

<<https://scielosp.org/article/physis/2022.v32n2/e320210/>> Acesso em 29 de abr. de 2023.

LEÃO, Sarah Moreira Arêa., TEIXEIRA, Solange Maria. **Proteção social e envelhecimento no Brasil e em Portugal: crítica à (re)novada função da família na proteção social da pessoa idosa.** In: TEIXEIRA, Solange Maria. Serviço Social e Envelhecimento, EDUFPI, Teresina - Piauí, 2020.

MARQUES, M. C. da C.: “**Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil**”. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. 9 (suplemento): 41-65, 2002.

MACHADO, Ana Karina da Cruz., ALVES, Roberta Machado., OLIVEIRA, Hilderline Câmara de. **AIDS na terceira idade: fatores associados ao diagnóstico tardio e medidas de enfrentamento.** Revista Saúde Coletiva, 2020. Disponível em <<https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/108>>

Acesso em 09 de abr. de 2023

MARTINHO, J. S., de Sena L. W. P., Moreira M. P., & Ikuta Y. M. (2021). Incidência de HIV/AIDS em Pacientes Idosos no Estado do Pará, Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 13(4), e6805. <https://doi.org/10.25248/reas.e6805.2021>

Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.** Cadernos de Atenção Básica - nº 19. Brasília, 2006. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf> Acesso em 06 de abr. 2023.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional DST/AIDS: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

MS, Ministério da Saúde. (2022). **Sistema de Informação de Agravos de Notificação.** Acesso em 13 de mar. de 2023 em <https://datasus.saude.gov.br/>.

Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2022.** Brasília, 2019. Disponível

em:<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/arquivos/boletim_hiv_aids_-2022_internet_24-11_finalizado.pdf> Acesso em: 05 de abr. de 2023.

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

NASCIMENTO, D. R. A AIDS no Final do Século XX. In.: **As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 81-112. História e saúde collection. ISBN: 978-65-5708-114-3.

OLIVEIRA, Michelly C.R; FERNANDES, Marla; CARVALHO, Rosana Ribeiro. **O PAPEL DO IDOSO NA SOCIEDADE CAPITALISTA CONTEMPORÂNEA: uma tentativa de análise**. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. 2011. Disponível em:<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2_011/TRANSFORMACOES_NO_MUNDO_DO_TRABALHO/O_PAPEL_DO_IDOSO_NA_SOCIEDADE_CAPITALISTA_CONTEMPORANEA.pdf> Acesso em 09 de abr. de 2023.

OLIVEIRA, A. e KRÜGER, T. R. **Trinta anos da Constituição Federal e a participação no SUS**. In.: Revista Argumentum, Vitória, v. 10, n. 1, p. 57-71, jan./abr. 2018.

OLIVEIRA, J. F. de. **Os rebatimentos da contrarreforma do estado na saúde: um estudo da política de enfrentamento do HIV/AIDS no serviço de assistência especializada em HIV/AIDS e hepatites virais (SAE) no município de Campina Grande - PB**. 2016. 105f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2016. [Monografia].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 61p.

Organização Mundial da Saúde. **Saúde sexual, direitos humanos e a lei.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná, Porto Alegre: UFRGS, 2020. Disponível em <<https://www.who.int/pt/publications/i/item/9789241564984>> Acesso em 12 de mar. de 2023.

PAIVA, Vera et al. **O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil.** Revista Saúde Pública. São Paulo, 2006 n. 40. p. 109-119. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/DppZRkShYHzdGWxtqQsXVss/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 06 de Abril de 2023.

PAIVA, Sálvea de Oliveira Campelo e., SOARES, Raquel Cavalcante., BENEDITO, Jonorete de Carvalho., COSTA, Náíade Melo., CAVALCANTE, Priscylla de Freitas. **Desigualdade, Envelhecimento e Saúde no tempo de contrarreformas: da Magnitude à Desproteção Social no Brasil.** Revista Kairós-Gerontologia, São Paulo, 2021. Disponível em <<https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50402>>

_____. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital: um estudo sobre a racionalidade na produção de conhecimento do Serviço Social.** Recife, 2012. 252 f. Tese (doutorado) - UFPE, Centro Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-graduação em Serviço Social, 2012.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. In: **Divulgação em saúde para debate.** Rio de Janeiro, n. 27, p. 08-49, 2003.

PENITO, Alexandre. **Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS.** FioCruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>>

Portal Drauzio Varella. **Idosos também precisam se contra o HIV.** Disponível em <<https://drauziovarella.uol.com.br/sexualidade/idosos-tambem-precisam-se-prevenir-contra-o-hiv/>> Acesso em 29 de abr. de 2023.

PNAS: **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

SAE - Serviço de Assistência Especializada. **Como surgiu o HIV?** Vacaria - RS, 2020. Disponível em <<https://www.saevacaria.com.br/doencas/como-surgiu-o-hiv/>> Acesso em 15 de fev. de 2023.

SANTOS, Tainá Cajazeira Santos., ANDRADE, Amanda Cristina de Souza., VIANA Ícaro Garcia., SILVA, Roberta Mendes Abreu., BEZERRA, Vanessa Moraes. **Análise temporal da incidência de HIV/aids em idosos no período de 2007 a 2020.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. (24) 5, 2021. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/fJcbyj7FG8ss3X5Gs6z38Wk/?lang=pt>> Acesso em 09 de abr. de 2023.

SANTOS, Regina Maria dos. **O Serviço Social e a exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/AIDS :demandas e desafios nos hospitais públicos.** 2005. 169 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social, Formação Profissional, Trabalho e Proteção Social; Serviço Social, Cultura e Relações) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2005.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos.; ASSIS, Mônica de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 147-157, jan.-mar. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/wZdvVxsF3vCYLnS5nmLcCLm/>> Acesso em 4 de mar. de 2023.

SILVA AS, Fassarella BPA.; Faria BS, Nabbout TGME, Nabbout HGME, Avila JC. **Envelhecimento populacional: realidade atual e desafios.** Glob Acad Nurs. 2021;

2(Sup.3):e188. Disponível em <<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200188>>
Acesso em 01 de mar. de 2023.

SILVA, Ana Cláudia Pereira. **PREVALÊNCIA DE HIV/AIDS NO IDOSO: desafio para o enfermeiro frente à prevenção na atenção primária à saúde**. Monografia. (Bacharelado em Fisioterapia) – Ciências da Saúde, Centro Universitário AGES. Bahia, 69 f. 2022.

SILVA, R. et al. **Políticas sociais no Brasil: do neoliberalismo ao governo Temer**. VIII jornada internacional de políticas públicas. 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo3/politicassociaisnobrasildoneoliberalismoaogovernotemer.pdf> Acesso em: 08 de mar. de 2023.

SILVA, Edson Mariano da. **Sexualidade na velhice: discurso sobre o aumento dos casos de HIV/AIDS na população idosa**. 2020. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SOARES, Raquel. **Contrarreforma no Sus e Serviço Social**. Recife: EDUFPE, 2020.

VERAS, Renato Peixoto., OLIVEIRA, Martha. **Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado**. Ciência e Saúde Coletiva. 23(6):1929-1936, 2018
Disponível em <<https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1929-1936/>>
Acesso em 29 de abr. de 2023.

VIEIRA. Kay, FL; COUTINHO. Maria da Penha de Lima; SARAIVA. Evelyn Rúbia de Albuquerque. **A Sexualidade na Velhice: Representações Sociais De Idosos Frequentadores de Um Grupo de Convivência**. Psicologia: ciência e profissão jan./mar. de 2016 | 36 (1), 196-209.

VILLARINHO, M.V., PADILHA, M. I., BERARDINELLI, L. M. M., BORENSTEIN, M. S., MEIRELLES, B. H. S., ANDRADE, S. R. **Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença**. REBEN - Revista

Brasileira de Enfermagem. Brasília, 2013, mar-abr; 66(2): 271-7. Disponível em [https://www.scielo.br/j/reben/a/55MrWgd5VNfMv3zPrMW9DmF/?lang=pt#:~:text=E ssa%20pol%C3%ADtica%20p%C3%ABblica%20de%20incentivo,o%20aumento%20da%20cobertura%20do](https://www.scielo.br/j/reben/a/55MrWgd5VNfMv3zPrMW9DmF/?lang=pt#:~:text=E%20ssa%20pol%C3%ADtica%20p%C3%ABblica%20de%20incentivo,o%20aumento%20da%20cobertura%20do)> Acesso em 25 de fev. 2023.