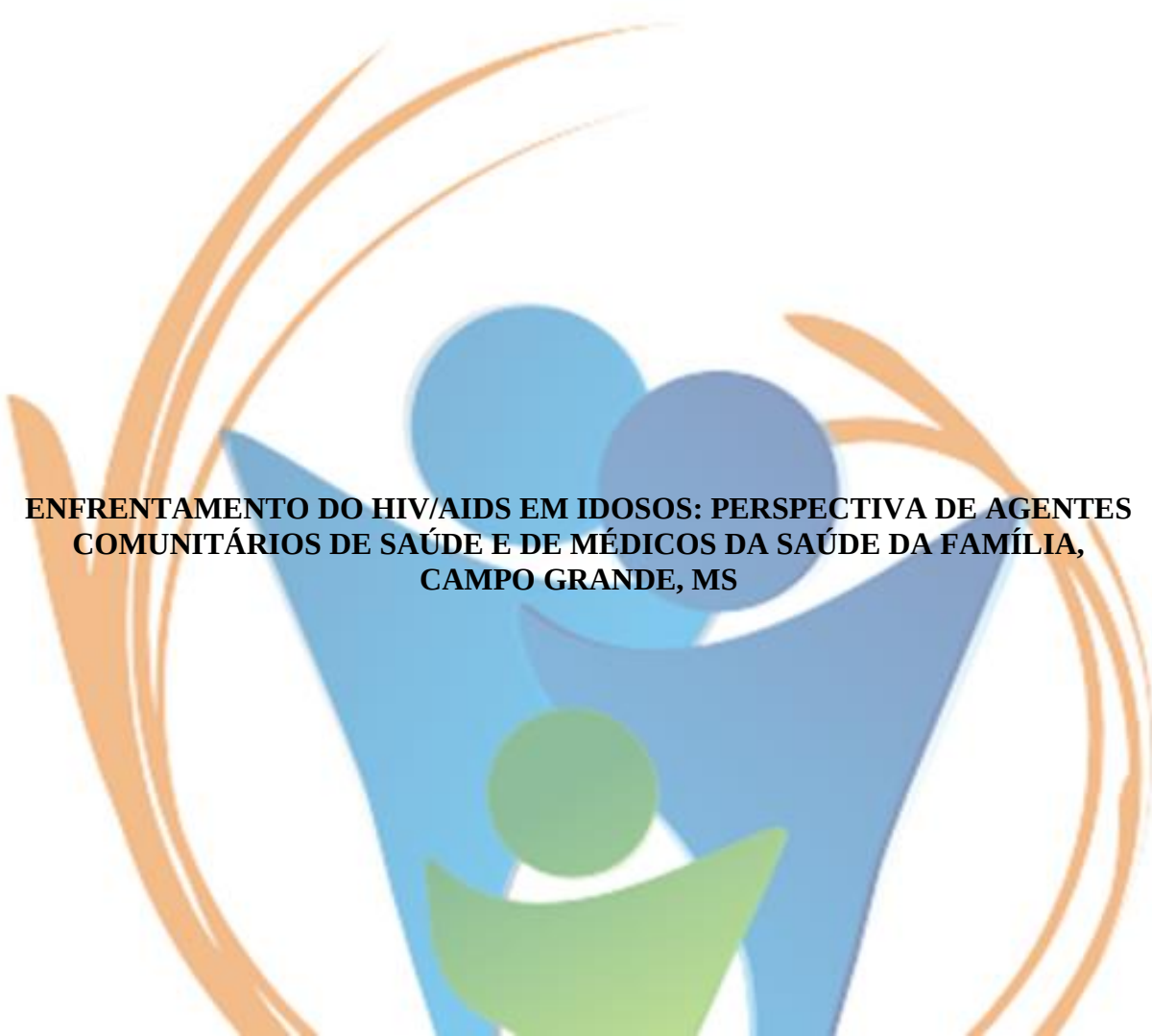


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

VALDIRENE SILVA PIRES MACENA



**ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS EM IDOSOS: PERSPECTIVA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA,
CAMPO GRANDE, MS**

**CAMPO GRANDE
2016**

VALDIRENE SILVA PIRES MACENA

**ENFRENTAMENTO DO HIV/AIDS EM IDOSOS: PERSPECTIVA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DE MÉDICOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA,
CAMPO GRANDE, MS**

Dissertação apresentada como requisito para a
obtenção do título de mestre em Saúde da Família
pela Universidade Federal de Mato Grosso do
Sul.

Orientador: Prof. Dr. Mauricio Antonio Pompilio

**CAMPO GRANDE
2016**



Ata de Defesa de Dissertação
Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família
Mestrado

Aos trinta e um dias do mês de maio do ano de dois mil e dezesseis, às oito horas, no Anfiteatro da Faculdade de Odontologia, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos membros: Mauricio Antonio Pompilio (UFMS), Sonia Maria Oliveira de Andrade (UFMS) e Vanessa Terezinha Gubert de Matos (UFMS), sob a presidência do primeiro, para julgar o trabalho da aluna: **VALDIRENE SILVA PIRES MACENA**, CPF 85628557153, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Curso de Mestrado, da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, apresentado sob o título "**Enfrentamento do HIV/AIDS em idosos: Perspectiva de agentes comunitários de saúde e de médicos da saúde da família, Campo Grande, MS**" e orientação de Mauricio Antonio Pompilio. O presidente da Banca Examinadora declarou abertos os trabalhos e agradeceu a presença de todos os Membros. A seguir, concedeu a palavra à aluna que expôs sua Dissertação. Terminada a exposição, os senhores membros da Banca Examinadora iniciaram as arguições. Terminadas as arguições, o presidente da Banca Examinadora fez suas considerações. A seguir, a Banca Examinadora reuniu-se para avaliação, e após, emitiu Parecer expresso conforme segue:

EXAMINADOR

Dr. Mauricio Antonio Pompilio

Dra. Sonia Maria Oliveira de Andrade

Dra. Vanessa Terezinha Gubert de Matos

Dra. Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira (Suplente)

ASSINATURA

[Assinatura de Mauricio Antonio Pompilio]
[Assinatura de Sonia Maria Oliveira de Andrade]
[Assinatura de Vanessa Terezinha Gubert de Matos]
[Assinatura de Sandra Maria do Valle Leone de Oliveira]

AValiação

Aprovada.
Aprovada
Aprovada
Aprovada

RESULTADO FINAL:

☒ Aprovação

☐ Aprovação com revisão

☐ Reprovação

OBSERVAÇÕES:

Nada mais havendo a ser tratado, o Presidente declarou a sessão encerrada e agradeceu a todos pela presença.

Assinaturas:

[Assinatura de Mauricio Antonio Pompilio]
Presidente da Banca Examinadora

[Assinatura de Valdirene Silva Pires Macena]
Aluna

Quero dedicar este trabalho ao meu amado filho Marcus Vinícius Macena que é meu motivo de orgulho, minha razão de viver e lutar. Entre saudades e lembranças, (*In Memoriam*) dedico: ao meu pai Vilmar Pires Benedito, pela vida e ao *Habib* Giovanni Sergio Dolabani Leite, exemplo de fé, caridade, amor, otimismo e superações.

AGRADECIMENTOS

A Deus, a Maria mãe de Jesus, que sempre passa na frente nos momentos difíceis e ao amado Mestre Jesus, por me guiar em todas as fases da minha vida.

À toda a minha família biológica e adotiva, a minha irmã Virleene Silva Pires, meus sobrinhos e sobrinhas e parentes, pelas orações e torcida e a Marcos Antonio Macena, pelo apoio para eu chegar à reta final no Mestrado.

Aos gerentes das unidades, aos médicos da Estratégia de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde voluntários em participar da pesquisa e ex-alunos ACS, pela recepção, acolhimento, apoio e subsídios para eu realizar este trabalho nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande.

À Professora Mara Lisiane Santos, que coordenou este Programa de Mestrado, pela oportunidade de capacitar-me.

Ao meu querido orientador Dr. Mauricio Antonio Pompilio, pela amizade, dedicação, aprendizagem, inúmeras orientações para conclusão deste trabalho e apoio na minha vida acadêmica. Minha admiração e gratidão.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, pelas contribuições no meu processo de aprendizagem durante as etapas do Mestrado.

Às professoras Vera Kodjaoglanian, Enf^a. Sandra Leone, Dr^a. Sonia Andrade e Marina Freitas, pelas valiosas contribuições nas bancas de qualificação e ao Professor Dr. Rui Arantes, pela ajuda na elaboração do questionário dos médicos e ACS.

Ao Prof. Dr. Alcindo Antonio Ferla, Prof. Hamilton Wagner, Edmilson Calixto, a Tila Carolina Goes, a Maria Leonete Simioli, a Sônia Terezinha Pavione, a Silvana Ferraz, a Dr^a. Brígida Lilian Marta e Dr^a. Maria Luiza Cazola, a Cidinha Andrade e a Flávia Laís Alarcon, pela força espiritual, palavras de conforto, carinho e amizade.

À Enf^a. Eliana Dalla Nora e Marly Terezinha Vavas e aos meus queridos amigos do Centro de Hematologia e Hemoterapia Jose Scaff, pelo apoio para eu concluir o Mestrado.

À família Pompilio: Socorro, Rebeca e Murilo, pela amizade e contribuições para o término da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

À vó Ivone Delgado Dolabani, Suzana Nazareth Dolabani Leite, Prof^a. Dr^a. Maria Elizabeth Dorval, Valdecir Laura, Valéria Ortiz, Jhonatan Costa, Dr. Carlos Elostá, Paulo Moura, Mildred Hamer Izé, Carmem Aguires, Nelcile Dias, Rita Xavier, Gilza Alves, Sônia Paludo, Roberto Albuquerque Bertoloni, Ianny Marques Neves, Enf. Emerson Gauna, Enf. Helton Vilhalba, Enf. Everton Lemos e João Barbosa, pelo carinho, apoio, força e torcida.

A todos os meus amigos do Mestrado: Milene Dantas, Flávia Zanetti, Socorro Pompilio, Paula Hadadd, Valéria Feracini, Elizeu Ferreira, Bêbi Soares, Ana Cláudia Geronimo, Ana Cristina Lima, Deuzimar Calado, Chaiane Dalazen, Geisa Alessandra, Cleuzieli dos Santos, Zuleica Tiago, Simone Crispin, e Joliani Rotilli pelos risos, troca de experiência, socialização e contribuições nas atividades do curso.

“Apenas quando somos instruídos pela realidade é que podemos mudá-la”.
(Bertolt Brecht)

RESUMO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) causa a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids). A Aids é uma pandemia de difícil controle. E, nos últimos anos, vem crescendo entre os idosos. Estima-se que até 2025, o Brasil será o sexto país no mundo em população idosa. Alguns fatores e condições de vida dos idosos como: aumento das relações sexuais ligada ao preconceito do uso de preservativos, os mitos, os tabus e a falta de divulgação sobre a doença, são determinantes para a incidência da Aids na terceira idade. A pesquisa foi realizada nas UBSF de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, no período de julho a outubro de 2015. A população de estudo foram Agentes comunitários de saúde (ACS) e médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A coleta de dados dos ACS foi feita por amostra estratificada proporcional com fração de amostra de $n/N = 0,2035$, totalizando 140 ACS. Todos os médicos vinculados a ESF dos ACS sorteados foram convidados a participar da pesquisa ($n=48$). Foi aplicado um questionário para os ACS contendo questões norteadoras fechadas, para identificar as estratégias e ações dos ACS do enfrentamento do HIV/Aids na terceira idade. Aos médicos foram aplicados questionários com questões sobre a vulnerabilidade dos idosos as DST/HIV. Aproximadamente 55,7% dos ACS participaram de alguma capacitação/treinamento, entretanto, quase todos (95,0%) referiram a necessidade de capacitar-se para melhor atuação neste tema. Foi relatado por 70,0% dos ACS realização de campanhas educativas de prevenção de DST/Aids para a comunidade em geral, mas, destacando-se as gestantes e adolescentes. Observou-se que 100% das UBSF tem distribuição regular de preservativos, entretanto, as ações que contemplam idosos para prevenir DST/Aids são mais limitadas (39,3%). A maioria dos ACS (96,4%) percebem a vulnerabilidade do idoso ao risco de infecção pelo HIV, no entanto, 70,0% relataram ter dificuldade em dialogar com os idosos sobre este assunto e, apenas 13,6% dos ACS orientam frequentemente esta população sobre o uso de preservativos. A maioria dos médicos (83,3%) atendem idosos para orientação de disfunção erétil nas UBSF. Destes, 47,9% já prescreveram medicamentos para controle deste problema de saúde. Apenas 6,2% dos médicos não orientam os idosos para o uso de preservativos. Cerca de 72,9% dos médicos já diagnosticaram casos de DST nesta faixa etária e 87,5% deles oferecem o teste do HIV para estes pacientes. Apesar dos ACS identificarem a vulnerabilidade para o HIV em idosos precisam de mais capacitação na abordagem da sexualidade e prevenção do HIV nesta população. Os médicos da Estratégia de Saúde da Família compreendem que tanto a disfunção erétil quanto as DST/Aids são problemas concretos de saúde entre os idosos, porém é necessário ampliar as estratégias/ações educativas destes profissionais em suas práticas. Espera-se que o resultado da pesquisa possa contribuir para que as estratégias e ações dos ACS sejam reformuladas a fim de prestar ação preventiva aos idosos, orientando e incentivando a população idosa a se proteger melhor do HIV/Aids.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde. Vigilância epidemiológica. HIV/Aids. Saúde do idoso.

ABSTRACT

The Human Immunodeficiency Virus (HIV) causes Acquired Immunodeficiency Syndrome (Aids). Aids is an difficult to control epidemic, and in recent years has been growing among the elderly. It is estimated that by 2025, Brazil will be the sixth country in the world with the biggest elderly population in the world. Some factors and living conditions of the elderly like: increased sexual relationship rate linked to the prejudice of the use of condoms, myths, taboos and the lack of disclosure about the disease, are crucial to the incidence of Aids in the elderly. A descriptive study conducted in the south, north, east and west sanitary districts of Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil, from July to October 2015. The studied population were community health agents (ACS) and doctors of the Family Health Strategy (FHS). Collected data of the ACSs was done by proportionally stratified samples with a sample fraction of $n/N = 0.2035$, totaling 140 ACSs. All doctors linked of the raffled ACS's ESF were invited to participate in the study ($n = 48$). A questionnaire was applied to the ACSs with closed questions to identify the ACS's strategies and actions against of HIV/Aids in the elderly. Doctors received questionnaires with questions about the elderly's vulnerability to the STD/HIV. Approximately 55.7% of the ACSs participated in some training, however, almost all (95.0%) reported the need to train more to achieve better performance in this area. It was observed that 70.0% of the ACSs reported having educational campaigns against STD/Aids for the community in general, but highlighting the specific population of pregnant women and adolescents. It denoted that 100% of health centers have a regular distribution of condoms, however, the actions that include the elderly to prevent STD/Aids are more limited (39.3%). Most ACSs (96.4%) reported the elderly's vulnerability to the risk of HIV infection, but 70.0% reported difficulties in dialoguing with the elderly on this subject, and only 13.6% of ACSs often guide this population about condom use. Most doctors (83.3%) that meet the elderly men for orientation erectile dysfunction in health centers. From these 83.3%, 47.9% already had prescribed drugs to control this health problem. Only 6.2% of doctors refuse to guide the elderly to use condoms. About 72.9% of the doctors already have diagnosed STD cases in this age group and 87.5% of these doctors offered HIV tests for these patients. Although the ACSs have identified elderly's vulnerability to HIV, they need more training on approaching the sexuality and the prevention of STD/Aids during home visits. Among the doctors, it was observed an understanding on this health problem among the elderly, but it is necessary to expand the strategies and the educational activities in their practices. Therefore, it is expected that the result of the research will contribute to the strategies and actions of ACSs should be recast in order to provide preventive action for the elderly people, guiding and encouraging the elderly to protect themselves better against HIV/Aids.

Keywords: Community health workers. Epidemiological surveillance. HIV/Aids. Elderly health

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Estimativa do número de idosos no Brasil de acordo com o sexo, até o ano de 2020	20
Tabela 2	- Distribuição dos agentes comunitários de saúde, médicos, equipes de saúde da família e unidades básicas de saúde da família de acordo com os distritos sanitários, Campo Grande, MS – 2015	39
Tabela 3	- Distribuição do cálculo amostral dos agentes comunitários de saúde (n/N=0,2035) nos 4 distritos sanitários, Campo Grande – 2015	40
Tabela 4	- Distribuição dos agentes comunitários de saúde e médicos segundo o cálculo amostral nos 4 distritos sanitários, Campo Grande, MS – 2015	40
Tabela 5	- Capacitações em DST/Aids e percepção da necessidade de ACS, Campo Grande, MS (n=140)	42
Tabela 6	- Campanhas educativas e ações de prevenção das DST/Aids e fornecimento de preservativos nas unidades de saúde, Campo Grande, MS (n=140)	44
Tabela 7	- Vulnerabilidade do idoso a infecção pelo HIV e dificuldade de abordar a sexualidade, Campo Grande, MS (n=140)	45
Tabela 8	- Diagnóstico de DST em idosos, oferta de testagem e medicamentos para disfunção erétil, Campo Grande, MS (n=48)	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	-	Atenção Básica.
ACS	-	Agente comunitário de saúde.
Aids	-	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> . Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
APS	-	Atenção Primária à Saúde.
ARV	-	Antirretrovirais.
CIB	-	Comissões Intergestoras Bipartites.
CIES	-	Comissão de Integração Ensino-Serviço.
CD4+	-	Linfócitos T-CD4+.
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
CRF	-	<i>Circulating Recombinant Form</i> . Formas recombinantes circulantes.
DE	-	Disfunção Erétil
DNA	-	Ácido Desoxirribonucleico.
DST	-	Doença(s) Sexualmente Transmissível(is).
EIA	-	Ensaio imunoenzimático.
ELISA	-	<i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i> . Ensaio de anticorpos ligados à enzima.
EPS	-	Educação Permanente em Saúde.
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família.
HIV	-	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> . Vírus da Imunodeficiência Humana.
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IFI	-	Imunofluorescência Indireta.
IO	-	Infecções Oportunistas.
MFC	-	Médico de Família e Comunidade
NAT	-	Tecnologia de Amplificação de Ácidos Nucleicos.
OMS	-	Organização Mundial de Saúde.
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PCR	-	<i>Polymerase Chain Reaction</i> . Reação em cadeia da polimerase.
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica.
PSF	-	Programa Saúde da Família.

RNA	-	Ácido Ribonucleico.
SESAU	-	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (MS).
SICLOM	-	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos.
SIM	-	Sistema de Informação de Mortalidade.
SINAN	-	Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
SISCEL	-	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais.
TARV	-	Terapia Antirretroviral.
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
TR	-	Teste Rápido.
UBSF	-	Unidade Básica de Saúde da Família.
UNAIDS	-	<i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i> . Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.
WB	-	<i>Western Blot</i> .

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 HIV/Aids	13
2.1.1 Etiologia do HIV.....	13
2.1.2 A identificação do HIV e o diagnóstico da Aids	15
2.1.3 A epidemiologia do HIV/Aids no Mundo, no Brasil e em Mato Grosso do Sul	16
2.1.4 Idosos e a vulnerabilidade pelo HIV/Aids	20
2.2 A Estratégia Saúde da Família	24
2.2.1 As políticas públicas para a saúde do idoso	27
2.2.2 O agente comunitário de saúde e suas atribuições na comunidade	28
2.2.3 O médico da estratégia de saúde da família e suas atribuições na comunidade.....	31
2.3 A educação em saúde	32
3 OBJETIVO GERAL	37
4 MATERIAL E MÉTODOS	38
4.1 Tipo de pesquisa	38
4.2 Local da pesquisa	38
4.3 Participantes da pesquisa	39
4.4 Processo de obtenção dos dados	41
4.5 Análises dos dados	41
4.6 Aspectos éticos da pesquisa	41
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1 Agentes comunitários de saúde e as ações de enfrentamento da epidemia da Aids na terceira idade	42
5. 1. 1 Capacitação dos agentes comunitários de saúde	42
5.1.2 Unidades básicas de saúde da família e o contexto das DST/Aids	43
5.1.3 Agentes comunitários de saúde e idosos	45
5. 2 Os médicos da estratégia de saúde da família e a atenção à saúde de idosos	47
6 CONCLUSÕES	51
REFERÊNCIAS	52
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	60
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIOS DOS ACS	63
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIOS PARA OS MÉDICOS	64
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO DE LIVRE E ESCLARECIDO ..	65

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e particular para cada indivíduo. Nesta fase ocorrem mudanças biológicas, psicológicas, físicas e sociais na vida das pessoas. Em condições normais vão surgindo na terceira idade a diminuição gradativa da funcionalidade e algumas condições patológicas crônicas, múltiplas e inúmeros acidentes podem gerar gastos desnecessários aos cofres públicos.

Observa-se que nos últimos anos, a qualidade de vida da população brasileira melhorou e a expectativa de vida aumentou devido ao acesso aos serviços de saúde, ao avanço da medicina e dos medicamentos e as oportunidades de lazer. Mesmo assim, ainda há situações que afetam negativamente a saúde do idoso sendo uma delas o risco infectar-se com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) durante a relação sexual.

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) afeta inúmeras pessoas de diversas classes sociais, gênero, estado civil, orientação sexual, etnias, escolaridade e faixa etária. A doença é uma pandemia de difícil controle no mundo, uma vez que a pessoa infectada pelo HIV fica imunodeprimida e vulnerável a outras infecções oportunistas.

Nas últimas décadas, o número de idosos infectados com o HIV e com desenvolvimento de Aids vêm aumentando. A inexistência de estratégias em saúde para orientar a população idosa sobre a prevenção do HIV, ao aumento de medicamentos contra impotência sexual, ao preconceito do uso de preservativos, aos tabus e a atividade sexual nessa faixa etária.

Identificar a vulnerabilidade ao risco da infecção pelo HIV/Aids na terceira idade é essencial para realizar a Vigilância Epidemiológica e minimizar a propagação desta doença nas comunidades.

Na busca de fortalecer o Programa DST/Aids às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande capital de Mato Grosso do Sul, foi conduzido um estudo com a participação dos profissionais de saúde (médicos e ACS) para identificar a vulnerabilidade destes idosos ao HIV.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HIV/Aids

A Aids é uma doença infecciosa causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Na década de 80, a descoberta desta doença teve grande repercussão na saúde pública e na ciência médica porque interferia nas relações sociais, na vida profissional, na vida afetiva, na sexualidade, na vida reprodutiva impedindo, muitas vezes, a realização de projetos de vida para o futuro (SOUZA, 2008).

O homem infecta-se com o HIV através de relação sexual desprotegida, uso de drogas por seringas compartilhadas, acidentes ocupacionais com instrumentos perfurocortantes contaminados, por meio da transfusão de sangue e hemoderivados contaminados, durante a gravidez, no parto e na amamentação. Além disso, alguns processos infecciosos e inflamatórios provocados por Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) ulcerativas como o herpes genital, a sífilis e o cancro mole e as não ulcerativas como a candidíase, a gonorreia e a tricomoniase também podem facilitar a transmissão do vírus no organismo (BRASIL, 2013a).

Quando a pessoa se infecta com o HIV há intensa e contínua replicação viral em seu organismo, o que leva à grave disfunção do sistema imunológico causado pela destruição maciça dos linfócitos T CD4⁺ e dos macrófagos, diminuindo assim sua capacidade imunitária. À medida que a infecção se agrava, a carga viral se eleva e a contagem de linfócitos T CD4⁺ diminui de forma significativa, podendo, no estágio mais avançado ficar mais susceptível as doenças oportunistas manifestadas em diversos sistemas do organismo. Estas incluem alterações neurológicas como: as neuropatias periféricas, a mielopatia vacuolar e um quadro de atrofia cerebral e demência progressiva devido a ação do vírus e do próprio sistema imune no tecido nervoso central e periférico (BRASIL, 2013a).

2.1.1 Etiologia do HIV

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus da família *Lentiviridae*. O vírus é um parasita intracelular obrigatório, que depois que invade o linfócito humano T CD4⁺, seu material genético o RNA (Ácido Ribonucleico) serve de modelo para a síntese de uma cadeia de DNA (Ácido Desoxirribonucleico), com a participação da enzima transcriptase reversa. O DNA do vírus se liga ao material genético da célula hospedeira e determina a formação de mais RNA e proteínas virais, que se associam na montagem de unidades

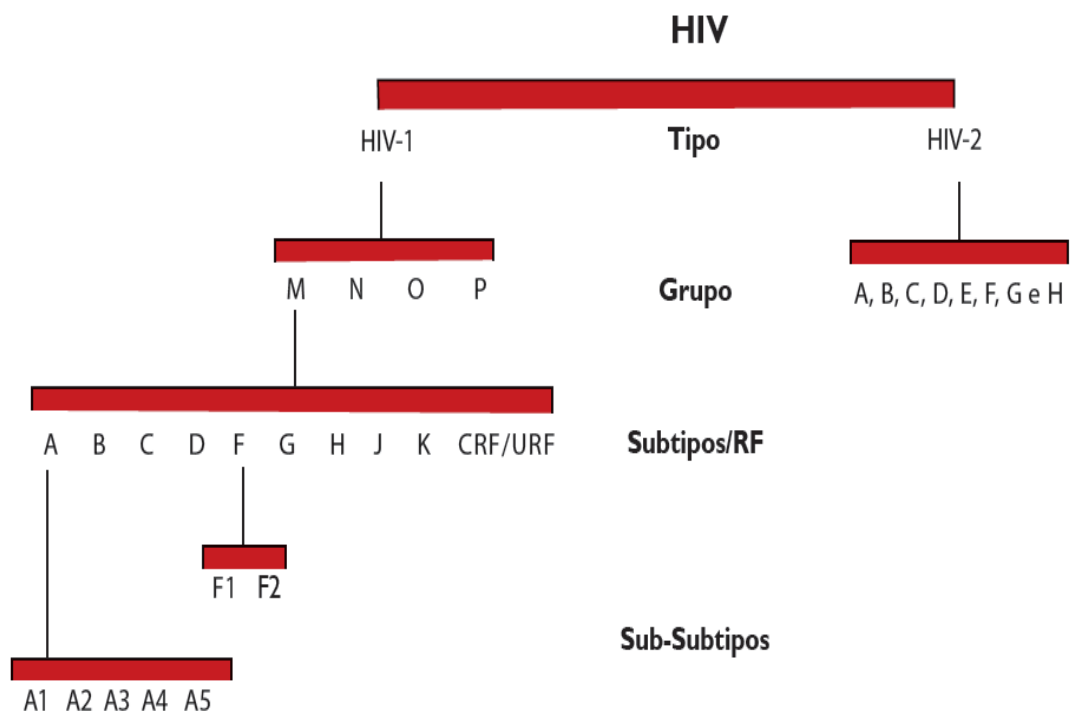
completas, pode deixar os T CD4⁺ e invadir outras células de defesa (FAVARETTO; MERCANTE, 2005).

Ao infectar-se com HIV, pode apresentar um período de incubação prolongado, que varia entre 5 a 30 dias: a partir da infecção até o aparecimento de sinais e sintomas da fase aguda, e/ou ficar em período de latência por 5 a 10 anos. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade (BRASIL, 2013a).

No Brasil e no mundo, o vírus mais conhecido é o HIV-1. No país, o HIV-2 encontra-se em parcela pequena da população infectada sendo encontrado na África Ocidental e a algumas regiões da Europa. O HIV-1 é responsável pela pandemia mundial e é considerado um dos patógenos que apresenta maior variabilidade genética (GOMES, 2002; SALEMI *et al.*, 2005; YARAK, 2010).

O HIV-1 classifica-se em três grupos principais: M (Main ou Major), N (Non-M-Non-O ou New) e O (Outlier). O grupo N é uma forma muito distinta do vírus e foi identificado em pacientes de Camarões. O grupo O consiste em cepas divergentes e foi detectado em pessoas vivendo na África Central (LOS ALAMOS NATIONAL LABORATORY, 2008; ROBERTSON *et al.*, 1999; TAKEBE; KUSAGAWA; MOTOMURA, 2004). Os grupos N e O representam juntos menos de 5% das infecções por HIV no mundo (LAL; CHAKRABARTI; YANG, 2005).

Figura 1 – Representação esquemática da classificação do HIV



Fonte: Brasil (2014, p. 23).

2.1.2 A identificação do HIV e o diagnóstico da Aids

Na atenção à saúde, sugere-se oferecer testagem de HIV (e outras DST) a todos os adultos que procuram serviço de saúde por quaisquer motivos, com aconselhamento pré e pós-testagem. O teste contribui para promover atenção integral, possibilitando avaliar riscos com a consideração das especificidades de cada usuário, além da saúde sexual, a saúde reprodutiva, avaliação de vulnerabilidades e os Direitos Humanos. No Brasil, o diagnóstico da infecção pelo HIV é regulamentado pela Portaria nº. 29, de 17 de dezembro de 2013 que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013b; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2016).

O diagnóstico laboratorial da Aids pode ser realizado por exames de triagem utilizando-se testes imunoenzimáticos (ELISA e EIA) para pesquisa de anticorpos anti-HIV. São necessários testes pareados por metodologias ou antígenos distintos para resultados definitivos, cujos exames devam ser concordantes (reagentes ou não reagentes). Quando os resultados forem discordantes deverão ser confirmados por métodos de Imunofluorescência Indireta (IFI) ou Western Blot (WB) para evitar resultados de falso positivos. Outra metodologia empregada é a Tecnologia de Amplificação de Ácidos Nucleicos (NAT) que reduz o período de eclipse (BRASIL, 2014; CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014).

Nos últimos anos, tem sido aplicados testes imunocromatográficos (testes rápidos - TR) de soro e saliva para facilitar o diagnóstico a populações de difícil acesso ou de maior vulnerabilidade a infecção pelo HIV. Para isso, deve-se seguir o fluxograma preconizado pelo Ministério da Saúde. Além da doença ser monitorada através da dosagem da carga viral por métodos moleculares, como *Polymerase Chain Reaction* (PCR) e das células T CD4⁺ por Citometria de Fluxo (BRASIL, 2014; STEPHENS *et al.*, 2014).

O diagnóstico da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) pode ou não ter expressão clínica logo após a infecção. Neste caso, é preciso que o profissional saiba: conduzir a investigação laboratorial após a suspeita de risco de infecção pelo HIV, compreender a dinâmica da variação viral e o curso temporal em indivíduos depois da exposição ao HIV e saber diferenciar o que é janela imunológica e a soroconversão, pois, compreende-se que os exames de sangue são imprescindíveis para detectar o HIV, porém, ainda não existem testes laboratoriais que apresentem 100% (cem por cento) de sensibilidade e de especificidade. Na prática diária entre os distintos testes podem ocorrer: resultados falso-negativos, falso-positivos, indeterminados ou discrepantes (BRASIL, 2013a).

O diagnóstico clínico pode ser realizado na fase aguda quando os sintomas duram em média 14 dias, podendo o quadro clínico ser autolimitado com viremia elevada, resposta imune intensa e rápida queda na contagem de linfócitos CD4⁺ de caráter transitório. Nesta fase, as manifestações clínicas variam desde quadro gripal até uma síndrome que se assemelha a mononucleose (*Mononucleose-like*) e o paciente pode apresentar sintomas de infecção viral como: febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, *rash* cutâneo maculopapular eritematoso; ulcerações muco-cutâneas (oral, esôfago e genitália), hiporexia, adinamia, cefaleia, fotofobia, hepatoesplenomegalia, perda de peso, náuseas, vômitos, Candidíase oral, neuropatia periférica, meningoencefalite asséptica e síndrome de Guillain-Barre (BRASIL, 2013a).

Na fase assintomática, os sintomas clínicos são mínimos ou inexistentes e esta fase pode durar de alguns meses a alguns anos, mas os exames sorológicos para o HIV são reagentes e a contagem de linfócitos T CD4⁺ pode estar estável ou em declínio. Alguns pacientes podem apresentar linfadenopatia generalizada persistente, “flutuante” e indolor (BRASIL, 2013a).

Para fins de vigilância dos casos de Aids são utilizados os seguintes critérios: Critério CDC Adaptado, Critério Rio de Janeiro/Caracas e Critério excepcional de óbito.

- 1) No Critério CDC adaptado: há a existência de 2 testes de triagem reagentes ou 1 confirmatório para a detecção de anticorpos anti-HIV, mais a Evidência de imunodeficiência com diagnóstico de pelo menos 1 doença indicativa de Aids (doenças de diagnósticos definitivo e/ou presuntivo) e a Contagem de linfócitos TCD4⁺ < 350 células/mm³;
- 2) No Critério Rio de Janeiro/Caracas: há 2 testes de triagem reagentes ou 1 confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV mais o somatório de pelo menos 10 pontos de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças;
- 3) No Critério excepcional óbito: há menção de Aids/SIDA (ou termos equivalentes) em algum campo da declaração de Óbito, mais a investigação epidemiológica inconclusiva ou a menção de infecção pelo HIV (ou termo equivalente) em algum campo da Declaração de Óbito, além de doença associativa a infecção pelo HIV mais a investigação epidemiológica inconclusiva. (BRASIL, 2013a, p. 81).

2.1.3 A epidemiologia do HIV/Aids no Mundo, no Brasil e em Mato Grosso do Sul

A epidemia da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Aids representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

Segundo o Relatório para o Dia Mundial de Luta contra Aids (2015), até o final de 2014 cerca de 36,9 milhões (34,3 a 41,4 milhões) de pessoas viviam com HIV no mundo. Sendo 2 milhões (1,9 a 2,2 milhões) de novas infecções. No mesmo ano, cerca de 1,2 milhões de pessoas (980.000 a 1,6 milhão) morreram de causas relacionadas à Aids e estima-se 1,7 milhão de pessoas infectadas pelo HIV na América Latina, sendo cerca de 0,4% adultos (UNAIDS, 2015a).

No Brasil, os primeiros casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) no Brasil foram registrados em 1980 em São Paulo (MARQUES, 2002). Este ano passou a ser considerado um marco em todas as análises epidemiológicas sobre o HIV no país, pois o curso da epidemia da doença foi dividido em três importantes fases:

1. Uma fase inicial que restringia o olhar apenas ao infectado, impedindo a adoção de ações mais amplas no campo da saúde, caracterizada por transmissão, principalmente em homens que fazem sexo com homens, e por um nível de escolaridade alto, perpassando um conceito de "grupo de risco";
2. Uma segunda fase que ampliava o olhar sobre a exposição ao vírus, caracterizada pelo incremento da transmissão em usuários de drogas injetáveis e por uma maior disseminação entre as pessoas que têm prática heterossexual, perpassando um conceito de "comportamento de risco";
3. Uma terceira fase que caracteriza a suscetibilidade das pessoas ao vírus, quando se acentua uma maior disseminação entre os heterossexuais, principalmente mulheres, um aumento percentual entre as pessoas de baixa escolaridade e a interiorização para municípios de médio e pequeno porte, exigindo aqui um conceito de "vulnerabilidade". (BRASIL, 1999, p. 10).

Para Souza (2008) a trajetória da Aids impõe situações complicadas, ameaçadoras e de difícil manejo, como: estigma e discriminação, mudanças no estilo de vida, medicação com esquemas complexos, dificuldades na adesão ao tratamento, efeitos colaterais, reinserção social, consequências na vida sexual e reprodutiva, entre outros.

A historicidade da epidemia do HIV e da Aids no Brasil vem sofrendo diversas modificações ao longo do tempo, dentre as quais destacam os fenômenos de heterossexualização, feminização, pauperização, juventudilização e envelhecimento. Em duas décadas, o curso da epidemia mudou e começa a se expandir em maior proporção em cidades do interior (interiorização), em pessoas em condição de pobreza ou miséria e de baixa escolaridade (pauperização), e em mulheres de todas as camadas sociais (feminilização) (SANTOS; ASSIS, 2011; SOUZA, 2008).

Desde o início da epidemia de Aids no Brasil, até junho de 2015, foram registrados no país 798.366 casos da doença. Sendo 615.022 (77,0%) notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (BRASIL, 2015a).

As desigualdades da sociedade brasileira fizeram com que a propagação da infecção pelo HIV no país revelasse uma epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo ao longo do tempo transformações significativas em seu aspecto epidemiológico (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000).

No Brasil, de 1980 até junho de 2015, foram registrados cerca de 519.183 (65,0%) casos de Aids em homens e 278.960 (35,0%) em mulheres. Ao fazer uma comparação entre o sexo e idade no país, observou-se aumento significativo da taxa de detecção entre homens com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais nos últimos dez anos (BRASIL, 2015a).

Os dados acima apontam dois grandes problemas à saúde pública: um lado está a juventudilização da Aids na fase reprodutiva de homens na faixa etária dos seus 15 a 24 anos e a outra é o envelhecimento da Aids entre uma população fragilizada na faixa etária dos seus 60 anos ou mais que exigem atenção redobrada em assistência em saúde devido às mudanças dos fatores biológicos, psicológicos e físicos do processo de envelhecimento.

No que diz respeito à interiorização da Aids, no ranking das Unidades da Federação segundo índice composto, no Brasil, de 2010 a 2014, o Estado de Mato Grosso do Sul foi considerado o 6º estado brasileiro com maior índice da doença. Vale ressaltar que, dos 100 municípios com mais de 100 mil habitantes, as cidades de maior índice da Aids no Estado sul-mato-grossense são: Dourados em 44º lugar com 5.530 casos, Campo Grande em 51º lugar com 5.442 casos, Três Lagoas em 99º lugar com 5.144 casos e Corumbá em 100º lugar com 5.132 casos (BRASIL, 20015a).

Em Campo Grande capital do Estado de Mato Grosso do Sul, desde 2011 a junho de 2015 observou-se que 5% dos casos notificados ocorreram em idosos. Entre adultos, a categoria de exposição foi predominantemente heterossexual, sendo 66,4% para homens e 94,3% para mulheres (CAMPO GRANDE, 2015).

A feminização da Aids retrata um aumento progressivo do número de mulheres infectadas ou doentes ao longo dos anos que disseminaram o HIV no Brasil e no mundo. Dentro do Município de Campo Grande foram notificados 1.035 casos de Aids entre 2011 a junho de 2015, com uma média de 206,8 casos/ano. A taxa de incidência da doença em 2015 foi maior no Distrito Sanitário Norte (33,7/100.000 hab.), com tendência a queda comparada com o ano de 2012 (57,6/100.00 hab.). A razão entre os sexos foi de 1,9 homens para cada mulher (CAMPO GRANDE, 2015).

Nesse intervalo de 28 anos da epidemia da Aids no Mato Grosso do Sul, a incidência da Aids subiu drasticamente nas mulheres, especialmente durante os primeiros 14 anos. Nos últimos períodos houve uma relativa estabilidade na taxa de crescimento da Aids nas

mulheres. Mesmo com a tendência da feminização da Aids no estado, a incidência da doença nos homens ainda é alta na região principalmente em homossexuais, bissexuais, heterossexuais que usam drogas e heterossexuais com parceiros sexuais infectados pelo HIV (PINTO *et al.*, 2015).

Outro fator que colabora para transformar a epidemia do HIV é a terapia antirretroviral (TARV) que desde 1996 tem modificado a história natural dessa infecção no Brasil. A TARV, aumentam a sobrevida dos pacientes, reduz as doenças secundárias e melhora a qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2013a).

Em 2003, Zornitta (2008) observou que tanto nos ambulatorios quanto nas enfermarias de Aids, ocorreu um aumento significativo de pacientes em idades mais avançadas, os quais conseguiram não só sobreviver, mas também manter uma qualidade de vida satisfatória e envelhecer com Aids graças aos antirretrovirais (ARV).

Segundo as estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids - UNAIDS (2011), um total de 2,5 milhões de óbitos foram evitados em países de renda baixa e média desde 1995 devido à intensificação da terapia antirretroviral. Estima-se que 700 mil óbitos relacionados à Aids tenham sido evitados apenas no ano de 2010.

Quase a metade das pessoas (15,8 milhões) infectadas estão recebendo terapia antirretroviral (TARV), um aumento de 23% em relação a 2010. Os óbitos entre pessoas com tuberculose e HIV diminuíram em 32% desde 2004. Em 2014, 77% das pessoas com tuberculose que identificaram HIV iniciaram ou continuaram a TARV (UNAIDS, 2015a).

Modelos inovadores de prestação de serviços estão alcançando resultados de tratamento do HIV que se aproximam ou, até mesmo, ultrapassam a meta 90-90-90. Esta meta consiste em ter 90% das pessoas com HIV diagnosticadas; deste grupo, 90% seguindo o tratamento; e, dentre as pessoas tratadas, 90% com carga viral indetectável (BRASIL, 2015c). A meta mundial prevê novas infecções limitadas a 500 mil ao ano e zero discriminação proposta pelo UNAIDS em diversos países para a Aceleração da Resposta pelo fim da epidemia de Aids (UNAIDS, 2015b).

Os principais pesquisadores do tema destacam testes clínicos realizados em países muito afetados pela epidemia na África subsaariana, incluindo Botsuana, Quênia, Malawi, África do Sul, Suazilândia, Uganda e Zâmbia (UNAIDS, 2015b). O Brasil tem até 2020 para atingir a meta 90-90-90 estabelecida pelo país, perante a ONU, e que foi assumida também recentemente pelo bloco dos BRICS (formado por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) e por outros países (BRASIL, 2015c).

2.1.4 Idosos e a vulnerabilidade para HIV/Aids

O mundo está envelhecendo e essa realidade faz parte da maioria das sociedades. As pessoas com mais de 60 anos correspondem a 12,6% da população brasileira, ou 24,85 milhões de pessoas. A expectativa de vida aumentou para 74 anos, sendo 77,7 anos para a mulher e 70,6 para o homem (BRASIL, 2015b).

Tabela 1 – Estimativa do número de idosos no Brasil de acordo com o sexo, até o ano de 2020

	2000		2010		2020	
	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina	Masculina	Feminina
Proporção de população idosa (60 e mais)	7,8%	9,3%	8,4%	10,5%	11,1%	14,0%
Grupos de idades						
60-64	46,8%	53,2%	46,4%	53,6%	45,6%	54,4%
65-69	45,8%	54,2%	45,2%	54,8%	44,5%	55,5%
70-74	44,8%	55,2%	43,2%	56,8%	42,8%	57,2%
75-79	43,9%	56,1%	40,2%	59,8%	39,9%	60,1%
80 ou mais	39,9%	60,1%	34,7%	65,3%	33,8%	66,2%
População idosa	6.533.784	8.002.245	7.952.773	10.271.470	11.328.144	15.005.250

Fonte: Brasil (2015b, p. 13).

No Estado de Mato Grosso do Sul, a população acima de 60 anos vem crescendo rapidamente, superando a taxa de crescimento geral da população. Em 1991, havia 104.852 idosos que representavam cerca de 5,9% do total de habitantes, e, em 2010 este número aumentou para 239.270, ou seja, 9,8% do contingente populacional do Estado. A taxa de crescimento dessa parcela da população naquele período supera em muito o crescimento do total da população. Enquanto esta cresceu a uma taxa média de 1,69% ao ano, a população idosa cresceu a uma taxa média de 4,44% ao ano. Esta tendência mostra que a população sul-mato-grossense está envelhecendo (MATO GROSSO DO SUL, 2015b).

A crescente expansão do número de pessoas idosas no Brasil é devido ao efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade onde tem produzido transformações no padrão etário da população desde os anos de 1980. O formato típico triangular da pirâmide populacional, com uma base alargada, está abrindo lugar a uma pirâmide populacional com base mais estreita e vértice mais largo característico de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento. O crescimento de pessoas idosas é

resultante da conquista social, da melhoria das condições de vida, da ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, do aumento da escolaridade e da renda, da ampliação da cobertura de saneamento básico e do avanço da tecnologia médica (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015b).

Outro fenômeno demográfico observado entre os idosos é a concentração de mulheres nesse grupo etário. A razão de sexos para a população com mais de 60 anos de idade é de cerca de 0,8: indicando que existem 80 homens para cada 100 mulheres, resultado dos diferenciais de mortalidade entre os sexos, cujas taxas para a população masculina são sempre maiores do que aquelas observadas entre as mulheres (BORGES; CAMPOS; SILVA, 2015).

O envelhecimento humano é chamado de senescência (do latim *senescere*, que significa envelhecer). O processo de envelhecimento é influenciado por diversos fatores como: gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individual e coletiva da sociedade, entre outros. Esta fase se caracteriza por declínio gradual no funcionamento de todos os sistemas do corpo (cardiovascular, respiratório, geniturinário, endócrino, imunológico, etc). A crença de que a velhice está associada com a profunda debilitação intelectual e física, entretanto, é um mito, porque a maioria das pessoas idosas retém sua capacidade cognitiva e física (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Há três grupos de pessoas mais velhas: os idosos jovens, os idosos velhos e os idosos mais velhos. O termo idosos jovens refere-se às pessoas de 65 a 74 anos que costumam estar ativas, cheias de vida e vigorosas. Os idosos velhos (pessoas de 75 a 84 anos) e os idosos mais velhos (pessoas de 85 anos ou mais) são aqueles que têm maior tendência à fraqueza, a enfermidade e que podem ter dificuldade para desempenhar algumas atividades da vida diária (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006 *apud* SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Devido a nova realidade de ter mais pessoas idosas, a sociedade está se adaptando e procurando incluir os idosos na rede social como pessoas produtivas e saudáveis. Hoje, observam-se famílias constituídas por até quatro gerações, sendo que a segunda geração, é formada por pessoas de 60 a 70 anos que muitas das vezes é responsável pelo sustento dos pais de 80 a 90 anos, ajudam os filhos de mais ou menos 40 anos a pagar a escola dos netos de 10 anos ou a universidade dos netos de 20 anos (ABUD; ZIMMERMANN, 2012).

Ser idoso não significa estar velho. O uso de inúmeros termos e expressões para se referir às pessoas mais velhas e à velhice revelam a existência de preconceitos sociais por parte da sociedade e do próprio indivíduo que envelhece. Ao questionar sobre a sua sexualidade na terceira idade, muitos jovens na sociedade consideram esta fase da vida como sendo um período de assexualidade e até de androginia, ou seja, um período em que o idoso

teria que assumir apenas o papel de avó ou avô, cuidando de seus netos, fazendo tricô e vendo televisão (RISMAN, 2005; SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Os idosos adoram fazer caminhada, jogar baralhos, dançar forró, fazer atividades recreativas como dança da cadeira, dança do chapéu, jogos com bola, jogos de montar e de matemática, realizar atividades em grupo ou duplas, gostam também de rezar, contar histórias ou fatos acontecidos no seu dia a dia. Por lei, o idoso tem o direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à saúde, à convivência familiar e comunitária, ao lazer, ao esporte, aos espetáculos e a educação (BRASIL, 2010; SILVA; SANTOS; PAULO, 2015).

Ao adquirem seus direitos, conquistarem seu espaço e interagirem na sociedade, nota-se que os idosos estão cada vez mais contraindo DST, e uma delas é a Aids que antes era uma doença de risco às faixas etárias mais jovens e que agora está crescente em pessoas com 60 anos. A infecção do HIV nesta população cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo como desafio para o Brasil no sentido do estabelecimento de políticas públicas e estratégias que garantam o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (KEIBER; QUEIROZ; MOTA, 2013; SANTOS; ASSIS, 2011).

Após os mais de 20 anos do surgimento dos antirretrovirais, também emerge, uma “nova geração” de idosos com Aids que expõe sua sexualidade, até então, ignorada e negada, o que os torna vulneráveis as DST e ao HIV. Desta forma, mantendo-se sexualmente ativos por mais tempo, tornam-se mais expostos ao vírus (ZORNITTA, 2008; SILVA *et al.*, 2011).

De acordo com o Ministério de Saúde, na década de 80, o número de casos de Aids, em pessoas idosas eram apenas 240 em homens e 47 em mulheres. E, na década de 90, notificou-se um total de 2.681 homens e 945 mulheres. O total de casos notificados em idosos do primeiro caso até junho de 2005 foi de 4.446 homens e 2.489 mulheres (BRASIL, 2007). De 1990 a 2014 foram notificados 16.366 casos de Aids em homens e 9.418 casos em mulheres na faixa etária de 60 anos a mais (BRASIL, 2015a).

O grupo populacional com 60 anos ou mais representa 8,6% da população em geral correspondendo cerca de 15 milhões de pessoas. Os idosos correspondem a 3,1 % de todos os casos notificados de Aids no Brasil, enquanto que no município de Campo Grande esta taxa foi de 5%. Observou-se aumento de 40,4% de casos de Aids em mulheres com 60 anos ou mais entre 2004 a 2013 no Brasil (CAMPO GRANDE, 2014).

A incidência da Aids na população mais envelhecida é uma tendência mundial que demonstra importância de estudos latino-americanos para avaliar essa epidemia nesta faixa etária (BATISTA *et al.*, 2011) porque uma das formas predominante da infecção pelo HIV entre as pessoas idosas ocorre por relação sexual. O aumento da libido e vida sexual ativa

entre homens e mulheres idosos estão correlacionadas com o uso de novas drogas para a disfunção erétil, medicamentos que reduz os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, as próteses, a correção e o alongamento peniano, as cirurgias plásticas estéticas, os exames preventivos de câncer de próstata, a prática de exercícios físicos, o aumento da vida social e o turismo sexual (BRASIL, 2007).

A invisibilidade do sexo na velhice, a desmitificação em curso da sexualidade na terceira idade, a participação de idosos em grupos de convivência, a pequena adesão de homens idosos aos preservativos masculinos, o retardamento de políticas de prevenção direcionadas a este grupo etário, a diminuição da função imune com a progressão da idade, a maior vulnerabilidade a outras DST e as mudanças vaginais pós-menopausa têm deixado os idosos vulneráveis ao HIV (GOMES; SILVA, 2008; SANTOS; ASSIS, 2011; SOUSA, 2008).

Além disso, a falta de abordagem sobre o sexo na terceira idade, o desconhecimento, o preconceito quanto à sexualidade das pessoas idosas, a existência de propagandas de prevenção da Aids voltadas apenas aos jovens e o preconceito da mídia de não mostrar casais de 75 anos preparando-se para ter uma relação sexual em nenhuma novela, colaboram para que alguns idosos se sintam envergonhados para discutir sua vida sexual (GLINA, 2004).

O preconceito da sociedade sobre a velhice faz com que estas pessoas camuflam seus desejos e sintam constrangimento em expor a sua sexualidade e vida sexual aos profissionais de saúde. Essa situação contribui para não adotarem medidas simples de prevenção como o uso de preservativos masculinos e femininos para se protegerem das DST/Aids colaborando para que os altos índices de infecção por HIV em idosos seja devido à ausência de conhecimento e o não uso do preservativo (MOREIRA *et al.*, 2015).

Nossa sociedade hoje, ainda aparenta acreditar que a sexualidade é exclusiva dos mais novos, tanto na mente quanto no corpo. Longe desses pensamentos idealistas, profissionais trabalhando em casas ou instituições médicas sabem que a sexualidade é uma realidade que dura por toda a nossa vida, mesmo que muito pouco desses estabelecimentos estejam prontos para organizar condições de vida compatíveis com o desenvolvimento das relações sexuais (DARNAUD *et al.*, 2013).

A baixa adesão ao uso de preservativos masculino e feminino é outro motivo de preocupação à saúde pública, pois muitos homens nessa idade têm um grau de disfunção erétil que dificulta a colocação do preservativo e muitas mulheres têm perda da sensibilidade e do prazer durante as relações sexuais, seus parceiros têm resistência, elas reclamam que é difícil de colocar o preservativo e quando há a distribuição dos preservativos femininos nos serviços de saúde, elas encontram vários obstáculos como a limitação da distribuição do preservativo

para um público específico de mulheres e o despreparo dos profissionais de saúde acerca do conhecimento ineficiente sobre o método (GLINA, 2004; PAIVA, 2014).

Percebeu-se que há inúmeros fatores que cooperam para que a população idosa torne-se mais suscetível e vulnerável ao HIV e a infecção pode estar correlacionada com: a falta de campanhas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) aos idosos, a falta de adesão e o preconceito quanto ao uso de preservativos em ambos os sexos, o constrangimento dos idosos em expor sua vida sexual e sexualidade para sanar dúvidas, a falta de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV/Aids.

O diagnóstico oportuno é uma ferramenta essencial para o enfrentamento do HIV/Aids entre os idosos no mundo contemporâneo. Para que isso ocorra, faz-se necessário que os profissionais de saúde estejam aptos para atender e entender a pessoa idosa de forma singular, terem uma visão ampla que permita favorecer suporte terapêutico eficaz de maneira interdisciplinar e intersetorial e desenvolverem ações que colaboram para a adesão do tratamento, adoção de hábitos de vida saudáveis, controle e prevenção dessa pandemia (SANTANA *et al.*, 2015).

2.2 A Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil foi implantado em 1994, quando houve formação de suas primeiras equipes. A partir daí, o programa foi estruturado em Unidade de Saúde da Família (USF) passando a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para organizar a atenção básica e servir de porta de entrada a todos os usuários do sistema público de saúde. Como a Saúde da Família é uma estratégia, houve a mudança da nomenclatura, de programa para estratégia para reorientar o modelo assistencial em benefício da promoção de saúde, da prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e manutenção da saúde da comunidade (FIOCHI, 2009; GOMES, 2009).

Para Silva (2006) um dos objetivos estratégicos para a concretização do modelo de atenção à saúde ao Sistema Único de Saúde (SUS) foram: a universalidade do atendimento, a equidade, a integralidade nas ações de saúde, a regionalização e hierarquização na prestação de serviços, a descentralização da gestão administrativa, a resolutividade e a participação da comunidade.

A implantação da ESF é permeada por desafios, pois ela visa mudar um modelo assistencial que está impregnado nas ações em saúde, o que requer constante aperfeiçoamento

dos profissionais para que reformulem suas práticas, apontem os limites de atuação, para que as ações em saúde sejam garantidoras do acesso, da integralidade, da equidade, e de eficiência nos serviços prestados, voltados para as necessidades da população usuária. Desafios esses que apontam para a importância e potência da estratégia em gerar mudanças reais e impactar a qualidade de vida da população (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Dessa forma, o modelo de reorganização proposto à ESF, faz com que a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) seja uma unidade pública de saúde designada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, através de uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação no nível primário de atenção.

A reorientação do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS) segue os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS). Este modelo de atenção no Brasil somente é chamado de Atenção Básica (AB), porque ela emite a ideia de um sistema universal e integrado de ação à saúde. Dessa forma, a Saúde da Família passa ser constituída como estratégia privilegiada para superar os problemas decorrentes do modelo biomédico e efetivação dos princípios do SUS. O “novo modelo assistencial e saúde”, inspirado na Atenção Primária à Saúde (APS) amplia a abordagem aos problemas de saúde e articulando ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação (FRACOLLI; CASTRO, 2012; FERTONANI *et al.*, 2015).

A AB é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde. Tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Ela é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, através do trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011).

Para afirmar estas ações na Atenção Básica, em 2006, surge a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), tornando-se uma das prioridades inseridas no Pacto pela Vida para consolidar e qualificar a ESF como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS no intuito de promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua no país. E, em 2011 a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e

normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011; FIOCHI, 2009; MENDONCA, 2009; SILVA; CARDOSO, 2008).

A ESF visa à reorganização da AB no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), 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 (BRASIL, 2011).

Para garantir a acessibilidade e atenção à saúde, as unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) devem ser instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem (BRASIL, 2012). Ela precisa ser composta por vários profissionais da saúde e conter no mínimo: um médico generalista ou da família, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. A inclusão de outros profissionais depende da necessidade local e da avaliação do município (GOMES, 2009).

Estas unidades de saúde devem ofertar uma atenção à saúde de qualidade à população de acesso, assegurar a referência e contrarreferência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997) e as equipes inseridas dentro delas devem ser consideradas como elemento chave na comunicação e articulação com o saber popular incluindo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) (FIOCHI, 2009).

As estratégias da ESF são de suma importância para fortalecer o SUS, porque dentro das suas ações ela subsidia a transformação da estrutura dos serviços de saúde, inclui o planejamento e a programação da oferta de serviços a partir do enfoque epidemiológico, compreende os múltiplos fatores de risco à saúde e possibilita a promoção da saúde (NASCIMENTO; CORREA, 2008).

Em Mato Grosso do Sul, a Secretaria Estadual de Saúde coordenou as ações de Educação em Saúde. O polo de educação permanente foi organizado em 2007 e a partir da oficina de trabalho (2008) foram deliberadas as linhas de educação permanente e descentralização dos recursos pelas Comissões Intergestoras Bipartites Regionais (CIB) com

aprovação pedagógica pela Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) (DOBASHI, 2014).

2.2.1 As políticas públicas para a saúde do idoso

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu da ampla mobilização da sociedade na Constituição de 1988 para abranger ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada. Para garantir o direito universal e integral à saúde, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90 no intuito de minimizar a desigualdade na assistência à Saúde tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão (BRASIL, 2015b).

No final da década de 90, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Este conceito pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (BRASIL, 2007).

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, considerada como definidora do início da velhice e pela primeira vez na história das políticas públicas no Brasil, a Saúde do Idoso surge como uma das prioridades no Pacto pela Vida, se preocupando com a saúde da população idosa brasileira (BRASIL, 2010).

Na Atenção Básica/Saúde da Família, a Atenção à Saúde da pessoa idosa ocorre por demanda espontânea ou busca ativa através de visitas domiciliares que consistem em um processo diagnóstico multidimensional. O diagnóstico é influenciado por diversos fatores: o ambiente onde o idoso vive, a relação profissional de saúde/pessoa idosa e profissional de saúde/familiares, a história clínica dos aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais e o exame físico (BRASIL, 2007).

Compreende-se que o envelhecimento populacional interfere na economia do país e modifica as relações políticas e sociais. Para que seja viável o suporte à economia do país, a promoção do envelhecimento ativo e saudável deverá desenvolver ações voltadas à população idosa e a sociedade, buscando a necessidade de mudança de estilo de vida, qualificando a saúde e melhorando os indicadores (BRASIL, 2015b; CAMPO GRANDE, 2013).

As políticas públicas promoverão modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a

prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso aos alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros. Estas medidas contribuirão para um envelhecimento com qualidade de vida e saúde, e, o investimento na família se intensifica por ser um espaço complexo para aumentar o alcance e controle do Estado sobre ela, desdobrando aumento de sua capacidade produtiva das pessoas para que estes não sejam indivíduos e/ou família doentes, incapazes, inúteis, mas sim, saudáveis, felizes e úteis (BRASIL, 2007; FIOCHI, 2009).

2.2.2 O agente comunitário de saúde e suas atribuições na comunidade

Em 1991, foi criado no Brasil o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nessa época, estes profissionais de saúde eram responsáveis apenas por visitar as casas, avaliar as questões de saúde relacionadas à higiene, às vacinas, à limpeza de quintais e também fazer encaminhamentos (FIOCHI, 2009).

Anos depois, a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde foi prevista como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica (AB), com vistas à implantação gradual da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou como forma de agregar os ACS a outras maneiras de organização da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Na ESF, os ACS são responsáveis por funções específicas como: realizar o mapeamento de sua área de atuação, cadastrar e acompanhar as famílias de seu território, identificar situações de risco, desenvolver ações básicas de saúde de prevenção e promoção, promover a educação à saúde e a mobilização comunitária mediante ações de saneamento e melhoria do meio ambiente, orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde (HILDEBRAND; SHIMIZU, 2008).

Em seu papel existencial na comunidade, cada ACS é responsável por cerca de 150 famílias ou 750 pessoas em sua microárea de atuação. Para cumprimento das metas e conhecimento das áreas, estes profissionais devem residir no município e cumprir jornada de trabalho de 40 horas (FIOCHI, 2009). Portanto, a família é o ponto de partida do ACS.

A família pode ser formada por um grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consanguinidade e/ou de convivência (BRASIL, 2009) também pode-se dizer, que a família representa a unidade básica de atenção à saúde e o cuidado familiar constitui o fundamento do cuidado também comunitário que nas últimas décadas, houve significativas mudanças na estrutura e funções da família e na dinâmica interna da vida familiar (SERAPIONI, 2005).

Hoje, existem várias formas de organização familiar: há famílias com uniões estáveis, reconstituídas, de casais do mesmo sexo, de casais que moram em casas separadas etc. Ainda há famílias que não têm a presença da mãe, do pai ou de ambos e muitas vezes nesses casos, os avós assumem a responsabilidade em cuidar da família. Para que o ACS realize suas ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, primeiro precisa conhecer o que é família e como ela está organizada na sociedade para depois desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Na equipe, o ACS ao ser inserido na Estratégia de Saúde da Família deve seguir as seguintes atribuições em sua área de atuação (BRASIL, 2006b, p. 01):

- I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio cultural da comunidade;
- II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;
- V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família;
- VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Percebe-se que essas atribuições e ações desenvolvidas pelo ACS estão relacionadas com o cuidado e o bem-estar do outro. Porém, estas atividades em exercício devem seguir algumas regras: uma técnica, um cronograma preestabelecido, um planejamento, normas e determinações dos seus superiores (TELLES; PIMENTA, 2009) e quando abordar o cuidado à pessoa idosa, o ACS deverá compreender diversos atores: o idoso, o cuidador, a família, a comunidade e as equipes de atenção à saúde, para atuarem de forma inter-relacionada no desempenho das atividades de atenção às demandas identificadas por meio de relações interpessoais (BRASIL, 2007).

No que se refere à prevenção da epidemia do HIV/Aids na população idosa, o Agente Comunitário de Saúde, ao realizar suas visitas domiciliares, deve adotar em sua rotina de trabalho as seguintes ações:

1. Perguntar às pessoas em idade sexualmente ativa se elas sabem o que são as doenças sexualmente transmissíveis. A partir do conhecimento demonstrado, informações adicionais podem ser fornecidas;
2. Identificar as pessoas que apresentam os sinais ou sintomas destas doenças, encaminhando-as às unidades de saúde;
3. Conversar com as pessoas sobre a importância do uso de camisinha masculina ou feminina em todas as relações, demonstrando sua utilização correta sempre que necessário;

4. Falar sobre a importância do tratamento do parceiro sexual, pois o tratamento individual de nada adianta se as pessoas continuarem mantendo relações sexuais com seus parceiros doentes;
5. Informar que, no caso das mulheres, nem sempre as pessoas com DST apresentam sinais e sintomas. Assim, é importante que procurem regularmente as unidades de saúde para verificar se são portadoras de algum tipo de DST;
6. Verificar se as pessoas encaminhadas as unidades de saúde realmente procuraram atendimento e se foram atendidas, medicadas e orientadas adequadamente. Auxiliar este processo, se necessário. (BRASIL, 2001, p. 1).

Para isso, o ACS deverá ser um educador em saúde orientando as pessoas da comunidade a se protegerem do HIV, motivar a população a realizar a testagem do diagnóstico da infecção, prestar apoio psicológico quando for necessário, realizar atividades educativas para adesão ao tratamento, prevenção e controle de DST e Aids na comunidade. E, quando for orientar o portador do HIV ou o doente com Aids, sua família e as pessoas de sua comunidade, a primeira coisa a fazer é esclarecer suas dúvidas a respeito da doença. A partir desta compreensão, ele estimulará o portador do vírus a aderir ao tratamento, a usar os medicamentos corretamente explicando que o tratamento é uma combinação de remédios antirretrovirais que diminuem a multiplicação do HIV no organismo (BRASIL, 2009).

Os ACS têm um papel essencial na identificação das vulnerabilidades e riscos para as DST nas comunidades onde atuam. É importante que incluam na sua rotina de trabalho um olhar sobre os diferentes contextos de vida dos diversos segmentos populacionais e tenham uma abordagem objetiva sobre os aspectos da sexualidade, das vulnerabilidades e dos direitos humanos. Assim, as ações do ACS na comunidade contribuirão para o aumento da procura do serviço, para desmitificação da testagem anti-HIV e melhorar a receptividade para o aconselhamento e mudança de práticas (BRASIL, 2007).

Portanto, a comunicação será mais do que uma troca de palavras, ela trata de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio do compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações que devem ser consideradas uma necessidade fundamental para abranger um conjunto de condições bio-psicossociais (BRASIL, 2007).

Compreende-se que os ACS ao visitarem as famílias, conheçam as particularidades sociais, econômicas, físicas, emocionais, psicológicas e as doenças de cada morador e, ao manterem contato com os moradores, estes profissionais de saúde colaboram para que as ações de promoção e vigilância em saúde sejam desenvolvidas para melhorar a qualidade de vida das pessoas.

2.2.3 O médico da estratégia de saúde da família e suas atribuições na comunidade

A Estratégia Saúde da Família (ESF) pode representar para a educação médica muito mais do que um cenário vivo. A ESF, talvez represente a própria vida em forma de diferentes cenários indispensáveis, ela é o principal mercado de trabalho do Médico de Família e Comunidade (MFC) (COSTA *et al.*, 2012; SILVA, 2011).

O médico na Estratégia de Saúde da Família desenvolve seu trabalho relacional, mediado pelo *setting* terapêutico, que é conformado pelo espaço físico, pelos instrumentos tecnológicos para diagnóstico e terapia, pelas regras ou normas que regulam a atividade, pela valorização social de seu papel no imaginário comum, proporcionando mais conforto ao realizar o atendimento (CUNHA; SÁ, 2013).

É na ESF que estes profissionais de saúde, identificam avanços positivos em relação a ampliação do acesso, dos cuidados domiciliares, da atenção à saúde da mulher e da criança, principalmente no pré-natal de baixo risco e puericultura, no cuidado especial com idosos e com as doenças crônicas, pois com a expectativa de vida, evidencia o aumento da longevidade na população brasileira, fazendo com que as políticas públicas se voltem com mais aos idosos (ALBUQUERQUE; SILVA, 2015; FERTONANI *et al.*, 2015).

Para que os idosos tenham qualidade de vida na comunidade, os médicos da Estratégia de Saúde da Família devem desempenhar as seguintes tarefas:

1. Realizar atenção integral às pessoas idosas;
2. Realizar consulta, incluindo a avaliação multidimensional rápida e instrumentos complementares, se necessário, avaliar quadro clínico e emitir diagnóstico;
3. Prescrever tratamento medicamentoso, quando necessário;
4. Solicitar exames complementares, quando necessário;
5. Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
6. Encaminhar, quando necessário, a pessoa idosa à serviços de referências de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contrarreferência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento;
7. Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos;
8. Orientar ao idoso, aos familiares e/ou cuidador a identificação de sinais e/ou sintomas que requeriam atendimento de saúde imediato;
9. Realizar atividades de educação permanente e interdisciplinar referente à atenção à pessoa idosa. (BRASIL, 2007, p.28).

O trabalho cotidiano dos médicos nas Unidades Básicas de Saúde da Família consiste em consultas clínicas, visitas domiciliares, coordenação de grupos, campanhas educativas, reuniões semanais com a equipe e atenção à saúde com foco na família, grupos e comunidades. Na ESF, o médico atende o indivíduo como um ser histórico e social, que faz

parte de uma família e de uma determinada cultura considerando os determinantes de saúde – doença para o planejamento em saúde promovendo a qualidade de vida das pessoas (FERTONANI *et al.*, 2015; GONÇALVES *et al.*, 2009).

2.3 A educação em saúde

Em meio a tantos acontecimentos importantes no cenário político brasileiro desde o início da década de 1980 e, por conseguinte, na saúde pública, o HIV/Aids surge como um problema efetivo de saúde a ser respondido pelo poder público para enfrentar essa epidemia durante todos esses anos. As primeiras iniciativas governamentais que se propuseram a enfrentar a epidemia da Aids, nasceram como resposta à pressão social de ativistas de São Paulo. A formulação e definição de estratégias de prevenção e assistência em parceria com a sociedade civil e a comunidade científica faz parte da história da Aids no Brasil (BRASIL, 1999; MARQUES, 2002).

Para combater a epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a Aids e as outras DST, foi criado na metade da década de 80, o Programa Nacional de DST e Aids com o objetivo de fortalecer a efetividade do programa brasileiro de DST e HIV/Aids em médio e longo prazo, reduzir a incidência de DST e HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão vivendo com HIV e Aids no Brasil (BRASIL, 2009).

As campanhas, as ações de promoção de saúde e prevenção em HIV/Aids do Programa Nacional de DST e Aids quase se dedicam exclusivamente aos jovens, e, quando os programas estão voltados à terceira idade, ainda há a dificuldade dos organizadores e participantes abordar o tema sexualidade. Esta realidade dificulta que as informações sobre a prevenção atinja essa população (ZORNITTA, 2008).

Para fortalecer o Programa Nacional de DST e Aids, se faz necessário que os profissionais de saúde percebam os idosos como vulneráveis ao risco de infecção pelo vírus HIV e que suas particularidades sejam contempladas nas ações preventivas e assistenciais no contexto da atenção integral à saúde do idoso (SANTOS; ASSIS, 2011).

Portanto, para promover estas ações, a Organização Mundial da Saúde, orienta que os profissionais de saúde deverão se ater aos desafios que surgirão à saúde pública: como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento? Como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, em especial aquelas voltadas para os idosos? Como manter e/ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento? (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Estas perguntas indicam o processo educativo como um investimento na formação para o trabalho devido a mudança na estrutura formal da pirâmide etária e o número crescente de casos de Aids entre os idosos, pois, traçar o perfil da Aids nessa população é fundamental para possibilitar a elaboração de ações de prevenção e assistência focadas nessa idade em decorrência do aumento da longevidade, das facilidades de expressão da sexualidade na época atual e das práticas sexuais inseguras que os tornam mais vulneráveis a infectar-se pelo HIV (ANDRADE; SILVA; SANTOS 2010; GIRONDI *et al.*, 2012; SARRETA, 2009).

Segundo Gomes e Silva (2008), para realizar as ações de prevenção nos serviços de saúde, também se faz necessário capacitar os profissionais de saúde, para que seja possível orientar um maior número de pessoas idosas sobre o assunto a fim de diminuir a crescente disseminação desta doença nessa faixa etária.

Ao buscar estratégias de informação e proteção para este grupo etário percebe-se que as atuais políticas públicas bem como a formação dos profissionais de saúde inseridos na Estratégia Saúde da Família não estão sendo suficientes para suprir as necessidades da educação e saúde sexual da população idosa e isso traz implicações importantes para a saúde coletiva, para enfermagem e demais profissionais de saúde (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010; MOREIRA *et al.*, 2015), porque estes profissionais das equipes de saúde da família possuem algumas atribuições específicas em comum de acordo com as especificidades de cada categoria profissional:

1. Participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos bem como a atualização contínua dessas informações;
2. Realizam cuidados em saúde, tanto no âmbito da unidade de saúde, em domicílio nas visitas domiciliares ou em espaços comunitários;
3. Realizam ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local que visem a promoção de saúde, a prevenção de agravos e o curativo, garantindo o atendimento à demanda espontânea;
4. Realizam busca ativa e notificam agravos;
5. Promovem escuta qualificada das necessidades dos usuários, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o vínculo;
6. Participam do planejamento e avaliação das ações da equipe;
7. Promovem a participação da comunidade e o controle social;
8. Identificam parcerias na comunidade que possam potencializar as ações realizadas pela unidade;
9. Garantem a qualidade dos registros das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica;
10. Participam de atividades de educação permanente e realizam ações e atividades definidas em âmbito local. (FIOCHI, 2009, p. 23).

Para Assis (2005) a experiência e os conhecimentos que informam a vida prática das pessoas são base para a abordagem educativa, cujo eixo metodológico deve criar contextos de

intercomunicação favoráveis à expressão e à reflexão sobre como as pessoas lidam com a saúde/doença, as dificuldades que enfrentam e as estratégias correspondentes diante das adversidades do contexto social.

A educação permanente configura-se como processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (BRASIL, 2012).

As temáticas abordadas nas ações educativas devem ir além das doenças e fatores de risco e no debate devem trazer as dimensões do viver: o envelhecimento, a sexualidade, o lazer, as relações familiares, os direitos sociais dos idosos, bem como inúmeras outras ações que expressem necessidades e interesses da população com a qual se trabalha (ASSIS, 2005).

Outro pressuposto importante na educação permanente é o planejamento e programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A educação permanente em saúde neste contexto constitui estratégia essencial às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Entretanto, para isso há necessidade de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores com o controle social em saúde para que esta ação permita que o Sistema Único de Saúde tornar-se como uma rede-escola (CECCIM, 2005).

A vinculação dos processos de educação permanente a estratégia de apoio institucional pode potencializar o desenvolvimento de competências de gestão e de cuidado na Atenção Básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. É importante diversificar o repertório de ações, incorporando dispositivos de apoio e cooperação horizontal como as trocas de experiências e discussão de situações entre trabalhadores, comunidades de práticas, grupos de

estudos, momentos de apoio matricial, visitas e estudos sistemáticos de experiências inovadoras, entre outras (BRASIL, 2011).

Ao inserir a educação permanente em saúde no cotidiano do SUS põe em nova evidência o trabalho da saúde um trabalho que requer trabalhadores que aprendam a aprender: práticas cuidadoras; intensa permeabilidade ao controle social; compromissos de gestão com a integralidade; desenvolvimento de si, dos coletivos, institucional e político da saúde, além da implicação concretas de cuidado às pessoas e às coletividades, no ensino e na produção do conhecimento (CECCIM, 2005).

Reconhecer o caráter e iniciativa da educação permanente é fundamental para que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponha e desenvolva ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar às ofertas de educação permanente pré-formatadas como os cursos com o momento e contexto das equipes, para que tenham mais sentido e maior valor de uso e efetividade (BRASIL, 2012).

Para garantir a resolutividade, as atividades comunitárias devem ser desenvolvidas em conjunto com associações de moradores e outras instituições existentes na comunidade a fim de propiciar a construção de laços e trocas sociais como: a integração do serviço de saúde e do usuário com a família, a comunidade e a sociedade em geral, e, também a integração entre as famílias da comunidade. As atividades precisam ser planejadas e construídas junto à comunidade através de: festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos e grupos dos centros comunitários. O trabalho em grupos amplia o vínculo entre equipe e pessoa idosa tornando-se um espaço complementar de consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde (BRASIL, 2007).

A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para transformar as práticas realizadas em curso ou em ato da gestão setorial ou de serviços, o referencial pedagógico e institucional da educação permanente em saúde é uma ferramenta importante que constitui a interação entre os segmentos da formação, da atenção,

da gestão e do controle social em saúde permitindo distinguir as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a afetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, autoanálise e autogestão (CECCIM, 2005).

Compreende-se que a educação permanente em saúde nas UBSF é a oportunidade dos profissionais de saúde aprenderem a discutir a saúde sexual e a sexualidade com os moradores/usuários idosos na comunidade, aprofundarem sua aprendizagem sobre as formas de transmissão do vírus nesta faixa etária, conhecerem os fatores de vulnerabilidade dos idosos ao HIV, receberem suporte para elaborar estratégias e ações de enfrentamento e controle das DST/HIV/Aids na terceira idade, reestruturarem as campanhas de prevenção contra o HIV com metodologia mais significativa para abordar o sexo seguro entre homens e mulheres idosos de acordo com as delimitações físicas, psicológicas e sociais.

3 OBJETIVO GERAL

Identificar ações de enfrentamento ao HIV/Aids em idosos na perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Médicos de Saúde da Família no Município de Campo Grande, MS.

4 MATERIAL E MÉTODOS

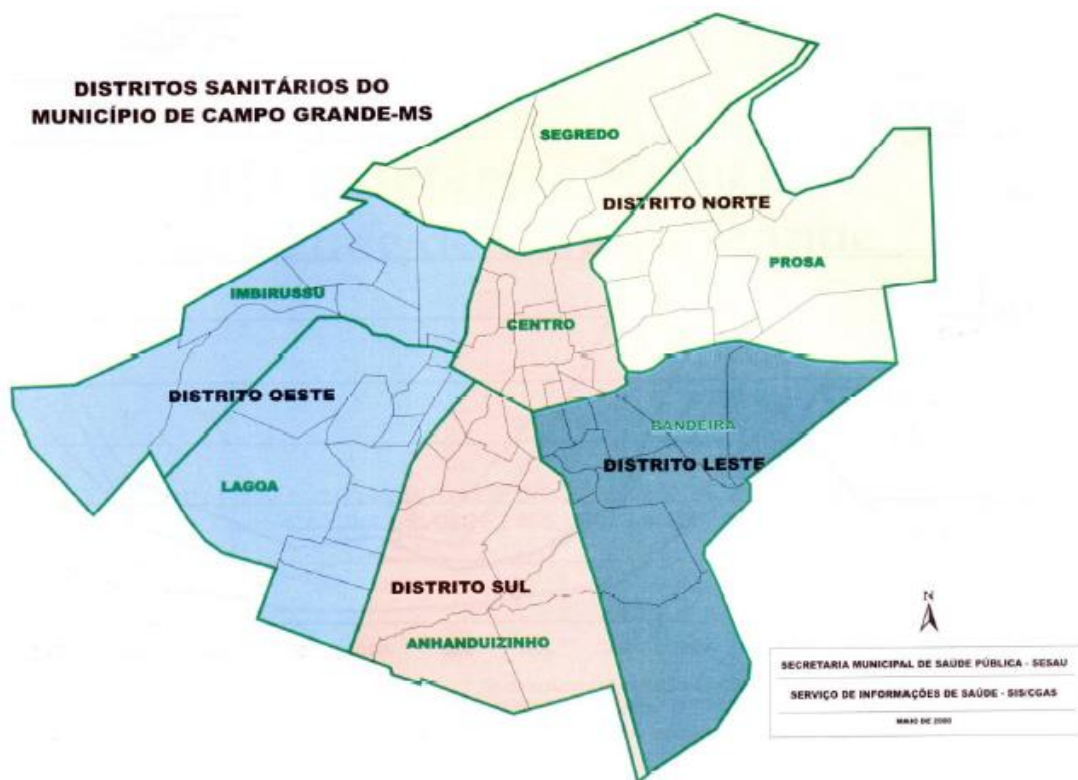
4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, seccional, quantitativo, com base em dados primários.

4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) dos Distritos Sanitários: Norte, Sul, Leste e Oeste, no período de julho a outubro de 2015.

Figura 2 - Mapa da distribuição dos distritos sanitários de Campo Grande - 2015



Fonte: Campo Grande (2013, p. 33).

O Município de Campo Grande está situado geograficamente na porção central do Estado de Mato Grosso do Sul, com área da unidade territorial (Km²) em 8.092, 951 ele ocupa cerca de 2,26% da área total com a maior densidade demográfica do estado, com 97,22 habitantes por Km². A sede do Município, localiza-se nas imediações do divisor de águas das

Bacias do Paraná e Paraguai, definidas pelas coordenadas geográficas 20° 26' 34" Latitude Sul e 54° 38' 47" Longitude Oeste, sua altitude varia entre as cotas 500 e 675 metros e têm como municípios limítrofes: Jaraguari, Rochedo, Nova Alvorada do Sul, Ribas do Rio Pardo, Sidrolândia e Terenos (CAMPO GRANDE, 2010).

4.3 Participantes da pesquisa

Foram incluídos no estudo 140 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 48 Médicos efetivos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Campo Grande, MS cujas amostras foram calculadas a partir do quantitativo total de ACS e médicos.

Para o cálculo da amostra foi considerado o total de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Médicos da ESF atuantes por ocasião da coleta dos dados, cuja informação foi cedida pelo Serviço de Gestão da Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (SEFACS) da Secretaria Municipal de Campo Grande, do mês de abril de 2015 (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde, médicos, equipes de saúde da família e unidades básicas de saúde da família de acordo com os distritos sanitários, Campo Grande – 2015

Distritos sanitários	Quantidade de UBSF	Quantidade de ESF	Quantidade de ACS	Quantidade de Médicos
Distrito sanitário sul	13	35	265	35
Distrito sanitário oeste	10	28	192	28
Distrito sanitário norte	10	22	171	22
Distrito sanitário leste	3	8	60	8
TOTAL	36	93	688	93

Fonte: Serviço de Gestão da Estratégia de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (2015).

A amostragem foi baseada a partir dos dados da SESFACS e empregou a seguinte fórmula: n/N . Deste modo, foi possível realizar o cálculo de amostra estratificada proporcional com fração de amostra de $n/N = 0,2035$ (Tabela 3).

Na tabela 3, a amostra estratificada segundo distrito sanitário, considerou no mínimo 90% dos ACS que receberam alguma capacitação sobre o tema HIV/Aids. Desta forma, obteve-se que $N = 688$ e $n = 116$ sendo calculada perda de 20% aumentado para 140 ACS.

Tabela 3 – Distribuição do cálculo amostral dos agentes comunitários de saúde (n/N= 0,2035) nos 4 distritos sanitários, Campo Grande - 2015

Distrito sanitário	Nº - ACS	Fração amostral	n - ACS
Sul	265	0,2035	54
Oeste	192	0,2035	39
Norte	171	0,2035	35
Leste	60	0,2035	12
TOTAL	688		140

O cálculo possibilitou sortear aleatoriamente os sujeitos ACS por algarismos na sequência: o primeiro para unidade (U), o segundo para dezena (D) e o terceiro para a centena (C) para atingir o número previsto de participantes em cada distrito.

Cada número formado durante o sorteio representava o nome do ACS correspondente àquela UBSF a ser visitada para aplicar o questionário. O sorteio foi fundamental para conglomerar um número possível de ACS, mapear as UBSF de Campo Grande e realizar a busca ativa destes profissionais de saúde em: 08 UBSF do Distrito Sanitário Norte, 11 UBSF do Distrito Sanitário Sul, 10 UBSF do Distrito Sanitário Oeste e 03 UBSF do Distrito Sanitário Leste. Dentre estas 32 UBSF visitadas, 02 unidades de saúde eram em áreas rurais.

Todos os médicos vinculados a ESF dos ACS sorteados (Tabela 4) foram apenas convidados a participar na pesquisa conforme o instrumento de coleta de dados apresentados no Projeto.

Tabela 4 – Distribuição dos agentes comunitários de saúde e médicos segundo o cálculo amostral nos 4 distritos sanitários, Campo Grande - 2015

Distrito sanitário	Nº - ACS	n - ACS	Nº - médicos	n - médicos
Sul	265	54	35	17
Oeste	192	39	28	14
Norte	171	35	22	8
Leste	60	12	8	4
TOTAL	688	140	93	48

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam de licença médica ou férias por ocasião da coleta.

4.4 Processo de obtenção dos dados

A coleta de dados dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Médicos vinculados àquelas equipes da ESF foi por meio da aplicação de questionários com questões fechadas nos 4 Distritos Sanitários de Campo Grande, considerando-se os participantes sorteados (Apêndices A e B).

4.5 Análise dos dados

Os dados foram sistematizados utilizando-se tabelas e foram submetidos à estatística descritiva.

4.6 Aspectos éticos da pesquisa

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo dados primários de seres humanos, o projeto foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), com CAAE nº. 43324114.4.0000.0021 conforme a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e através do Parecer nº 1.151.462, foi aprovado (Anexo A).

Para responder o questionário, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de acordo com o Apêndice C. E, por questões de ética, as informações prestadas pelos participantes foram respeitadas e cada entrevistado obteve-se seu anonimato na pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Agentes comunitários de saúde e as ações de enfrentamento da epidemia da Aids na terceira idade

Para o conhecimento das ações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) voltadas aos idosos em relação as DST/Aids, buscou-se contextualizar a preparação destes profissionais de saúde e o suporte das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) em relação à temática e as práticas dos mesmos nas visitas domiciliares.

5.1.1 Capacitação dos agentes comunitários de saúde

A preparação de profissionais de saúde para a realização do trabalho cotidiano no setor saúde é fundamental para que haja efetividade de suas ações. A participação dos ACS em capacitações é apresentada na tabela 5.

Tabela 5 – Capacitações em DST/Aids e percepção da necessidade de agentes comunitários de saúde, Campo Grande, MS (n=140)

Aspectos	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Participação em capacitação em DST/Aids	78	55,7	62	44,3
Necessidade de capacitação para melhorar as ações na comunidade	133	95,0	7	5,0

Mais da metade dos Agentes Comunitários de Saúde participaram de alguma capacitação. Entretanto, a maioria dos participantes na pesquisa (95%) referiram a necessidade de capacitar-se para melhorar sua atuação neste tema.

A falta de informação sobre as DST/HIV/Aids é uma das principais barreiras para o tratamento efetivo da Aids no âmbito nacional. De acordo com o Programa Estadual de DST/Aids, a falta de informações tem como consequência o tratamento tardio da doença. Em 2015, no Estado de Mato Grosso do Sul, foram registrados até novembro 312 casos de HIV positivo e 165 casos de Aids (MATO GROSSO DO SUL, 2015a).

A capacitação dos ACS é essencial para que este profissional de saúde receba orientações e aperfeiçoe a forma de transmitir seu conhecimento para comunidade, ou melhor,

busque construir um novo conhecimento que considere os saberes da população. As práticas de educação em saúde devem ser diversificadas, respeitando as práticas de saúde baseadas em evidências, e identificando as dúvidas dos moradores. Os problemas em sua rotina de trabalho devem ser considerados na proposta de orientação de doenças de notificação compulsória, como a Aids.

Cezar, Aires e Paz (2012) constataram em estudo transversal com 94 pessoas idosas adstritas à ESF na Serra Gaúcha, que na dimensão sexualidade do idoso, a maioria não possui informações detalhadas sobre DST, tendo como referência apenas o uso de preservativos. Estes dados revelam que, na ESF, os usuários necessitam de atenção especial para abordagem da sexualidade no envelhecimento, sob a luz das políticas públicas sociais e de saúde, com o intuito de evitar novos casos de DST entre os idosos.

A capacitação dos ACS favorece a ampliação de conhecimentos acerca de práticas que ajudam na melhoria de vida da comunidade, pois ela fornecerá subsídios para que os profissionais atuem na prevenção de doenças e promoção de saúde. Isso contribui para que as pessoas idosas tenham um processo de envelhecimento mais saudável e ativo, melhorando sua qualidade de vida na terceira idade (DINIZ; SALDANHA, 2008).

A educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o sistema, pois ela permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), pois, a tal educação ainda, estimula a reflexão no mundo do trabalho e contribui para melhorar a qualidade da assistência, incorporando nas ações de saúde os princípios e valores do SUS: a integralidade da atenção, a humanização do cuidado e o reconhecimento da autonomia e os direitos dos usuários nos serviços de saúde (SARRETA, 2009).

Esta educação oportuniza a obtenção de subsídios para que se proponha um cuidado integral ao idoso, de modo que possa atender e esclarecer estes usuários sobre as possíveis dúvidas relacionadas a sexualidade e seus cuidados quanto a relação sexual e as DST para um envelhecimento saudável (CEZA; AIRES; PAZ, 2012).

5.1.2 Unidades básicas de saúde da família e o contexto das DST/Aids

O Programa DST/Aids deve estar implantado nas Unidades Básicas de Saúde da Família com aconselhamento para testagem do HIV e outras DST, orientação e distribuição de preservativos bem como campanhas para grupos distintos quando necessário (Tabela 6).

Tabela 6 – Campanhas educativas e ações de prevenção das DST/Aids e fornecimento de preservativos nas unidades de saúde, Campo Grande, MS (n=140)

Aspectos	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Realização de campanhas educativas em DST/Aids	99	70,7	41	29,3
Distribuição regular de preservativos	138	98,6	2	1,4
Ações de prevenção das DST/Aids em idosos	55	39,3	85	60,7

Ao analisar os dados, observou-se a existência de 70,0% de campanhas educativas de prevenção de DST/Aids para a comunidade. Os resultados destacaram que estas campanhas estão direcionadas apenas às gestantes e aos adolescentes. Denotou-se ainda, que praticamente 100% das UBSF tem distribuição regular de preservativos, entretanto, as ações que contemplam idosos para prevenir DST/Aids são limitadas (39,3%).

Em se tratando de DST, a epidemia da Aids vêm colocando os idosos como um novo grupo etário em destaque na discussão de vulnerabilidade. A doença vem aumentando entre idosos, porém as estratégias de prevenção existentes à DST e Aids não os atingem, gerando assim preconceito e estigma (GIRONDI *et al.*, 2012).

De acordo com Cezar, Aires e Paz (2012) os assuntos sobre sexualidade para a população idosa tem menor ênfase para ações preventivas devido ao fato de que não existe mais a preocupação com anticoncepção, sendo apenas tratados em decorrência de aspectos relativos ao desempenho ou as disfunções sexuais.

Laroque *et al.* (2011) afirma que o processo de envelhecimento requer a conscientização dos profissionais de saúde de que os idosos são sexualmente ativos, expostos às DST, e que se deve tornar a questão do uso de preservativos um assunto natural tanto durante as consultas, como nos grupos e eventos organizados que atinjam esta população.

É importante frisar que se façam investimentos em ações de prevenção e capacitação de profissionais da saúde para melhorar a qualidade de vida do idoso e reduzir esses índices (GIRONDI *et al.*, 2012) e/ou seguir as orientações do Ministério de Saúde para colocar à disposição das pessoas idosas os insumos necessários à adoção de práticas sexuais mais seguras, como o preservativo masculino e feminino e gel lubrificante (BRASIL, 2007).

5.1.3 Agentes comunitários de saúde e idosos

O ACS, ao tornar-se o interlocutor entre os moradores e os serviços de saúde, cria possibilidades para que a ABS seja a porta de entrada de todos os usuários no SUS. Dessa forma, uma vez que os moradores/usuários idosos adentrem a UBSF serão acolhidos, atendidos e orientados de forma integral para a prevenção, promoção e recuperação da sua saúde por uma equipe multiprofissional.

Conforme se pode ver na tabela 7, os ACS durante as visitas domiciliares, são os que mais identificam agravos e doenças na Estratégia de Saúde da Família. Portanto, estes profissionais de saúde têm a possibilidade de contribuir para que os moradores adscritos sejam encaminhados a Atenção Básica para serem atendidos e receberem informações sobre as DST/HIV/Aids, identificando e reconhecendo assim sua vulnerabilidade no ambiente onde residem. Através do cumprimento de metas, os ACS podem contribuir para o controle das doenças transmissíveis entre moradores diminuindo a demanda nos serviços especializados ambulatorial e hospitalar.

Tabela 7 – Vulnerabilidade do idoso a infecção pelo HIV e dificuldade dos agentes comunitários de saúde abordarem a sexualidade, Campo Grande, MS (n=140)

Aspectos	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Percepção da vulnerabilidade do idoso em relação ao risco de infecção pelo HIV	135	96,4	5	3,6
Dificuldade de conversar com idosos sobre o risco de infecção pelo HIV	98	70,0	42	30,0
Orientação sobre uso de preservativos	121	86,4	19	13,6

A pesquisa mostrou que a maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (96,4%) referiram ter percepção da vulnerabilidade do idoso ao risco de infecção pelo HIV, mas 70,0% relataram dificuldade em dialogar com os idosos sobre este assunto e, apenas 13,6% dos ACS orientam frequentemente esta população sobre o uso de preservativos.

Os dados da tabela 7 apontam que a questão da sexualidade na terceira idade, conhecer o comportamento ou a história natural da Aids entre os idosos no Brasil é um grande desafio a vigilância epidemiológica, pois requer um conjunto de atividades para reunir informações

indispensáveis para detectar ou prever alterações dos fatores condicionantes dessa epidemia nesta população.

Estima-se que 70% dos homens e 20% das mulheres com mais de 60 anos sejam sexualmente ativos. A atividade sexual é limitada pela ausência de um parceiro disponível. Mas, estudos longitudinais têm mostrado que o impulso sexual não diminui à medida que homens e mulheres envelhecem, na verdade alguns estudos relatam um aumento do impulso sexual (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

De acordo com Castro *et al.* (2014) a sexualidade na velhice não é levada em consideração nos espaços de atenção à saúde do idoso, tal como ocorre com muitos outros aspectos da vida privada. Isso porque se mantém uma visão hegemônica do envelhecer fundamentada na perspectiva do adoecer, fomentando ações que buscam mais controlar esses sujeitos do que o desenvolvimento da autonomia individual.

Camargo, Torres e Biasus (2009) observaram essa realidade e ressaltaram: como desenvolver comportamentos preventivos vinculados à atividade sexual do idoso se não há um reconhecimento social de que a sexualidade continua na velhice? A resposta parece estar relacionada com a difusão de informações não apenas às pessoas com mais de 50 anos, mas para toda a sociedade.

Estudo realizado em Goiás mostrou que quase a metade dos idosos relataram vida sexual ativa. Desses, (67%) não fazem uso de preservativo. Apesar de a maioria ter conhecimento sobre as formas de transmissão, ainda acreditam que picada de mosquito (79,9%), compartilhamento de sabonetes e toalhas (62,1%), talheres, copos e pratos (62,3%) podem transmitir o vírus (PEREIRA; BORGES, 2010).

A falta de percepção da susceptibilidade à infecção pelo HIV nos idosos é entendida como associada ao conhecimento incipiente na prevenção e transmissão do vírus com impacto na ausência de adoção de comportamentos de segurança eficazes ao HIV/Aids. A ideia de que a Aids é uma doença de jovens, prostitutas, homossexuais e usuários de drogas pode influenciar a formação de crenças equivocadas sobre a prevenção do HIV em idosos e contribuir para aumentar a sua vulnerabilidade à infecção (BITTENCOURT *et al.*, 2015)

Não é a sexualidade que torna as pessoas vulneráveis ao HIV/Aids, mas as práticas sexuais que são realizadas de forma desprotegida (BRASIL, 2007). Compreende-se que o uso de preservativos durante as relações sexuais pode favorecer o sexo seguro, mas, nem todas as pessoas estão preparadas para adotar esse método de prevenção às DST. E, tratar a saúde sexual na terceira idade não é uma tarefa fácil, pois essa questão invade a privacidade de

várias pessoas que ao longo dos anos trouxeram consigo uma bagagem de preconceitos, rejeição e tabus sobre o tema sexualidade na velhice.

Ao suspeitar de que o usuário/morador possa estar vivendo com o HIV/Aids constrói sentidos sobre o HIV/Aids, que, por vezes, parece criar barreiras na comunicação do profissional e a fala com o portador sobre viver com o vírus e a doença pode carregar o sentido de invasão da privacidade e ofensa, causando o distanciamento cidadão/profissional e marginalização dessas pessoas nos serviços de saúde. Neste caso exige-se cautela, pois a não legitimação da alteridade, da subjetividade e da constituição de vínculo com aquele “diferente de mim” pode posicionar a pessoa que vive com HIV/Aids em um lugar de isolamento e individualização (SILVA; CARDOSO, 2008).

Observa-se que para enfrentar a epidemia da Aids em idosos é recomendável incentivar o uso de preservativos durante a relação sexual, realizar atividades para ampliar a procura do teste anti-HIV, melhorar a qualidade de vida dos portadores do vírus, dar acessibilidade à terapia antirretroviral e prestar assistência às pessoas que convivem com a Aids (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010) pois, o número de pessoas idosas vivendo com HIV/Aids favorecidas pela terapia antirretroviral também é crescente e exige medidas que incluem ações educativas de proteção a saúde e diagnóstico mais precoce (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

Neste contexto, os Agentes Comunitários de Saúde atuam como facilitadores junto com a comunidade no processo de aprender e ensinar a cuidar da saúde colaborando de uma forma ou de outra para a construção e consolidação de sistemas de saúde locais (SILVA, 2006), promovem a acessibilidade e a humanização dos usuários aos serviços de saúde (SILVA; CARDOSO, 2008), contribuem para que as pessoas com sintomas sugestivos de infecção pelo HIV cheguem às unidades de saúde para buscarem esclarecimento sobre seu quadro clínico, recebam orientação de forma a oportunizar o diagnóstico ao primeiro contato e sejam encaminhadas aos serviços especializados disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) e cooperam para que as famílias em suas microáreas sejam orientadas a se prevenir de inúmeras doenças e pensar em ter saúde (DINIZ; SALDANHA, 2008).

5.2 Médicos da estratégia de saúde da família e idosos

A atuação do médico na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de fundamental importância para o planejamento das ações de saúde e diagnóstico do indivíduo, sua família e da coletividade de sua área adscrita.

Embora os médicos da ESF trabalhem com a população idosa, ainda encontram barreiras para abordar assuntos que invadem a zona de conforto destes moradores, sendo um deles a questão sexualidade e saúde sexual na terceira idade. Neste sentido, faz-se necessário o trabalho em equipe valorizando as ações interdisciplinares (Tabela 8).

Tabela 8 – Diagnóstica de DST em idosos, oferta de testagem e medicamentos para disfunção erétil e orientação para uso de preservativos, Campo Grande, MS (n=48)

Aspectos	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Orientação para idosos sobre disfunção erétil	40	83,3	8	16,7
Prescrição de medicamentos para disfunção erétil	23	47,9	25	52,1
Orientação para idosos sobre uso de preservativos	45	93,8	3	6,2
Oferta de testagem HIV para idosos	42	87,5	6	12,5
Diagnóstico de DST em idosos no último ano	35	72,9	13	27,1

O estudo mostrou que a maioria dos médicos (83,3%) atendem idosos para orientação de disfunção erétil nas UBSF. Destes, 47,9% já prescreveram medicamentos para controle deste problema de saúde. Apenas 6,2% dos médicos se recusam a orientar os idosos para o uso de preservativos. Cerca de 72,9% deles já diagnosticaram casos de DST nesta faixa etária e 87,5% oferecem o teste do HIV para estes pacientes.

Referente a disfunção erétil, foi observado na tabela 8 que muitos idosos procuram atendimento médico para orientação deste problema de saúde. Estudo de revisão na Alemanha revelou que 5 a 20 % dos homens tinham disfunção erétil moderada a grave, sendo este problema de saúde mais comuns em idosos dos quais cerca de 70% não tratados. A disponibilidade de tratamentos não invasivos pode resultar em maior proporção de pacientes que procuram tratamento e eventualmente recuperam a satisfação com sua vida sexual (KUBIN; VAGNER; FUGL-MEYER, 2003).

Segundo Meuleman (2002) o índice de disfunção erétil (DE) aumenta conforme a idade e a presença de condições concomitantes, como o diabetes mellitus, doenças no coração, hipertensão, depressão, cirurgias pélvicas, falta de autoestima, problemas nas relações amorosas ou somente experiências sexuais inadequadas. As doenças vasculares parecem ser a causa mais comum em DE, e podem ser um sintoma precoce de morbidade ou

mortalidade cardíaca. A frequente associação de problemas médicos e sexuais em idosos e elevadas taxas de abandono de tratamento dos sintomas de disfunção erétil justifica aconselhamento adequado para mudanças no estilo de vida e modificação dos fatores de risco associados numa abordagem integrada.

A cultura da assexualidade do idoso prevalecendo a vivência da sexualidade apenas nos mais jovens identificada a ausência do parceiro devida a viuvez, uso de medicamentos entre outros foram identificados como fatores que interferem na sexualidade dos mais velhos. A atuação do profissional de saúde na desmitificação de mitos e a aconselhamento é necessária (ALENCAR *et al.*, 2014).

Laroque *et al.* (2011) perceberam, em sua pesquisa qualitativa com um grupo de 11 idosos, a dificuldade manifestada pelos entrevistados em falar sobre a sexualidade, referindo-se como sendo “bobagem”, revelando o preconceito ainda existente, especialmente sobre o uso do preservativo. Alguns dos sujeitos dizem evitar este assunto, porque traz constrangimento. Essas concepções socialmente construídas tornam mais difícil o acesso dessa população a meios de informação e prevenção.

Na pesquisa realizada em Campo Grande, Driemeier *et al.* (2012) verificaram que a maioria dos indivíduos idosos relataram ter conhecimento sobre Aids e estavam cientes de que os idosos são vulneráveis à doença. Mais de um quarto (26,9%) da amostra relataram testes anteriores HIV e uma minoria dos participantes relataram o uso de medicação para disfunção erétil e 14% dos entrevistados relataram o uso do preservativo.

Rodrigues e Praça (2010) apontaram em sua pesquisa qualitativa com 13 mulheres de baixa renda atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, que a rejeição de mulheres com 50 anos ou mais a adesão ao preservativo pode estar relacionada com a falta de percepção de que elas são vulneráveis a infecção ao HIV pela via sexual e quando as mesmas usam o preservativo, é somente por curiosidade.

Camargo, Torres e Biasus (2009) ao entrevistarem 160 pessoas da região sul, identificaram que grupo de pessoas com mais de 50 anos mantém relações sexuais sem prevenção e não compreendem que estejam em comportamento de risco por estarem vinculados à instituição casamento. Os pesquisadores notaram que os homens são menos favoráveis a prevenção do que as mulheres, chegando a enfatizar que isto, na idade deles e desnecessário e inútil.

Driemeier (2010) constatou em seu estudo que 56% dos idosos frequentadores dos centros de convivência de Campo Grande eram vulneráveis a Aids por manterem relação sexual sem o uso do preservativo nos últimos cinco anos. Um número menor deles ainda

apresenta uma maior vulnerabilidade quando não usa preservativo em suas relações com múltiplos parceiros (16,7%) e não possui parceiro fixo (6,9%).

Laurentino *et al.* (2006) orientam que o abandono do uso do preservativo pode acarretar na saúde dos idosos, o risco de infectar-se por HIV/Aids, hepatite C e outras doenças sexualmente transmissíveis. Neste caso, salienta-se a importância de campanhas públicas e profissionais de saúde que abordem as questões de promoção da saúde na velhice, considerando as crenças e os costumes das pessoas.

Rodrigues e Praça (2010) perceberam que o uso do preservativo foi apontado como conduta preventiva de infecção pelo HIV, mas, encontraram ideias conflitantes sobre seu uso, pois este foi indicado somente nas relações sexuais com parceiros desconhecidos ou em caso de desconfiança da fidelidade do parceiro. A necessidade de adesão ao preservativo, também, em relacionamentos estáveis relaciona-se à dificuldade em confiar na fidelidade do parceiro, pois acreditam na tendência masculina para a infidelidade e reconhecem que o comportamento infiel do parceiro potencializa o risco de infecção pelo vírus.

Embora os idosos sejam conhecedores da importância do preservativo como medida de prevenção das DST/Aids, Laroque *et al.* (2011) afirmam que os sujeitos entrevistados são sexualmente ativos e que nenhum deles dialoga com os profissionais de saúde sobre sua sexualidade durante as consultas, levando a acreditar que existem barreiras por parte dos profissionais por considerar que o sexo é uma atividade exclusiva da juventude e/ou com o avançar da idade encerra as atividades sexuais.

Quanto a oferta de testagem HIV para idosos, a tabela 8, mostrou que a maioria dos médicos (87,5%) oferecem o teste do HIV para estes pacientes. Esse é um dado relevante para prevenção das DST e diagnóstico do HIV/Aids, pois na pesquisa de Zakabi (2012) em São Paulo e Fortaleza, os profissionais de saúde relataram não oferecer o teste Anti-HIV para a população geral na Atenção Básica, com a justificativa de evitar estigma e discriminação.

A autora ainda observou na análise das entrevistas, que o aconselhamento restringe apenas a um pedido de consentimento para a testagem nos casos de testagem baseados em protocolo relacionados aos programas de tuberculose e pré-natal e que os profissionais encontram dificuldades em estimular que a testagem se torne uma necessidade de saúde do usuário, pela dificuldade em lidar com aspectos emocionais dos atendimentos, quando estão relacionados com a possibilidade do resultado positivo para HIV (ZAKABI, 2012).

Além disso, o estudo da pesquisadora também indicou que os profissionais de saúde tem mais facilidade em oferecer o teste anti-HIV apenas aos jovens, aos trabalhadores do sexo, aos homens homossexuais e as pessoas com diagnóstico de DST (ZAKABI, 2012).

6 CONCLUSÕES

Embora nos últimos anos os níveis de saúde, as condições e expectativa de vida tenham melhorado, ainda existem situações que comprometem a saúde do idoso como o fato de se infectar com o HIV durante a relação sexual.

No decorrer deste estudo, observou-se que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) reconhecem a vulnerabilidade dos idosos para o HIV, mas, a maioria se sente inseguro para abordagem da sexualidade e orientações sobre a prevenção das DST/Aids durante as visitas domiciliares. Estes profissionais de saúde, ainda informaram que precisam de mais capacitação a despeito de treinamento prévio.

Outro aspecto observado nos resultados é que os médicos da Estratégia de Saúde da Família compreendem que tanto a disfunção erétil quanto as DST/HIV são problemas concretos de saúde entre os idosos. Estes profissionais orientam a população sobre estes assuntos, solicitam exames e até fazem diagnóstico destas infecções, porém, é necessário ampliar as estratégias/ações educativas em suas práticas.

Fica evidente que a visita domiciliar dos ACS e médicos da ESF é o momento destes profissionais de saúde identificar as individualidades dos idosos, conhecer o estilo de vida e as crenças dos moradores idosos e a educação permanente em saúde fornece subsídios para estes profissionais construir um novo saber relacionado à sexualidade e as DST de forma apropriada para prevenir infecções sexualmente transmissíveis como HIV nesta faixa etária.

Os dados mostraram que este tema exige capacitação ou treinamento constante dos profissionais de saúde para romper barreiras para abordar o sexo dentro das práticas de prevenção para o vírus de acordo com as delimitações físicas, auditivas, visuais, sociais, emocionais, psicológicas, religiosas e culturais de cada idoso.

Compreende-se que para a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, o aconselhamento pós-testagem naqueles casos sororeagente para HIV é uma oportunidade para que este usuário possa aderir ao tratamento antirretroviral, pois, há muitas possibilidades de reação do paciente ao receber seu resultado de HIV positivo (sentimento de revolta, medo, angústias e indignação com a vida, entre outras) e a comunicação entre o profissional de saúde com a pessoa infectada deve ser acolhedora, com escuta ativa e na perspectiva de boa qualidade de vida, para reduzir conflitos que possam levar o abandono do tratamento.

Espera-se que o resultado da pesquisa possa contribuir para que as estratégias e ações dos ACS e médicos da ESF sejam reformuladas a fim de prestar ação preventiva aos idosos, orientando e incentivando a população idosa a se proteger melhor do HIV/Aids.

REFERÊNCIAS

- ABUD, C. C.; ZIMMERMANN, V. B. A terceira idade: ponto final? In: MARCO, M. A. (Org.). **Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- AFFELDT, A. B.; SILVEIRA, M. F.; BARCELOS, R. S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 79-86, jan./mar. 2015.
- ALBUQUERQUE, F. R. P. C.; SILVA, L. G. C. Tendências dos níveis e padrões de mortalidade e seus diferenciais regionais no período 2000-2030: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. In: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (Org.). **Estudos e análises, informação demográfica e socioeconômica número 3: mudança demográfica no Brasil no início do século XXI, subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- ALENCAR, D. L.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; VIEIRA, J. C. M. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3533-42, 2014.
- ANDRADE, H. A. S.; SILVA, S. K.; SANTOS, M. I. P. O. Aids em idosos: vivências dos doentes. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 712-19, out./dez. 2010.
- ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 8, n. 1, p. 15-24, jan./jun. 2005.
- BATISTA, A. F. O.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; MARINO, J. G.; MELO, H. M. A. Idosos: Associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 39-48, 2011.
- BITTENCOURT, G. K. G. D.; MOREIRA, M. A. S. P.; MEIRA, L. C. S.; NÓBREGA, M. M. L.; NOGUEIRA, J. A.; SILVA, A. O. Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/Aids, for the construction of nursing diagnoses. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEN**, v. 68, n. 4, p. 495-501, jul./ago. 2015.
- BORGES, G. M.; CAMPOS, M. B.; SILVA, L. G. C. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. In: ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. (Org.). **Estudos e análises, informação demográfica e socioeconômica número 3: mudança demográfica no Brasil no início do século XXI, subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. **Brasil avança em cumprimento da meta 90-90-90**. mar. 2015c. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/2015/brasil-avanca-em-direcao-ao-cumprimento-da-meta-90-90-90>>. Acesso em: 15 maio 2016.

BRASIL. **Guia de políticas, programas e projetos do governo federal:** Compromisso nacional para o envelhecimento ativo, Brasil. MULLER, N. P. (Org.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015b.

BRASIL. Lei nº. 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº. 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União** - Brasília, 5 out. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica:** Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DE DST/AIDS, 11, ano II, julho 2001. Cuiabá. Brasília: Coordenação Nacional de DST/A, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/Informe11.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional de DST/AIDS:** princípios, diretrizes e estratégias. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias:** guia de bolso, 8. ed. rev., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo hiv.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS Ano IV**, n. 1, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático:** DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] União** - Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 14 jan. 2016.

BRASIL. Portaria nº. 29, de 17 de dezembro de 2013. Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União – Seção 1**, n. 245, p. 59, 18 dez. 2013b.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207-17, mar./abr. 2000.

CAMARGO, B. V.; TORRES, T. L.; BIASUS, F. Práticas sexuais, conhecimento sobre HIV/Aids e atitudes a respeito da relação amorosa e prevenção entre adultos com mais de 50 anos do sul do Brasil. **Liberabit**, v. 15, n. 2, p. 171-80, 2009.

CAMPO GRANDE. Instituto Municipal de Planejamento Urbano. **Perfil Socioeconômico de Campo Grande**. 17ª ed. rev. Campo Grande, 2010.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande. **Plano Municipal de Saúde de Campo Grande, MS/2014-2017**. Campo Grande: SESA, 2013.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande. Programa Municipal de DST/Aids. **Boletim epidemiológico**. Campo Grande: SESA, 2014. Anual.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande. Programa Municipal de DST/Aids. **Boletim epidemiológico**. Campo Grande: SESA, 2015. Anual.

CASTRO, S. F. F.; COSTA, A. A.; CARVALHO, L. A.; JÚNIOR, F.O. B. Prevenção da Aids em idosos: visão e prática do enfermeiro. **Revista Ciência & Saúde**, v. 7, n. 3, p. 131-40, set./dez. 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). BRANSON, B. M.; OWEN, M.; WESOLOWSKI, L. G.; BENNETT, B.; WERNER, B. G.; WROBLEWSKI, K. E.; PENTELLA, M. A. (Org). **Laboratory Testing for the Diagnosis of HIV Infection: Updated Recommendations**. 2014. Disponível em <<http://www.cdc.gov/hiv/pdf/hivtestingalgorithmrecommendation-final.pdf>>. Acesso em: 21 abril 2016.

CEZAR, A. K.; AIRES, M. ; PAZ, A. A. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis na visão de idosos de uma Estratégia da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 5, p. 745-50, set./out. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação CFM nº. 2/2016**. Dispõe sobre a conveniência e oportunidade de os médicos oferecerem aos pacientes, em consulta médica, a solicitação de testes sorológicos para o HIV, sífilis, hepatites B e C, bem como orientá-los sobre a prevenção destas infecções. Brasília, DF, 21 jan. 2016. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/2_2016.pdf>. Acesso em: 15 maio 2016.

COSTA, J. R. B.; ROMANO, V. F.; COSTA, M. R. R.; VITORINO, R. R.; ALVES, L. A.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. Formação Médica na Estratégia de Saúde da Família: percepções discentes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 387-400, 2012.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. Visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: os desafios de se mover no território. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v. 17, n. 44, p. 61-73, jan./mar. 2013.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia saúde da família: reflexão sobre algumas de suas premissas. In: V JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 2011, São Luís do Maranhão. **Resumos...** São Luís do Maranhão: UFMA, ago. 2011.

DARNAUD, T.; SIRVAIN, S.; IGIER, V. TAITON, M. A study of hidden sexuality in elderly people living in institutions. **Sexologies**, v. 22, p. 93-9, June 2013.

DINIZ, R. F.; SALDANHA, A. A. W. Aids e velhice: crenças e atitudes de agentes comunitários de saúde. **Temas em Psicologia**, v. 16, n. 2, p. 185-98, 2008.

DOBASHI, B. F. **Os caminhos da gestão em saúde no Mato Grosso do Sul: da reforma sanitária ao COAP**. Campo Grande – MS, 2014.

DRIEMEIER, M. **Vulnerabilidade de idosos que frequentam os centros de convivência de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, a síndrome da imunodeficiência adquirida**. 2010. 76 f. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campo Grande, 2010.

DRIEMEIER, M.; ANDRADE, S. M. O.; PONTES, E. R. J. C.; PANIAGO, A. M. M.; CUNHA, R. V. Vulnerability to AIDS among the elderly in an urban center in central Brazil. **Clinics**, v. 67, n. 1, p. 19-25, 2012.

FAVARETTO, J. A.; MERCANTE, C. **Biologia**, 1 ed., São Paulo: Moderna, 2005.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, A. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n. 20, p. 1869-78, 2015.

FIOCHI, P. I. C. Q. **De posição em posição: os giros de discurso e a questão do saber na Educação em Saúde a partir de uma experiência junto a equipes da Estratégia Saúde da Família**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras, Assis, 2009.

FRACOLLI, L. A.; CASTRO, D. F. A. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 427-32, 2012.

GIRONDI, J. B. R.; ZANATTA, A. B.; NOTHAFT, S. S.; SANTOS, S. M.A. Perfil epidemiológico de idosos brasileiros que morreram por síndrome da imunodeficiência adquirida entre 1996 e 2007. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 2, p. 302-307, 2012.

GLINA, S. **Aids também atinge os idosos**. Diário de São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/noticia/aids-tambem-atinge-os-idosos>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

GOMES, P. **Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana tipo 2 (HVI-2)**, 2002. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net.pdf/142.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2016.

GOMES, R. S. **O trabalho no programa saúde da família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial**. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

GOMES, S. F.; SILVA, C. M. Perfil dos idosos infectados pelo HIV/Aids: uma revisão. **Vitalle**, v. 20, n. 1, p. 107-22, 2008.

GONÇALVES, R. J.; SOARES, R.A.; TROLL, T.; CYRINO, E. G. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 393-403, 2009.

HILDEBRAND, S. M.; SHIMIZU, H. E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 3, p. 319-24, maio/jun. 2008.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. O desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital: idade adulta tardia (velhice). In: **Compendio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

KEIBER, R.; QUEIROZ, T. B.; MOTA, M. M. A. **Incidência de HIV/AIDS na Terceira Idade Atendidos de 2006 a 2011 no Serviço de Assistência Especializada da Policlínica de Gurupi – Tocantins**. v. 1, n. 6, p. 269-869, 2013. Disponível em: <<http://ojs.unirg.edu.br/files/journals/6/articles/269/supp/269-869-1-SP.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

KUBIN, M.; WAGNER, G.; FUGL-MEYER, A. R. Epidemiology of erectile dysfunction. **International Journal of Impotence Research**, v. 15, p. 63–71, 2003.

LAL, R. B.; CHAKRABARTI, S.; YANG, C. Impact of genetic diversity of HIV-1 on diagnosis, antiretroviral therapy & vaccine development. **The Indian Journal of Medical Research**, v. 121, n. 4, p. 287-314, Apr. 2005.

LAROQUE, M. F.; AFFELDT, A. B; CARDOSO, D. H.; SOUZA, G. L.; SANTANA, M. G.; LANGE, C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/Aids. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 774-80, dez. 2011.

LAURENTINO, N. R. S.; BARBOZA, D.; CHAVES, G.; BESUTTI, J.; BERVIAN, S. A.; PORTELLA, M. R. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. **RBCEH - Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, p. 51-63, jan./jun. 2006.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 700-1, maio/jun. 2003.

LOS ALAMOS NATIONAL LABORATORY. **HIV and SIV Nomenclature**, 2008. Disponível em: <<http://www.hiv.lanl.gov/content/sequence/HelpDocs/subtypes-more.html>>. Acesso em: 15 maio 2015.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, v. 9, supl., p. 41-65, 2002.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul. **Saúde inicia ações para o Dia Mundial de Luta Contra a Aids nesta terça**. Campo Grande, 2015. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/2015/11/30/saude-inicia-acoes-para-o-dia-mundial-de-luta-contra-a-aids/>>. Acesso em: 5 dez. 2015a.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Meio Ambiente e Desenvolvimento Econômico. **Diagnóstico socioeconômico de Mato Grosso do Sul – 2015**. Campo Grande, 2015b.

MENDONÇA, C. S. Saúde da família, agora mais do que nunca! **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 14, supl., p. 1493-1497, 2009.

MEULEMAN, E. J. H. Prevalence of erectile dysfunction: need for treatment?. **International Journal of Impotence Research**, v. 14, suppl. 1, p. 22-8, 2002.

MOREIRA, W. C.; LAGO, E. C.; VIANA, M. R. P.; CARVALHO, A. R. B.; FROTA, B. C.; PEREIRA, P. S. L. Sexualidade e prevenção de IST e HIV/Aids entre idosos usuários da estratégia saúde da família. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde - REPIS**, v. 1, n. 3, p. 76-82, 2015.

NASCIMENTO, E. P. L.; CORREA, C.R.S. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1304-13, 2008.

PAIVA, C. G. A. **Saúde sexual e reprodutiva da mulher**: análise da disponibilidade, percepções e habilidade no uso do preservativo feminino. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de concentração em Saúde Coletiva) - Programa de Pós - Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Belo Horizonte, 2014.

PEREIRA, G. S.; BORGES, C. I. Conhecimento sobre HIV/Aids de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. **Escola de Enfermagem Anna Nery** (impr.), v. 14, n. 4, p. 720-5, out./dez. 2010.

PINTO, C. S.; FERNANDES, C. E. S.; OLIVEIRA, R. D.; MATOS, V. T. G.; CASTRO, A. R. C. M. Transitioning through Aids epidemics – gender and temporality. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 19, n. 6, p. 657-9, oct. 2015.

RISMAN, A. Sexualidade e terceira Idade: uma visão histórico-cultural. **Textos Envelhecimento**, v. 8, n. 1, p. 15-32, 2005.

ROBERTSON, D. L.; ANDERSON, J. P.; BRADAC, J. A.; CARR, J. K.; FOLEY, B.; FUNKHOUSER, R. K.; GAO, F.; HAHN, B. H.; KALISH, M. L.; KUIKEN, C.; LEARN, G. H.; LEITNER, T.; MCCUTCHAN, F.; OSMANOV, S.; PEETERS, M.; PIENIAZEK, D.; SALMINEN, M.; SHARP, P. M.; WOLINSKY, S.; KORBER, B. **HIV-1 nomenclature proposal**: a reference guide to HIV-1 classification. 1999. p. 492-505. Disponível em: <<http://www.hiv.lanl.gov/content/sequence/HIV/COMPENDIUM/1999/6/nomenclature.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2015.

RODRIGUES, D. A. L.; PRAÇA, N. S. Mulheres com idade ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 321-7, jun. 2010.

SALEMI, M.; OLIVEIRA, T.; SOARES, M. A.; PYBUS, O.; DUMANS, A. T.; VANDAMME, A. M.; TANURI, A.; CASSOL, S.; FITCH, W. M. Different epidemic potentials of the HIV-1B and C subtypes. **Journal of Molecular Evolution**, v. 60, n. 5, p. 598-605, may 2005.

SANTANA, P. P. C.; ANDRADE, M.; SANTOS, É. I.; ESPÍRITO SANTO, F. H.; BRAGA, A. L. S.; TEIXEIRA, P. A. Evidências científicas de enfermagem acerca do HIV/AIDS entre idosos: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 278-89, jul./set. 2015.

SANTOS, A. F. M.; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 1, p. 147-57, jan. 2011.

SARRETA, F. O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 4, p. 585-93, out./dez. 2008.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 10, supl., p. 243-53, 2005.

SILVA, A. D. S.; SANTOS, S. F. S.; PAULO, T. R. S. Viver ativo: relato de experiência em atividade física com idosos no município de Parintins - AM. **Revista Acta Brasileira do Movimento Humano**, v. 5, n. 5, p. 30-42, abr./jun. 2015.

SILVA, F. D. 40 horas na ESF? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 6, n. 18, p. 15-6, jan./mar., 2011.

SILVA, H. R.; MARREIROS, M. C.; FIGUEIREDO, T. S.; FIGUEIREDO, M. L.F. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com Aids em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**, v. 20, n.4, p. 499-507, dez., 2011.

SILVA, N. H. L. P. **Saúde da família**: sentidos produzidos em grupo com agentes comunitários de saúde acerca do HIV/Aids. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, N. H. L. P.; CARDOSO, C. L. Agentes comunitários de saúde: sentidos acerca do trabalho em hiv/aids. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. 2, p. 247-56, 2008.

SOUSA, J. L. Sexualidade na terceira na idade: uma discussão da Aids, envelhecimento e medicamentos para a disfunção erétil. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 20, n. 1, p. 59-64, 2008.

SOUZA, T. R. C. **Impacto psicossocial da Aids: enfrentando perdas...** Resignificando a vida. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids, 2008.

STEPHENS, P. R. S.; OLIVEIRA, M. B. S. C.; RIBEIRO, F. C.; CARNEIRO, L. A. D. **Virologia: conceitos e métodos para a formação de profissionais em laboratórios de saúde.** Capítulo 2, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap2.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

TAKEBE, Y.; KUSAGAWA, S.; MOTOMURA, K. Molecular epidemiology of HIV: Tracking AIDS pandemic. **Pediatrics**, v. 46, n. 2, p. 236-44, Apr. 2004.

TELLES, S. H.; PIMENTA, A. M. C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 3, p. 467-78, 2009.

UNAIDS. **Boletim Informativo: UNAIDS/ONUSIDA relatório para o dia mundial de luta contra Aids/SIDA 2011.** Disponível em: <www.aids.gov.br/.../2011/.../20111121_fs_global_em_pt_final_docx_1504>. Acesso em: 15 dez. 2015.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **UNAIDS Report On the global Aids epidemic 2015.** Genebra, 2015a. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_en.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2015.

UNAIDS-BRASIL. **Cientistas defendem estratégias inovadoras para atingir a meta 90-90-90.** Set. 2015b. Disponível em: <<http://unaids.org.br/2015/09/cientistas-exploram-estrategias-para-atingir-a-meta-90-90-90/>>. Acesso em: 15 maio 2016.

YARAK, A. HIV-1 e HIV-2: conheça a diferença entre os vírus que causam a Aids. **Revista eletrônica VEJA**, 2010. Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/entenda-a-diferenca-entre-hiv-1-e-hiv-2-causadores-da-aids>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

ZAKABI, D. **Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na atenção básica: a perspectiva dos profissionais de saúde.** Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ZORNITTA, M. **Os novos idosos com Aids e desigualdade à luz da bioética.** Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS EM IDOSOS, CAMPO GRANDE, MS

Pesquisador: VALDIRENE SILVA PIRES MACENA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42324114.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.151.462

Data da Relatoria: 16/07/2015

Apresentação do Projeto:

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) causa a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A AIDS é uma epidemia de difícil controle, e nos últimos anos, vem crescendo entre os idosos. Estima-se que até 2025, o Brasil será o sexto país no mundo em população idosa e alguns fatores e condições de vida dos idosos como: aumento das relações sexuais atrelada ao preconceito do uso de preservativos, a falta de conhecimento, os mitos, os tabus e a falta de divulgação sobre a doença, são determinantes para a incidência da AIDS na terceira idade. Diante da problemática situação da vulnerabilidade ao HIV, o presente projeto tem como objetivo avaliar as estratégias e ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na vigilância epidemiológica do HIV/AIDS em idosos no Município de Campo Grande/MS. A pesquisa é um estudo descritivo, seccional, quantitativo, do tipo documental com levantamento de dados de idosos vulneráveis ao risco de infecção pelo HIV através de questionário com os Agentes Comunitários de Saúde. Espera-se que dessa forma, as estratégias e ações dos ACS aos idosos sejam reformuladas a fim de prestar ação preventiva, orientando e incentivando a população idosa a se proteger melhor do HIV/AIDS.

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS



Continuação do Parecer: 1.151.462

Objetivo da Pesquisa:

- Identificar as estratégias e ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na vigilância epidemiológica da infecção pelo HIV/AIDS em idosos no Município de Campo Grande/MS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não se declara riscos ou prejuízos individuais ou coletivos para esta pesquisa. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas e asseguro o sigilo sobre sua participação.

Benefícios:

A participação dos Agentes comunitários de Saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família de Campo Grande, MS Contribuirá para realizar levantamentos de dados de idosos com HIV/AIDS nas Unidades Básicas de Saúde da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa descritiva, seccional e quantitativa, acerca do atendimento de pacientes com HIV/AIDS, nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Pesquisa de alta relevância social e ótima fundamentação teórico metodológica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisa apresenta todos os termos;

Recomendações:

Não se aplica;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica;

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS

Bairro: Caixa Postal 549

CEP: 79.070-110

UF: MS

Município: CAMPO GRANDE

Telefone: (67)3345-7187

Fax: (67)3345-7187

E-mail: bioetica@propp.ufms.br



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL -
UFMS**



Continuação do Parecer: 1.151.462

CAMPO GRANDE, 16 de Julho de 2015

Assinado por:
PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

**APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA**



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome do (a) ACS: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Sexo: () Feminino () Masculino

Escolaridade: () Ens. Fundamental () Ens. Médio () Ens. Superior () Outros

Nome da UBSF: _____

Micro-área (MA) de atuação: _____ Distrito Sanitário: _____

Tempo de atuação na UBSF: _____

Caro (a) Agente Comunitário de Saúde, por favor responda abaixo:

01) Na sua UBSF há campanhas para prevenir Doença Sexualmente Transmissível (DST) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em idosos?	() Sempre	() Às vezes	() Nunca
02) Na sua UBSF existem estratégias e ações para enfrentar a epidemia da AIDS na terceira idade?	() Sim	() Não	
03) Você acha que o idoso é vulnerável ao risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)?	() Sim	() Não	
04) Durante suas visitas domiciliares, você tem dificuldade de conversar com os idosos sobre a vulnerabilidade ao risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) na terceira idade?	() Sim	() Não	
05) Ao realizar suas visitas domiciliares, os idosos expõem sua vida sexual para esclarecer suas dúvidas sobre o risco da transmissão do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)?	() Sim	() Não	
06) Você orienta os idosos sobre o uso de preservativos?	() Sempre	() Às vezes	() Nunca
07) Há distribuição de preservativos na sua UBSF?	() Sim	() Não	
08) O fornecimento de preservativos na sua UBSF é regular?	() Sim	() Não	
09) Na sua UBSF existem campanhas educativas de prevenção da DST/AIDS para a comunidade?	() Sim	() Não	
Qual o público alvo?			
10) Você já fez algum treinamento em DST/AIDS?	() Sim	() Não	
Se sim, quando foi este treinamento:	() a menos de 01 ano	() mais de 01 ano	() mais de 02 anos
11) O Programa DST/AIDS na sua UBSF está funcionando?	() Sim	() Não	
12) Existe na sua UBSF capacitação para os Agentes Comunitário de Saúde para prevenção de DST/AIDS na comunidade?	() Sim	() Não	
13) Para fortalecer o programa de DST/AIDS e orientar a comunidade, você sente a necessidade de capacitar-se para aprofundar seu conhecimento sobre o HIV e a AIDS em idosos?	() Sim	() Não	

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO AOS MÉDICOS DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nome do (a) Médico (a): _____
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Sexo: () Feminino () Masculino
Nome da UBSF: _____
Micro-área (MA) de atuação: _____ Distrito Sanitário: _____
Tempo de atuação na UBSF: _____

Caro (a) Médico (a), por favor responda abaixo:

01 - Há homens idosos que procuram o serviço para prescrição/orientação de medicamentos para disfunção erétil? () Sempre () Às vezes () Nunca
02 - Você prescreve medicamentos para disfunção erétil? () Sempre () Às vezes () Nunca
03 - Você orienta uso de preservativo para os idosos de sua área? () Sempre () Às vezes () Nunca
04 - Você já diagnosticou casos de DST em idosos no último ano? () Sim () Não
05 - Você oferece o teste do HIV para seus pacientes idosos? () Sempre () Às vezes () Nunca
06 - Você tem conhecimento de idoso de sua área com HIV/AIDS? () Sim () Não

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) DOS AGENTES COMUNITARIOS DE SAÚDE E MÉDICOS



Serviço Público Federal
Ministério da Educação
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Caro (a) _____,

Para participar da pesquisa **AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DO HIV/AIDS EM IDOSOS, CAMPO GRANDE, MS.**

Você foi selecionado (a) para participar de uma entrevista, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou a instituição.

O objetivo geral deste estudo é identificar as estratégias e ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Vigilância Epidemiológica da infecção pelo HIV/AIDS em idosos no Município de Campo Grande/MS.

Benefícios: Sua participação é de suma importância nesta pesquisa, pois contribuirá para realizar levantamentos de dados de idosos em sua Unidade e sua identidade será guardada. E, por questões éticas não haverá qualquer forma de compensação econômica ou outro benefício individual por sua participação.

Riscos/Prejuízos: Não se declara riscos ou prejuízos individuais ou coletivos para esta pesquisa. As informações obtidas por meio desta pesquisa serão publicadas e asseguro o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Valdirene Silva Pires Macena (Pesquisadora)

e-mail: valpiresmacena@hotmail.com

Residencial Ilha Serena

Av. Rita Vieira de Andrade, 700

Apartamento 117

Telefone de contato: (67) 99128-5728

Parque Rita Vieira

CEP: 79.0524-20

Campo Grande/MS

Declaro que entendi o objetivo e benefícios de minha participação, e concordo, voluntariamente, em participar da entrevista.

Assinatura do (a) participante na pesquisa

Local: _____ Data: ____/____/2015.