



Programa de Pós-Graduação – Mestrado Profissional em Psicologia

Isis Alves de Carvalho

TRABALHO FINAL DE CURSO

**EQUIPE ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS: UMA INTERVENÇÃO VOLTADA A
ATENÇÃO À PESSOA IDOSA**

Santa Cruz, RS

2021

Isis Alves de Carvalho

TRABALHO FINAL DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO

**EQUIPE ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS: UMA INTERVENÇÃO VOLTADA A
ATENÇÃO À PESSOA IDOSA**

Trabalho final apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para o título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa

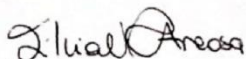
Santa Cruz, RS

2021

Isis Alves de Carvalho

**EQUIPE ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS: UMA INTERVENÇÃO VOLTADA
A ATENÇÃO À PESSOA IDOSA**

Este trabalho final foi submetido ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado Profissional; Área de Concentração Saúde Mental e Práticas Sociais; Linha de Pesquisa em Práticas Sociais, Organizações e Cultura, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Psicologia.



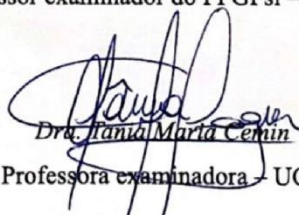
Dra. Silvia Virginia Coutinho Areosa

Professora orientadora PPGPsi- UNISC



Dr. Eduardo Saraiva

Professor examinador do PPGPsi – UNISC



Dra. Jânio Maria Cemin

Professora examinadora – UCS

Santa Cruz do Sul

2021

DEDICATÓRIA

Dedico a **Deus**, por me conceder saúde e sabedoria para seguir sempre em frente. Obrigada por ser a minha força e o meu guia em todos os momentos. A ti, Senhor, toda honra e toda a glória.

A minha filha, **Sophia de Carvalho Farias**, a quem não canso de dizer o quanto a amo, e que sempre estará em primeiro lugar em minha vida.

Aos meus pais, **Saira de Freitas Alves e Olavo Luz de Carvalho Filho**, pelo apoio em todos os momentos da minha vida. Por acreditarem em mim e não medirem esforços para a concretização dos meus sonhos. Sem vocês, nada seria possível. Amo vocês com amor eterno!

Ao meu namorado, **Pedro Cláudio dos Reis Pandolfo**, pelo incentivo, respeito e espaço nos momentos em que eu precisei dedicar-me à pesquisa, colocando-se à disposição para o que se fizesse necessário.

E a toda a minha família.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Professora Doutora **Silvia Virginia Coutinho Areosa**, pelos ensinamentos, por seu exemplo de ética e cidadania, por sua capacidade de agregar alunos interessados na busca de evidências para auxílio das pessoas idosas, por sua dedicação à profissão, não descuidando da sua família. Por acreditar e valorizar a profissão psicóloga, por confiar na minha capacidade, pela amizade, cuidado e, sobretudo, sua paciência em todos os momentos.

À coordenadora do Serviço SAE e ao Secretário de Saúde do município, **Ana Paula Moraes da Silva Barrufi** e **Luciano Son Saltiel**, pela aprovação do estudo e possibilidade de promover o bem-estar dos pacientes.

Às amigas, **Juliani Saldanha Pereira** e **Kalinca Santos**, pela colaboração na produção gráfica e troca de conhecimentos na área de enfermagem.

À cunhada **Aline dos Reis Pandolfo**, pela revisão e correção da língua inglesa no resumo do presente trabalho.

Aos colegas deste Mestrado, em especial à **Anameri Bonotto Rodigheri**, pelas viagens, conversas e risos compartilhados, além de todo o incentivo e carinho, fazendo-se presente, mesmo que distante, nesta trajetória.

Aos **Pacientes** e **Profissionais de Saúde** que participaram do estudo, por sua disposição, seu tempo despendido, compartilhando vivências e contribuindo com meu aprendizado e evolução como ser humano. Impossível esquecê-los!

RESUMO

O Brasil passa por um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso. Por isso, existe a necessidade de se proporcionar maior qualidade de vida ao segmento idoso da população, enfocando os aspectos físicos, sociais e psicológicos. Nesse cenário, o vigente estudo apresenta uma pesquisa qualitativa que analisou a atuação de uma equipe e pacientes em um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS de um município de médio porte do Rio Grande do Sul. Para tanto, as intervenções iniciaram com entrevista semiestruturada direcionada aos cinco profissionais de saúde que compõem o serviço, dois trabalhadores de apoio à saúde e quatro pacientes assistidos pelo local. Após, as observações e o acompanhamento dos usuários e familiares passaram a acontecer semanalmente, assim como as atuações junto à equipe interdisciplinar, o acompanhamento das informações médicas e as organizações de reuniões com a equipe. A partir dos resultados encontrados, a análise permitiu afirmar a necessidade de aprofundamentos sobre a Política de Saúde alusiva ao HIV/AIDS, a construção de grupos de apoio, orientação às pessoas idosas sobre prevenção e ações voltadas à testagem rápida e ao combate do preconceito. Nesse sentido, o protocolo de atendimento às pessoas idosas com HIV/AIDS constituiu o produto final e corroborou tanto para o propósito da pesquisa quanto para o mestrado profissional no que se refere à possibilidade de transformação de processos voltados para a melhoria da prática profissional. O presente trabalho está vinculado ao grupo de estudos e pesquisas em Envelhecimento e Cidadania, ligado à linha de pesquisa em Práticas Sociais, Organizações e Cultura do Mestrado Profissional em Psicologia da UNISC.

Palavras-chave: HIV/AIDS; pessoas idosas; Serviço de Atendimento Especializado; Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Nowadays, Brazil is going through a process of rapid and intense population aging. Therefore, there is a need to provide greater quality of life to the elderly segment of the population, focusing on physical, social and psychological aspects. Specially this scenario, the current study presents a qualitative research that analyzed the performance of health team, and patients in a specialized HIV/AIDS care service in a medium-sized municipality in Rio Grande do Sul semi-structured interview directed, to the five health professionals who make up the service, two health support workers and four patients assisted by the site. Afterwards, the observations and monitoring of users and family started to happen weekly. As well as the work with the interdisciplinary team, the monitoring of medical information and the organization of meetings with the team. Based on the results found, the analysis is made it possible to affirm the need for further research on the Health Policy alluding to HIV/AIDS, the construction of support groups, guidance to elderly people on prevention, and actions aimed at rapid testing and combating prejudice. In this sense, the care protocol for elderly people with HIV/AIDS constituted the final product of the dissertation and corroborated, both for the purpose of the research and for the professional master's degree with regard to the possibility of transforming processes aimed at improving the practice professional. The present work was linked to the group of studies and research in Aging and Citizenship, linked to the line of research in Social Practices, Organizations and Culture of the Professional Master in Psychology at UNISC.

Keywords: HIV / AIDS; Old people; Specialized Customer Service; Health professionals.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)

CD4 - Células do sistema imunológico (linfócitos)

COVID-19 - Corona Vírus Disease (Doença do Coronavírus)

EPA - Educação Permanente em Saúde

FD - Fluxograma Descritor

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH - Homens que fazem sexo com outros homens

ITS - Infecção de Transmissão Sexual

LGBTQI+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais

PVHA - Pessoa vivendo com HIV/AIDS

PEP - Profilaxia pós-exposição

PreP - Profilaxia pré-exposição

PTS - Projeto terapêutico singular

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Tratamento anti- retroviral

UDM - Unidade Dispensadora de Medicamentos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 DESCRIÇÃO DA PESQUISA/INTERVENÇÃO REALIZADA.....	13
3 DESCRIÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO.....	22
4 PRODUÇÃO TEÓRICA.....	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXOS.....	43
ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP.....	44
ANEXO B – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	47
ANEXO C – ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	48
ANEXO D – ENTREVISTA COM OS IDOSOS.....	49
ANEXO E – NORMAS DA REVISTA PSICOLOGIA: SAÚDE & DOENÇAS.....	50
APÊNDICES.....	53
APÊNDICE A – FLUXOGRAMA DESCRITOR DE ATENDIMENTO DE UM SAE DO RIO GRANDE DO SUL.....	54
APÊNDICE B – PRODUTO TÉCNICO.....	55

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é resultante de uma manifestação clinicamente avançada da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Quando não tratada a infecção pelo HIV, é capaz de gerar a imunossupressão progressiva, acarretando na desregulação imunitária. Esta pode provir em infecções oportunistas ou manifestações definidoras da AIDS quando em presença do HIV (Pereira et al., 2016).

A infecção pelo HIV/AIDS evidencia-se como um problema de saúde pública de esfera mundial em virtude do contínuo crescimento da infecção. Ainda que conquistas e avanços foram alcançados, o enfrentamento continua sendo um desafio devido a sua complexidade clínica e por questões que envolvem o preconceito (Pereira et al., 2016). Nesse sentido, o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) surgiu a partir de dificuldades vivenciadas por profissionais do serviço, da prática diária, atreladas a inúmeras dúvidas durante o processo de trabalho e da ausência de um programa de atualização sobre a assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS. O SAE tem como propósito o diagnóstico e acompanhamento de pessoas com Infecção de Transmissão Sexual – IST (Ferreira, 2016).

Além do mais, a epidemia de HIV/AIDS vem sofrendo várias mudanças em seu perfil no decorrer do tempo, dentre elas a feminilidade, comportamento sexual, juventude e o envelhecimento, demonstrando que não há mais indivíduos particularmente vulneráveis ao vírus HIV, visto que todas as fases do ciclo de vida estão expostas à contaminação (Santos & Alessandra, 2011). O aumento do número de casos de HIV entre as pessoas idosas tem sido associado ao envelhecimento da população brasileira, ao aumento da sobrevivência das pessoas portadoras do HIV/AIDS e ao acesso a medicamentos para distúrbios eréteis, fator que tem prolongado a atividade sexual deste público, em associação com a desmistificação do sexo na terceira idade. Muitas são as causas atribuídas ao aumento dos índices de contaminação e de pessoas com mais de 60 anos vivendo com o HIV/AIDS, dentre eles: mudanças socioculturais, sobretudo a sexualidade; resistência por parte das pessoas idosas em utilizar camisinha; inovações na área da saúde; acesso à terapia antirretroviral; e inovações na área medicamentosa (Serra et al., 2013).

Quando se fala em prevenção em informações sobre formas de contaminação, na maioria das vezes, não se inclui a população idosa. O indivíduo torna-se vulnerável a infecções oportunistas, que podem ser transmitidas através de relações sexuais desprotegidas, por compartilhamento de seringas contaminadas ou durante o parto ou amamentação, no caso de não haver um acompanhamento especializado. Pensar sobre o segmento idoso diante da epidemia da AIDS, mais especificamente junto às pessoas idosas que vivem com AIDS, leva ao interesse de conhecer quais

as características deste em relação ao processo de prevenção, de contaminação e re-infecção, vida social e sexualidade.

Graças aos avanços no tratamento da AIDS, nota-se uma melhora na sobrevivência da população, mesmo após a manifestação dos sintomas. O tratamento com antirretrovirais possibilita que as pessoas portadoras do HIV vivam por mais tempo e com mais qualidade (Schröder, 2012). Desse modo, percebe-se uma nova categoria relacionada às pessoas com AIDS na terceira idade, existindo aquelas que contraíram o vírus após os 60 anos de idade, bem como aqueles que já envelheceram com o HIV, uma vez que os sintomas podem levar anos para se manifestar. No entanto, torna-se indiferente a idade que se adquiriu o HIV/AIDS, sendo necessário tratar sobre esse assunto com as pessoas idosas, uma vez que esse tema traz desafios, medos, contradições e preconceitos.

Atrelado ao fenômeno da velhice, observa-se outro aspecto que também cabe ser estudado, o incremento de novos casos de infecção pelo HIV entre homens que fazem sexo com homens (HSH) com mais idade. A análise apresentada no último Boletim Epidemiológico de AIDS e IST do Ministério da Saúde (Brasil, 2018) mostrou que houve crescimento de 32,9% nos últimos dez anos na proporção de casos de AIDS entre HSH, passando de 35,6% em 2006 para 47,3% em 2016. Apesar de se configurar com forte engajamento na resposta à epidemia desde os seus primórdios nos anos 1980 (Calazans, 2018), gays e outros HSH têm sido negligenciados pelas políticas de saúde e, mais especificamente, pela política de combate à AIDS.

A partir da temática do HIV/AIDS e por meio da atuação em um serviço de saúde especializado, averiguou-se a necessidade da implementação de estratégias de prevenção abrangendo o público idoso soropositivo, tal como: estímulo à prática sexual segura; estratégias de acompanhamento e controle, como o diagnóstico precoce; introdução e manutenção das terapias antirretrovirais; capacitação da equipe de saúde envolvida na assistência direcionada à terceira idade; e a garantia ao acesso ao tratamento por todas as pessoas, com vistas a evitar a disseminação da infecção. Para isso, a intervenção no local de trabalho percorreu um período de dez meses, partindo das entrevistas com os profissionais da saúde e usuários do serviço. Posteriormente, ocorreram as observações semanais e acompanhamento dos mesmos e seus familiares, do processo de acolhimento, das informações médicas/equipes, atuando junto à equipe interdisciplinar, organizando reuniões e, por fim, a elaboração de um protocolo de atendimento ao serviço SAE.

Anseia-se que essa produção técnica se torne uma ferramenta gerencial capaz de suprir a carência vigente e contribua para o aumento da eficiência do serviço prestado, servindo como fonte informativa para nortear outros serviços. Ademais, no campo de trabalho do Sistema Único de

Saúde (SUS), será de suma importância no que concerne às questões como a AIDS, o envelhecimento LGBTQI+ e o preconceito, de modo a municiar subsídios tanto para a instituição dos direitos e cuidados de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), quanto no desenvolvimento de ações e programas de prevenção voltados à população idosa.

Este trabalho final de curso está composto por 4 capítulos. No primeiro capítulo, apresentam-se as reflexões sobre a inserção no campo, a intervenção realizada e os resultados alcançados. No segundo, a produção do produto técnico e tudo que foi necessário para a sua confecção. No terceiro, a produção teórica sobre a temática feita e encaminhada para publicação à revista Psicologia, Saúde & Doenças. E, no quarto e último capítulo, são pontuadas as reflexões finais deste trabalho.

2 DESCRIÇÃO DA PESQUISA/INTERVENÇÃO REALIZADA

Neste capítulo, inicialmente, será contextualizado o ambiente onde ocorreram as intervenções da pesquisa, sendo este um Serviço de Atendimento Especializado (SAE), localizado em um município de médio porte do Rio Grande do Sul/RS. Posteriormente, serão pontuadas as intervenções realizadas para dar conta do problema identificado. Ademais, serão sinalizadas as demandas levantadas e, por fim, serão discutidos os resultados que respaldam o presente trabalho.

2.1 Contextualização do ambiente de intervenção da pesquisa

Vale destacar a composição da equipe, as atividades desenvolvidas e os aspectos da ambivalência, de modo a contextualizar o ambiente. Para tanto, o Serviço de Assistência Especializada (SAE) do município estudado é referência para outras localidades próximas. Atualmente, a equipe é composta por uma farmacêutica, dois auxiliares administrativos, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma psicóloga, um médico gastroenterologista, uma médica infectologista e uma funcionária de serviços gerais. A coordenação do serviço é realizada pela Farmacêutica, que opera também a farmácia do município.

Quanto às atividades no local, estas envolvem os atendimentos a pacientes com HIV e Hepatite C; realização de teste rápido de HIV, sífilis, Hepatite B e C; consultas com infectologista e gastroenterologista; realização de profilaxia pré-exposição (PreP) e profilaxia pós-exposição (PEP) relacionado ao HIV; dispensação de medicamento para tratamento antirretroviral; coleta de carga viral, CD4 de HIV e, quando necessário, genotipagem; coleta de carga viral de hepatite C; dispensação de testes rápidos para as unidades de saúde do município; relatório de fechamento dos testes realizados pelas unidades de saúde; atendimento de psicoterapia e enfermagem para procedimentos; ações de prevenção, como, por exemplo, distribuição gratuita de preservativos no comércio local; visitas domiciliares a pacientes com problemas de adesão ao tratamento; e acionar o Conselho Tutelar e Ministério Público em caso de infantis em abandono e/ou má adesão de tratamento.

Referente aos espaços internos no SAE, se distribui em recepção, ambiente de espera para os pacientes, uma sala para os médicos, uma sala para a psicóloga, uma sala para a assistente social, uma cozinha pequena, uma sala para procedimento, um banheiro para funcionários e outro para os pacientes. As coletas são realizadas pela enfermeira de forma ágil e dinâmica com os devidos cuidados de assepsia. O serviço oferece dois dias da semana para as coletas de Carga Viral e CD4 ligados ao HIV e um dia para as coletas de carga viral de Hepatite B e C, além de três turnos

estendidos que ocorrem das 17h às 20hs, flexibilizando também a realização das coletas de pessoas que não estavam agendadas.

2.2 Intervenções realizadas durante a pesquisa

No que concerne às intervenções no campo de atuação, esta teve início em junho de 2020, sendo finalizado em março deste ano, e totalizando mais de 135 horas de pesquisa e intervenção junto ao serviço especializado em HIV/AIDS em um município do interior do Rio Grande do Sul.

As estratégias predispostas percorreram inicialmente as entrevistas, cujos participantes foram cinco profissionais de saúde, contemplando um de cada especialidade, dois trabalhadores de apoio à saúde e quatro pacientes idosos assistidos pelo serviço. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas como tal a realidade das falas.

Os questionamentos feitos aos profissionais de saúde abordaram questões sobre: Problemáticas relacionadas ao HIV/AIDS; Políticas em saúde específicas para a questão do HIV/AIDS; Necessidades e fragilidades dos usuários idosos LGBT; Atuação a este público; Fatores de vulnerabilidade e prevenção; e, Possíveis aprimoramentos no serviço. Com os dados coletados, se constatou a carência de grupos de apoio, de orientação as pessoas idosas sobre prevenção, de ações voltadas à testagem rápida e combate ao preconceito e desconhecimento quanto às políticas públicas relativas ao HIV/AIDS.

Já nas entrevistas com os usuários idosos, foram elucidados aspectos sobre: Diagnóstico; Principais problemas após o resultado da sorologia; Adesão ao tratamento; Família; Homossexualidade; Sigilo; Fatores de risco que envolva o HIV/AIDS; e, Satisfação no atendimento do SAE.

Posteriormente, no local de intervenção, realizaram-se as observações e o acompanhamento semanal dos usuários e familiares dentro de uma rotina de atendimento; atuações junto à equipe interdisciplinar, acompanhando processos de acolhimento e reflexão sobre as especificidades de atuações; e, acompanhamento das informações médicas/equipes, buscando facilitar o processo de comunicação/compreensão desde a rotina de ingresso ao serviço.

Observando-se uma equipe fragmentada, fez-se necessário a construção de um Fluxograma Descritor. Este foi debatido e construído nas reuniões em conjunto com os profissionais de saúde. Primeiramente, elaborou-se o esboço de um diagrama em uma folha de ofício, sintetizando os passos e etapas sequenciais do processo de trabalho. Posteriormente, foi apresentado o modelo aos profissionais de saúde e, mediante aprovação, desenvolveu-se o Fluxograma Descritor, que será apresentado no Apêndice A.

As reuniões, por sua vez, foram estabelecidas semanalmente, em horário fixo, no sentido de promover discussões, reflexões e estudos de casos e ações sobre cuidado/humanização, além de escuta atenta das dúvidas e angústia dos mesmos.

Por fim, foi realizada a elaboração de um protocolo de atendimento com base nas necessidades sinalizadas pela equipe, tendo os profissionais de saúde como contribuintes no planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação sistemática do desempenho da equipe direcionada ao atendimento especializado ao público idoso.

2.3 Demandas levantadas

Durante uma reunião de equipe, houve o processo de discussão e formulação dos processos de trabalho resgatados na memória de cada profissional, com a procura por entrada e saída do usuário, tomada de decisões e barreiras, tendo como instrumento o Fluxograma Descritor (FD) como uma ferramenta analisadora para a produção da linha do cuidado. Rodrigues et al. (2020) reforçam a potência da ferramenta, que não se resume ao traçado gráfico do processo de trabalho, em que sua riqueza é completada pelos relatos da equipe que a formulou e seu conhecimento do trabalho assistencial. Os autores ainda ratificam que o FD é uma ferramenta potente para perceber os problemas existentes no serviço de saúde, a partir de um olhar sobre os processos de trabalho (Rodrigues et al., 2020).

O Fluxograma Descritivo foi produzido em dezembro de 2020 e a construção ocorreu em três etapas. A primeira foi a reunião com a equipe para formulação do processo de trabalho. Ao fim do expediente, os atores sociais envolvidos iniciaram a discussão para criação do esboço, com uma folha de papel indexada à parede, onde se procurou delimitar e traçar o caminho percorrido pelo usuário dentro do serviço até a sua saída (tratando-se do indivíduo HIV/AIDS positivo, essa saída não existe).

O segundo momento foi a organização das informações obtidas para transcrição da reunião, procurando, desse modo, aprofundar-se o máximo possível na riqueza de detalhes que o instrumento pode oferecer para explanação gráfica e criação final do Fluxograma Descritor. Este consistiu na construção de um diagrama, utilizando a simbologia padronizada para representação gráfica, como desenho de uma elipse representando entrada e saída, o retângulo como produção e execução de ações e o losango para definição de escolhas ou possibilidades de encaminhamentos (Magalhães et al., 2016).

A terceira etapa foi a apresentação dos resultados e do fluxograma pronto à equipe para a criação e instauração de uma linha do cuidado embasada em necessidades vivenciadas pelo serviço, no intuito de levar melhoria à produção do cuidado ao indivíduo vivendo com HIV/AIDS.

Até a execução deste trabalho, o serviço não dispunha de um fluxo de atendimento sistematizado. Posteriormente, tornou-se possível a avaliação da linha do cuidado para explanação dos vieses existentes no serviço que impossibilitavam a efetivação da linha do cuidado integral, bem como a assistência prestada ao usuário, além da contribuição científica que o estudo poderá proporcionar a outros Serviços de Atendimento Especializado (SAE), uma vez que não se encontram muitas pesquisas semelhantes na área.

Conforme o Fluxograma Descritor (Apêndice A), o usuário chega ao serviço e é atendido por ordem de chegada, seja demanda espontânea e/ou agendamento. A partir daí o usuário aguarda ser chamado na recepção, cujas principais demandas são: acolhimento, distribuição de insumos, orientações gerais, solicitações, educação em saúde e consultas agendadas aos usuários do SAE.

Não ocorrendo a prática do aconselhamento, o usuário sai do serviço. Caso contrário, o aconselhamento pode ser realizado pelo profissional disponível para o atendimento no momento, sendo um deles: enfermeiro, assistente social, farmacêutico, técnico de enfermagem, auxiliares administrativos, psicólogo e/ou estagiários que costumam participar para formação acadêmica/profissional. Isso consiste em uma atividade complexa e de suma importância para o processo de detecção do diagnóstico para sorologias do HIV, sífilis e hepatites virais. Trata-se de um processo sequencial e flexível de empoderamento pessoal, que visa a aquisição de autonomia do usuário, podendo acontecer em qualquer local e mesmo por um curto espaço de tempo (Lopes, 2010).

Posteriormente, conforme demanda e avaliação do profissional que realizou o aconselhamento, o paciente é direcionado para atendimento. As principais demandas do serviço são: atendimento profissional; procura espontânea por exames de IST's; violência sexual; acidente ocupacional; e situações de exposição de risco.

Referente ao atendimento médico, criou-se um modelo de anamnese a ser aplicado nos usuários pela enfermeira, estruturou-se o acolhimento antes da consulta médica. Em caso de usuários em situações de alta complexidade, desenvolveu-se um modelo de Projeto Terapêutico Singular, cujo conjunto de propostas de condutas terapêuticas foi articulado com os profissionais de saúde do SAE de maneira cuidadosa e sigilosa.

No caso de teste rápido, o usuário continua aguardando no serviço para o aconselhamento pós-teste. Resultando em sorologias negativas, o usuário é aconselhado e liberado. Destaca-se aqui a importância do vínculo estabelecido no momento pré-teste para incentivar a mudança de comportamentos de risco, levando o usuário a entender que ele é sujeito da própria saúde e transformação, demonstrando que um pré-teste falho, conseqüentemente, tem o pós-teste da mesma maneira. Positivando para qualquer tipo de sorologia, é realizada a notificação compulsória para a alimentação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Tendo como positivo para sífilis, o usuário é encaminhado ao Pronto Atendimento Municipal para tratamento e solicitado um retorno trimestral para acompanhamento de titulação. Para hepatites virais, o usuário é referenciado à vigilância epidemiológica, onde o serviço de regulação se responsabiliza por marcação de consultas com o infectologista na clínica regional. E, por fim, positivando para HIV, o usuário realiza as amostras confirmatórias, admite-se esse usuário ao SAE, onde o mesmo irá dar seguimento a seu tratamento, passa pelo acolhimento pós-teste e convoca-se parceiro sexual para a testagem. Apresentando sofrimento psíquico ou quando não há adesão ao tratamento, o mesmo é encaminhado à psicóloga do serviço.

Foram traçadas oficinas e ações educativas sobre HIV/AIDS às pessoas idosas, de testagem de HIV, de PEP e PrEP e mobilização social. Entretanto, não foram praticadas devido à situação atual de pandemia. Grupos de adesão com pessoas idosas, abordando as dificuldades ao tratamento antirretroviral (TARV), fatores associados e medidas de boa adesão esbarraram no mesmo motivo que impossibilitou a realização. Assim como a capacitação de profissionais de saúde da rede básica para produzir cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, considerando a transição do modelo de atenção especializada para o modelo de cuidado compartilhado.

Os resultados demonstram uma desorganização do processo de trabalho, que difere daquela embasada em protocolos ministeriais. Os trabalhadores estruturavam o atendimento em reposta à demanda e tempo disponível para o atendimento. Notadamente, existia uma fragmentação do trabalho e pouca diferenciação dos papéis de cada trabalhador, além de a oferta da assistência, por vezes, não ser centrada na necessidade de saúde do usuário.

O Fluxograma Descritor desvelou os vieses existentes no cuidado ao paciente HIV positivo, além da situação extenuante em que a equipe se encontrava. Permitiu desvelar a organização do serviço com foco nos nós críticos existentes para a criação de uma linha do cuidado estritamente focada nas necessidades do serviço e do usuário. Além disso, destaca-se a importância do papel da universidade no ensino da prática do aconselhamento, tanto na graduação como em outros níveis, objetivando a construção de um perfil acadêmico e profissional com habilidades e conteúdo que contemplem a perspectiva contemporânea e o seu papel social, estendendo os saberes em prol e para o benefício da comunidade.

Os problemas indicados pelo fluxograma aqui descrito são um ponto de partida importante para o planejamento dos serviços, uma vez que refletem as concepções de cuidado, revelando desafios e avanços na assistência prestada ao usuário, deixando claro que o processo de trabalho é dinâmico e que existem questões que passam despercebidas pelos trabalhadores. Esses dados enfatizam a importância de se analisar, planejar, organizar e avaliar os serviços para integralização das ações, assegurando o acesso universal e igualitário aos usuários e, especialmente, as ações referentes à mudança do modelo tecnoassistencial.

2.4 Discussão dos resultados alcançados

Através das intervenções, alguns resultados foram alcançados nos seguintes seguimentos e são descritos a seguir.

As funções desenvolvidas por cada profissional foram aclaradas, uma vez que não existia um horário propriamente protegido e preservado para consulta de enfermagem, acontecendo de forma fragmentada com o ingresso de novos pacientes ao serviço. Com isso, foram estipuladas reuniões semanais e um fluxo durante as coletas e os dias de consulta para uma melhor organização. Nesse sentido, é fundamental que a organização do serviço de saúde seja capaz de promover um melhor acesso àquelas pessoas idosas que buscam o serviço e àqueles que se identificou como tendo dificuldades de acessá-lo. Para isso, é necessário identificar as situações de maior vulnerabilidade, garantindo-lhes atendimento humanizado e correspondendo às necessidades (Resolução Nº 663/2014 – CIB/RS).

Mudanças estruturais passaram a ocorrer após observar que, no ambiente da recepção, concentravam-se os profissionais devido ao ar-condicionado. Em decorrência disso, ocorreu um episódio no qual o médico gastroenterologista atendeu na recepção. Os pacientes sentiram-se visivelmente constrangidos, visto que estavam presentes, no mesmo espaço, a recepcionista, a técnica de enfermagem e demais pacientes que estavam a chegar para a consulta. Destaca-se que a confidencialidade gera confiança, facilita o acesso das pessoas aos serviços de saúde e aproxima usuários e equipe. Ao contrário, rompê-la faz usuários perderem a confiança no profissional e no serviço, agravando os danos decorrentes de sua condição. Desse modo, preservar a privacidade e a confidencialidade - e não só das PVHA - é dever dos profissionais da saúde (Salvadori & Hahn, 2019).

Em vista disso, os medicamentos foram retirados da recepção e transferidos para a Unidade Dispensadora de Medicamentos Antirretrovirais (UDM) e a sala de coletas passou para outro recinto, estruturada ao fundo do serviço, proporcionando menor exposição do paciente e do profissional ao realizar os procedimentos. Por esse ângulo, tornar pública a condição de portador é expor-se ao julgamento social. A responsabilização da PVHA pelo sofrimento que abate o próprio corpo advém das rotulações atreladas ao surgimento e à história do HIV/AIDS, onde estar em um grupo de risco parecia ser apenas uma escolha simples entre o bem e mal. O combate à epidemia foi entrelaçado à amplificação da homofobia, e termos imortalizados como a “peste gay” fortaleceram preconceitos arraigados no imaginário social e a sanha de segmentos sociais hegemônicos por punir grupos e padrões taxados como “anormais” (Castellani & Moretto, 2016).

O acolhimento passou a anteceder as consultas médicas. Este, por sua vez, é uma ferramenta essencial para o estabelecimento do vínculo entre profissional, serviço de saúde e usuário,

facilitando, assim, o estabelecimento de uma relação de continuidade entre os agentes. Vale salientar que o acolhimento é uma atitude que ocorre em todo e qualquer contato entre profissional e usuário. Como tal, promove o estabelecimento de uma relação de confiança entre seus personagens, onde as pessoas que vivem com HIV/AIDS parecem lidar melhor com o sofrimento psíquico do diagnóstico, expressam seus sentimentos e angústias, superam dificuldades de revelação do diagnóstico e mostram-se abertas às ações de informação em saúde (Moreno & Reis, 2013). Portanto, infere-se que o acolhimento do indivíduo pode refletir na aceitação da nova condição, na adesão ao tratamento e na prevenção da transmissão do HIV (Colaço et al., 2019).

O aconselhamento passou a ocorrer no pós-teste anti-HIV, cuja prática é uma etapa fundamental no processo de testagem. Nesse ínterim, pontua-se que, no pós-teste, é necessário que o profissional preste um adequado suporte emocional e busque estabelecer um vínculo de confiança. Assim, o indivíduo se sentirá mais seguro em explicitar suas práticas de risco e o profissional terá oportunidade de realizar intervenções mais efetivas. Além disso, nos casos de diagnósticos da infecção por HIV, cabe ao profissional oferecer ao indivíduo o apoio emocional necessário para lidar com essa nova condição e participar ativamente de seu processo terapêutico (Araújo et al., 2017).

Diante desse cenário, criou-se um Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma vez que a pessoa idosa era assistida dentro do serviço como outro paciente qualquer, sem a gestão de riscos. Esse é um processo que requer um trabalho multiprofissional através de uma equipe capacitada para direcionar e resolver os desafios que possam surgir. O PTS abarca uma dimensão singular do indivíduo ou família, que configuram casos mais graves e que exige uma ação em equipe mais articulada e planejada (Mina, 2018). Têm-se como construção as seguintes etapas: Diagnóstico, Definição de metas, Divisão de responsabilidades e Reavaliação. Por fim, conseguiu-se cumprir todas as fases com o apoio dos profissionais do serviço, especialmente da farmacêutica, criando-se propostas para melhorar as condições de saúde destes usuários. Estes, por sua vez, apresentaram satisfação com esta abordagem, expressando sentimentos de segurança e amparo.

Construiu-se uma anamnese destinada à primeira consulta de enfermagem ao paciente idoso, visto que esse movimento facilitaria bastante no direcionamento das consultas médicas. Com relação ao gênero e sexualidade do paciente, nele foi incluso o tópico de “Homens que fazem sexo com outros homens” (HSH), uma vez que esse aspecto acrescentaria à consulta algumas particularidades. Corroborando, destaca-se que a anamnese, voltada aos hábitos de vida e perfil socioeconômico da PVHA, permite uma percepção das dificuldades enfrentadas na adesão, assim como dos fatores que possibilitam o enfrentamento dessas dificuldades (Foresto et al., 2017).

Também como parte da intervenção realizada, organizou-se, em parceria com a residente de Enfermagem, um momento de orientações a postos de saúde, quanto à aplicação do teste rápido e

suas especificidades, visto que algumas divergências na técnica podem acarretar em um diagnóstico tardio. Dentre os motivos que podem levar ao diagnóstico tardio do HIV na população idosa, tem-se que o diagnóstico do HIV não acontece na atenção primária, pois os profissionais de saúde que nela atuam solicitam a sorologia anti-HIV apenas durante os períodos de campanhas, ou para idosos viúvos, usuários de drogas e pessoas que relatam ter muitas parcerias, deixando de solicitar a sorologia para as pessoas idosas com relação estável.

Outro motivo é que há profissionais de saúde que percebem as pessoas idosas como assexuados e não levantam questionamentos sobre a sexualidade humana. Além disso, os profissionais enfatizam que a diferença de idade e as questões de gênero dificultam ainda mais o diálogo entre eles e a população idosa (Alencar & Ciosak, 2016). Com isso, nota-se que os mitos e preconceitos presentes no comportamento e nas ações cotidianas dos profissionais de saúde, que interferem no pensar e no agir, são refletidos no atendimento e resoluções de problemas da saúde das pessoas idosas, tornando-os mais vulneráveis nesse processo. A superação de estereótipos e preconceitos por parte dos profissionais de saúde em relação à sexualidade da pessoa idosa está diretamente relacionada à melhoria da assistência prestada a essa parcela da população, que refletirá na elaboração de novas políticas públicas em busca da redução da vulnerabilidade (Alencar & Ciosak, 2016).

Devido ao período de pandemia, fez-se necessário repensar o planejamento, a execução e a avaliação de estratégias a serem utilizadas. Portanto, sinalizam-se aqui duas estratégias de intervenção que foram planejadas anteriormente à COVID-19 e que, condigno ao grau de importância, foram incluídas na elaboração do Protocolo de Atendimento, podendo ser exploradas após a pandemia: ações educativas; e capacitação de profissionais da rede de Atenção Básica.

No que diz respeito às ações de prevenção, estas poderiam acessar os estabelecimentos ou áreas de aproximação junto à população gay, HSH e prostitutas. Estes públicos nem sempre comentam sobre suas práticas sexuais nas consultas, sendo atendidos pelos profissionais como população geral. Tampouco, nas atividades extramuros, a dificuldade de abordar tais grupos logra ser superada. A ausência de bares, boates e locais de sociabilidade voltados para esse público nos municípios, somada à escassa presença de organizações sociais LGBTQI+, também limita as possibilidades de aproximação (Monteiro & Brigeiro, 2019).

E, em relação à necessidade de educação permanente e sensibilização dos profissionais, capacitando-os, destaca-se a implantação da Educação Permanente em Saúde (EPS) como política nacional para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde, tendo em vista a articulação entre as possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a ampliação da capacidade resolutiva dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2004). No entanto, devido à pandemia e percebendo uma equipe sem entrosamento, trabalhando com funções de forma muito centralizada

em apenas dois profissionais, julgou-se mais adequado a elaboração de um Protocolo de Atendimento direcionado à pessoa idosa, para nortear e padronizar condutas de avaliação de riscos, intervenção clínica e monitoramento multidisciplinar, de modo sistemático, apoiadas em evidências científicas e validadas pelo corpo clínico do serviço.

De acordo com os resultados apresentados, a assistência às pessoas idosas que vivem com HIV/AIDS deve ser realizada de forma contínua, iniciando-se antes mesmo do diagnóstico, no aconselhamento, e acompanhando este indivíduo durante todo o curso de sua enfermidade. Todas as abordagens que ocorrem no serviço SAE buscaram aumentar a adesão de pacientes ao tratamento e, conseqüentemente, reduzir o número de abandonos.

Já as adversidades encaradas pelos homens idosos envolvidos neste estudo, dizem respeito a questões sobre estigmas, preconceitos e dificuldades com a adesão ao uso do preservativo.

Frente a este cenário, faz-se necessária, portanto, a adoção de políticas de saúde pública que concentrem sua atenção na população mais velha. Ademais, a realização de programas de prevenção voltada para o atendimento de pessoas com 60 anos ou mais deve atender as questões de sexualidade no envelhecimento, onde será necessário quebrar tabus. A sexualidade, nesta faixa etária, não é discutida e, em alguns casos, é até ignorada. Neste sentido, a invisibilidade da pessoa idosa LGBTQI+ advém da discriminação social que resulta no isolamento, na mortalidade precoce e na falta de acesso à saúde.

Vale sublinhar que o fortalecimento de ações intersetoriais no enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS e a organização e participação de atores da sociedade civil evitaria a duplicidade de esforços e otimizaria resultados. Para maior efetividade das ações, poderiam se estabelecer parcerias e trabalhar de modo integrado com outras áreas, como Educação, Assistência Social e Transporte. No entanto, o serviço público é um campo de difícil trabalho, na medida em que os entraves políticos, econômicos e estruturais são concretos. O processo de gerenciamento do serviço e política dentro do município compreende problemas para os quais são necessárias disposição e perseverança para o enfrentamento diário. Sendo assim, a presença de uma equipe coesa é indispensável para o alcance das metas e da estruturação de um serviço que preste assistência ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) com dignidade, resolutividade, integralidade e equidade, conforme preconizam as diretrizes do SUS (Brasil, 1988).

3 DESCRIÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO

Com base nas observações e intervenções realizadas no local, a análise permitiu afirmar que o serviço carece de informações sobre a política de saúde, da construção de grupos de apoio, de orientação as pessoas idosas sobre prevenção e de ações voltadas à testagem rápida e combate ao preconceito. Posto isso, o produto técnico desenvolvido para ajudar essa equipe foi um Protocolo de Atendimento às pessoas idosas com HIV/AIDS, de natureza digital, cuja demanda interna foi concebida a partir da necessidade de uma equipe multiprofissional do SAE. Este, por sua vez, apropriou-se do processo de construção e aprimoramento de um modelo de saúde mental direcionado ao público idoso em que todos os profissionais da equipe tenham participação ativa e se relacionem com outros serviços, melhorando a qualidade da assistência integral prestada.

O Protocolo abordou questões de saúde mental de pessoas idosas relacionadas às dimensões do viver com HIV/AIDS, às subjetividades no cuidado à saúde em serviços de HIV/AIDS, atividades de educação em saúde, busca ativa e campanhas direcionadas à pessoa idosa, de forma a esclarecer mitos e de incrementar mudanças comportamentais eficazes na prevenção do HIV/AIDS, às possibilidades de atenção integral, ao cuidado em equipe e ao desafio da inserção nas Redes de Atenção à Saúde.

A finalidade desse Protocolo, aqui pensado como produto da intervenção realizada, é apresentar orientações voltadas para as equipes dos Serviços de Atenção Especializada (SAE), relacionadas ao cuidado em Saúde Mental de pessoas idosas e o HIV/AIDS no campo da Saúde Coletiva, abordando as vulnerabilidades, os desafios e as possibilidades de inserção nas Redes de Atenção à Saúde, por meio da interface com outros pontos da Atenção.

Quanto a sua aplicabilidade, visa-se um produto técnico de potência elevada, uma vez que poderá proporcionar um modelo de atendimento a outros Serviços de Atendimento Especializado (SAE) e que não se encontram muitas pesquisas semelhantes na área. Conforme a abrangência que foi realizada, bem como a abrangência potencial, este Protocolo contemplou os três níveis de atenção à saúde no SUS: 1) a atenção básica, que é responsável pela implementação de ações de prevenção e assistência nas respectivas áreas de abrangência e populações adstritas; 2) a média complexidade, que dispõe de unidades de saúde com especialistas, os quais devem atuar como referência imediata à atenção básica e promover capacitação para melhor utilização dos fluxogramas e melhoria da acuidade clínica; e 3) a alta complexidade, que, além de realizar prevenção e assistência, contribui com resolução diagnóstica de maior sofisticação, desenvolve pesquisas e capacita os demais níveis de atenção. Nota-se, com isso, a possibilidade de uma replicabilidade deste produto, uma vez que se podem alcançar diferentes ambientes de atenção à saúde no SUS.

Dessa forma, estima-se que este produto técnico contribua na reformulação da organização do processo de trabalho em saúde, das práticas profissionais, sustente ações de formação permanente, subsidie políticas públicas sobre a promoção de saúde da pessoa idosa e lance novos olhares aos problemas enfrentados. O mesmo encontra-se apresentado no Apêndice II.

4 PRODUÇÃO TEÓRICA

Esta produção de artigo teórico foi feita como parte da exigência do PPG e encaminhada em 25 de novembro de 2020 à revista *Psicologia, Saúde & Doenças*.

HOMENS IDOSOS COM HIV: Percepção dos profissionais de saúde e prevenção

RESUMO

Atualmente, no cenário mundial, se registra um aumento no número de casos de HIV em homens idosos, trazendo a necessidade de estudos sobre as especificidades do atendimento a esse público. Este trabalho apresenta resultados de uma pesquisa qualitativa que analisou a atuação de profissionais de saúde em serviço público destinado a homens idosos, portadores do HIV, casados, em união estável/separados, que se relacionam/relacionaram com outros homens. Para tanto, foi utilizada uma entrevista semiestruturada com sete profissionais que compõem um serviço público de assistência especializada em HIV/AIDS de um município de médio porte do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram realizadas em horários agendados e no local de trabalho dos profissionais que quiseram participar de forma espontânea. As falas foram submetidas à análise de conteúdo e surgiram categorias como: mudança no perfil epidemiológico; envelhecimento, sexualidade, cultura e AIDS; repatologização das sexualidades divergentes; preconceito; trabalho em equipe: e desafios para a efetivação da integralidade às pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS. A partir dos resultados encontrados, a análise permitiu afirmar a necessidade de capacitação dos profissionais no serviço sobre a política de saúde, da construção de grupos de apoio, orientação às pessoas idosas sobre prevenção e ações voltadas à testagem rápida e ao combate do preconceito. A complexidade da atenção à saúde com foco nas pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS requer o investimento na integralidade das ações e do cuidado, lançando às equipes multiprofissionais o desafio da construção de uma prática interdisciplinar, especializada e capacitada para tanto.

Palavra-chave: Envelhecimento, homossexualidade, prevenção da AIDS.

ELDERLY MEN WITH HIV: Perception of health professionals and prevention

ABSTRACT

Currently, on the world stage there is an increase in the number of HIV cases in elderly men, bringing the need for studies on the specificities of care for this public. This work presents the results of a qualitative research that analyzed the performance of health professionals in a public service for elderly men, married with HIV, in a stable / separated union, who are related to other men. To this end, a semi-structured interview was used with seven professionals who make up a public service specialized in HIV / AIDS in a medium-sized municipality in Rio Grande do Sul. The interviews were conducted at scheduled times, at the workplace of the professionals, who wanted to participate spontaneously. The statements were submitted to content analysis and categories emerged, such as: Change in the epidemiological profile; Aging, sexuality, culture and AIDS; Repatologization of divergent sexualities; The prejudice; Teamwork: Challenges for making integrality effective for elderly people living with HIV / AIDS. Based on the results found, the analysis made it possible to affirm the need for training professionals in the service on health policy, the construction of support groups, guidance for elderly people on prevention, and actions aimed at rapid testing and combating prejudice. The complexity of health care with a focus on elderly people living with HIV / AIDS requires investment in the integrality of actions and care, launching the challenge of building an interdisciplinary, specialized and qualified practice for multiprofessional teams.

Keywords: Aging, homosexuality, AIDS prevention.

INTRODUÇÃO

No início da epidemia do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) no Brasil, em 1980 até junho de 2018, foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 247.795 casos de infecção pelo HIV, sendo 50.890 (20,5%) na região Sul (Ministério da Saúde, 2004). Além disso, constituiu-se o ranking estadual dentre os 55 municípios prioritários, aqueles que recebem incentivo federal, independentemente do número de habitantes, elaborado a partir do comparativo das taxas de detecção de AIDS, liderado por Charqueadas, seguida de Tramandaí e Porto Alegre.

Estudos epidemiológicos relacionados à AIDS, por faixa etária no Brasil, apontam para o aumento de 80% nas taxas de detecção do HIV em relação ao público de 60 anos e mais nos últimos 12 anos. Desde 1980 a 2016, foram notificados, ao total, 28.122 casos de idosos infectados pelo HIV por 100.000 habitantes. A população idosa ocupa o 10º lugar com maior incidência de AIDS no país (Ministério da Saúde, 2015; Maynard, 2016).

Atrelado à velhice, observa-se também o importante incremento de novos casos de infecção pelo HIV entre gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH). A análise apresentada no último Boletim Epidemiológico de AIDS e IST do Ministério da Saúde (2018) mostrou que houve crescimento de 32,9% nos últimos dez anos na proporção de casos de AIDS entre HSH, passando de 35,6% em 2006 para 47,3% em 2016. Apesar de se configurar com forte engajamento na resposta à epidemia desde os seus primórdios nos anos 1980 (Calazans, 2018), gays e outros HSH têm sido negligenciados pelas políticas de saúde e, mais especificamente, pela política de combate à AIDS.

Existem profissionais de saúde que não se sentem capacitados em destinar assistência em relação à saúde sexual dos idosos (Haesler et al., 2016). Nesse ínterim, percebe-se uma lacuna nas ações destinadas à população idosa no que diz respeito à prevenção do HIV/AIDS. Sabe-se ainda que ações de educação em saúde devem ser repensadas, uma vez que a forma de abordar o idoso não pode ser a mesma utilizada com o jovem. Nota-se que, a despeito do crescimento descomedido neste contorno de infectados, investe-se demasiadamente nas estratégias de controle da epidemia para as populações-chaves, como homens que praticam sexo com homens, transexuais, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e população presidiária, e a atenção é menos direcionada aos outros perfis, como no caso das pessoas idosas.

Nesse sentido, a pesquisa analisa as vulnerabilidades às DST/AIDS dos homens idosos, na perspectiva de gênero/geração, identificando lacunas e caminhos para o fortalecimento das ações programáticas de prevenção. O artigo apresenta as concepções dos profissionais e as dificuldades encontradas no atendimento ao paciente: homem idoso casado ou em união estável, portador do

vírus HIV/AIDS, assistido pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) de um município do Rio Grande do Sul.

MÉTODOS

O presente estudo é do tipo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa e foi realizado a partir de entrevistas individuais com profissionais da saúde. A pesquisa qualitativa consiste em uma tentativa de esclarecimento e contextualização por meio da teorização que interpreta e descreve o fenômeno estudado através dos sentidos e significados dados pelo sujeito do estudo, a partir de seus valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Minayo, 2012).

A coleta dos dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturado. A realização da mesma ocorreu em sala reservada, no próprio serviço de saúde, disponibilizado pela instituição e com garantia de sigilo e privacidade para os/as participantes. A entrevista teve o objetivo de conhecer aspectos do serviço direcionado ao público idoso, tais como: atuação profissional e trabalho preventivo; problemáticas; políticas em saúde voltadas ao HIV/AIDS; e necessidades e fragilidades dos usuários LGBT com mais de 60 anos. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas tal como a realidade das falas, para fins do estudo, e após descartadas, mantendo o sigilo dos entrevistados. Posteriormente, foi realizada a análise de conteúdo, que previu três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

A pesquisa foi realizada entre abril e julho de 2020, em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) localizado em um município de médio porte do Rio Grande do Sul. Foram incluídos/as os/as profissionais que atuavam no serviço, considerando um de cada especialidade: enfermeira, técnica de enfermagem, médica infectologista, farmacêutica, auxiliar de limpeza, recepcionista e motorista, totalizando sete entrevistas. A pesquisa obedeceu a todos os requisitos éticos e o projeto foi aprovado pelo CEP UNISC sob o parecer de número 167262/2019. Ao serem convidados/as para participar, esclareceu-se o teor da investigação, sendo a participação condicionada à aceitação dos termos da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Mudança no perfil epidemiológico

O rápido envelhecimento populacional global e o consecutivo aumento do número de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS fazem surgir novos desafios diante da vigente demanda populacional. A compreensão do comportamento sexual de idosos e suas vulnerabilidades ao

HIV/AIDS insurgem como problemáticas contemporâneas. Nesse sentido, nessa categoria, são apresentadas e discutidas as percepções dos profissionais de saúde destinadas às questões sobre HIV/AIDS, envelhecimento, sexualidade e cultura.

A sexualidade é um aspecto importante, central na vida do ser humano, e representa a interação de vários elementos, incluindo o sexo, identidades e os papéis de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. As pessoas experimentam e expressam a sexualidade de maneiras diferentes, através dos pensamentos, das atitudes, dos comportamentos e dos relacionamentos (World, 2018). No entanto, quando se trata da sexualidade na fase da velhice, esse assunto ainda é pouco explorado e discutido nos diversos cenários de atenção à saúde.

Com o uso dos descritores “AIDS and “idoso and sexualidade”, em uma revisão da literatura (Araújo et al., 2018), foram localizados 23 manuscritos, sendo que 11 possuíam abordagem específica relativa à temática em estudo, 6 foram revisões de literatura e outros 6 foram produções por meio de dados secundários. Os estudos que tratavam especificamente da temática apontam que a maior exposição de idosos ao HIV/ AIDS pode estar associada a fatores como: a demora na implementação de políticas de prevenção direcionadas a esse grupo etário; a invisibilidade do sexo na velhice; a desmistificação da sexualidade na terceira idade agregada à ampliação do acesso aos medicamentos para distúrbios eréteis e à participação de idosos em grupos de convivência; além da reduzida adesão ao uso de preservativos masculinos pelos idosos.

A limitada adesão das pessoas idosas ao uso de preservativo é um assunto recorrente em estudos internacionais e é influenciada por questões, como o baixo nível de conhecimento sobre o vírus, o envolvimento afetivo com parceiros sexuais e a multiplicidade de parceiros (Mirolid & Monto, 2016; Rosenberg et al., 2017). A diminuta adesão ao uso do preservativo entre pessoas idosas foi evidenciada por pesquisadores norte-americanos (Mirolid & Monto, 2016). No conteúdo das entrevistas, a utilização do preservativo foi apontada como a forma de prevenção contra a infecção pelo vírus HIV/AIDS. No entanto, foi observado que a maioria das pessoas idosas rejeita o uso desse recurso preventivo. Observa-se que a possibilidade de um idoso ser infectado pelo HIV parece invisível aos olhos dos próprios idosos, inexistindo a cultura do uso do preservativo:

“A não utilização do preservativo né! E a gente vê muito pela Pep que tem muito idoso, que a gente faz a medicação da Pep. É muito idoso, bastante idoso!” (A1).

“[...] eles acham que não vão pegar, então, a gente tenta buscar o acesso ao preservativo e tenta ter uma conversa pra que eles aceitem usar o preservativo e fazer o teste [...]” (A5).

A não utilização do preservativo pelos homens idosos pode ser explicada pelo receio de perder a ereção e por achar que o seu uso se restringe apenas às relações sexuais com profissionais do sexo (Napper et al., 2011). Essa questão também é salientada na fala de uma das profissionais:

“[...] aí tem a questão do preservativo que eles não querem usar, porque nunca usei, as vezes até em função da ereção, porque vai colocar e daí já perde a ereção” (A5).

O conceito de vulnerabilidade considera não só as práticas individuais, mas também características sociais, históricas e culturais, as quais acarretam maior suscetibilidade à infecção e adoecimento da população (Ayres et al., 2009). Essas repercussões culturais são reafirmadas nas seguintes falas dos profissionais:

“Devido à criação deles, eles são muito, eles não foram criados pra ficar se expondo, indo ao médico, coisa assim. Eles são muito reservados em relação a isso. Então, eles acham que, por eles, não vai acontecer, nunca vão pegar. Aí, onde eles se enganam!” (A2).

“[...] tem uma geração que passou anos casada com um relacionamento de longa data e depois que se separou, resolve... não tem mais o hábito de usar preservativo, de... né, uma série de cuidados que já vinha, assim, enraizado na pessoa esses hábitos de não usar preservativo [...]” (A6).

“[...] o idoso que é casado, nas antiga, né, ele via aquela mulher pra vida dele toda, né! Antigamente era assim, os homens casavam, só tinha a esposa e ela não podia sair. Aquela era a tua esposa pro resto da vida, mas eles podiam “pular a cerca”, eles podiam sair, andar com qualquer tipo de mulher, entendeu?!” (A7).

Diante disso, os profissionais de saúde necessitam estar cada vez mais abertos à quebra de paradigmas, visando a desconstrução de imagens estereotipadas da doença e da sexualidade na velhice. A representação errônea da pessoa idosa como ser assexuado e livre de contaminação pelo HIV/AIDS foi cristalizada no imaginário social, principalmente das pessoas com mais idade que vivenciaram o início da epidemia, o que pode dificultar a mudança de hábitos e a adoção de novas formas de lidar com a sexualidade (Silva & Camargo, 2017).

Ao falar sobre a experiência de envelhecer, é comum que idosos LGBT mencionem sobre uma tríade de dificuldades: o aceite de si mesmo, o aceite do outro e o medo do futuro, os quais ocasionavam o que se entende por negação da identidade sexual (Santos et al., 2018), sendo reforçado na seguinte fala:

“[...] a gente vê mais homem idoso LGBT do que mulheres [...] alguns nossos são casados com mulheres e têm dificuldade de se aceitar, em função... acho que cultura, né! Então, tem um certo medo, um receio [...]” (A5).

Dessa forma, entende-se a importância de se perceber que o risco é diferente entre os grupos de pessoas em suas diversas faixas etárias, motivadas pelos aspectos socioeconômicos, demográficos e culturais aos quais estão expostos. Logo, esses valores sociais e culturais demandam ações que não só transformem as representações sociais dos idosos, mas também que os estimulem a desenvolverem novas concepções acerca dessa temática (Oliveira et al., 2011).

Em pacientes idosos, o diagnóstico é realizado em uma fase tardia da história natural da infecção pelo HIV, e a solicitação do exame para HIV só ocorre após investigação extensa e por exclusão de outras doenças, o que atrasa o diagnóstico e o tratamento (Alencar & Ciosak, 2018). Entre esses achados, destaca-se um estudo realizado com dados dos prontuários do SAE da Universidade Federal de Pelotas e fichas de notificação compulsória armazenadas pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica municipal, de 1998 a 2013, com 142 idosos entre 60 e 83 anos de idade que mostrou que a maioria dos pacientes obteve diagnóstico de HIV com a imunodeficiência já instalada (Affeldt, 2015). Isso vai ao encontro da fala das profissionais:

“[...] muitos descobrem na velhice... eu acho que é isso que tem que começar a fazer... incentivar a usar preservativo e testagem rápida, né!” (A3).

“[...] hoje tá parecendo coisas que aconteceram no... há 5, 6 anos atrás... tipo, pessoas que descobriram agora, idosos que descobriram agora, foram pacientes que pegaram há 5, 6 anos atrás e não sabiam, né!”(A4).

“Eles não são assim, regularmente testados. Acho que essa população tinha que ser regularmente testada... Isso não acontece! Só acontece quando eles procuram o serviço de saúde, né, mas não, não existe uma... não parte do governo, quer dizer, tem programas que, né, que... agente de saúde que vão lá nas casas, mas na prática, acaba que a gente não vê isso... que não tem assim, acesso muito fácil aos sistemas de saúde” (A6).

Com base no que trazem os profissionais que estão na linha de frente, faz-se necessário criar novos formatos de educação em saúde cujo foco central seja o alcance de indivíduos descritos para este perfil de vulnerabilidade. Somente o conhecimento sobre as formas de contaminação não é suficiente para a prevenção contra esse vírus, sendo imperiosa a mudança de hábitos e a adoção de comportamentos protetores contra os fatores de risco de contaminação com o HIV/AIDS, a partir da compreensão da corresponsabilidade no cuidado de si e do outro (Silva & Camargo, 2017).

Dessa maneira, precisa-se colocar à disposição a realização de testes rápidos e grupos de orientação sexual, já que quanto mais cedo for realizado o diagnóstico mais cedo começa o tratamento, o que leva a diminuir a taxa de comorbidades e morbimortalidade relacionadas ao HIV. Percebe-se também que as respostas dos profissionais do estudo estão alinhadas com essa visão propositiva diagnóstica. No entanto, para viabilizar a promoção de saúde, é necessário perceber as singularidades de exposição conforme os atributos específicos de infecção ao HIV de diferentes populações, no intuito de promover a gestão de risco das pessoas frente as suas vulnerabilidades particulares.

Repatologização das sexualidades divergentes

Desde a descoberta da AIDS, grandes avanços já aconteceram, principalmente em relação aos medicamentos antirretrovirais, que conseguem proporcionar mais qualidade de vida aos pacientes. No entanto, pouco se tem avançado na tentativa de superar o preconceito e a discriminação na vida dos idosos vivendo com HIV. A partir dessa realidade, nesta categoria são debatidas as questões sobre a velhice LGBT e o HIV/AIDS, atrelado ao acesso do idoso ao serviço de saúde e ao preconceito a esse público.

É notório que pessoas idosas com diagnóstico de HIV enfrentam dificuldades tanto para aceitação como para o convívio em sociedade devido ao preconceito e desconhecimento das práticas sexuais mantidas ao longo do processo de envelhecimento (Alves et al., 2017). Somando-se a isso, manifesta-se o preconceito na sociedade quando se pensa em idoso LGBT (Santos et al., 2018). Diante desse panorama, tem-se a invisibilidade deste grupo que surge da incidência de homicídio e suicídio de pessoas LGBT, bem como das dificuldades sentidas pelos idosos LGBT em frequentar espaços públicos (Salgado et al., 2017), sendo esta última questão do preconceito salientada no discurso dos profissionais entrevistados:

“[...] eles até nem se manifestam muito, né, porque eles são meio discretos. Eles não... não sei se eles tem esse receio de chegar ali e... são poucos que tão ali que eu sei que, tem alguns que são amigos meus, né, mas eles não... conheço muitos que são, mas chegam ali e se retraem” (A3).

“[...] ele não quer que ninguém saiba, né, as vezes até homens casados, querem se relacionar com outros homens, homens casados com mulheres que eu tô dizendo, né, que querem se relacionar com outros homens, eles já não querem nem entrar, passar ali, que já vão dizer: “O que que aquela pessoa tá entrando ali? Ali é só vai quem têm HIV!” (A4).

“Eles já tem fragilidade de ser pessoas idosa, que já tem determinadas limitações físicas, limitações até de agilidade, enfim, e tem... e somado a isso tem a questão do preconceito, muitas vezes, né, do público LGBTQI+ e acabam sofrendo com isso...os pacientes que tivessem com carga viral indetectável, mantivessem esse atendimento na unidade básica, mas em função do preconceito, até segurança dos médicos da atenção básica, isso não acontece [...]” (A5).

Vale destacar também que o machismo se encontra imbricado no preconceito sexual, uma vez que se prega a posição do homem na sociedade como macho, logo o gay afeminado, a lésbica masculinizada, as travestis e as pessoas trans são discriminadas, pois não se enquadram nesses padrões. Os estigmas atrelados às pessoas LGBTQI+ dificultam as relações sociais, e tais estigmas advêm das atitudes negativas (Antunes, 2017). Essa questão como aspecto de vulnerabilidade ao idoso e o HIV também foi pontuada pelos profissionais:

“Já o paciente LGBTQI+, como já vem de uma cultura já muito antiga, às vezes têm dificuldade de vir por medo ou por vergonha” (A5).

“[...] e daí tem aquele machismo, eles não usam, aí acaba acontecendo isso aí!” (A3).

“Eles são muito machista, eu acho, são machista! Sei lá, daí eles querem pega todo mundo, querem prova que são homem ainda, né!” (A7).

Com base nisso, entende-se que o preconceito ocorre em peso triplo, visto que, na atual sociedade, ser idoso, LGBTQI+ e infectado pelo HIV parece ser algo inadmissível. Essa invisibilidade do idoso LGBTQI+, por sua vez, advém da discriminação social que resulta no isolamento, na mortalidade precoce e na falta de acesso à saúde (Santos et al., 2018).

Diante de todo esse panorama de atitudes e estereótipos voltados para a velhice LGBT com HIV/AIDS, uma possível forma de trazer visibilidade para esse público seria a elaboração de políticas públicas, como educação em saúde e intervenções psicossociais para a redução do preconceito (Araújo, 2016). É importante que essa política envolva o idoso no processo ensino-aprendizagem, respeitando e valorizando as culturas e os saberes da população e estimulando sua participação ativa na reconstrução de conhecimentos.

Ademais, é importante oferecer apoio psicossocial à pessoa idosa que recebe o diagnóstico positivo para o HIV/AIDS, proporcionando um cuidado integral às suas necessidades, não apenas biológicas, mas também psíquicas e sociais, o que resultará na promoção da sua saúde e bem-estar. Da mesma forma, inserir socialmente a pessoa idosa soropositiva, reconhecer os seus direitos, favorecer a sua participação na sociedade, fortalecer a sua dignidade e otimizar o envelhecimento ativo (Silva & Camargo, 2017) são ações imperativas neste processo.

Trabalho em equipe: Desafios para a efetivação da integralidade dos idosos que vivem com HIV/Aids

Ao longo da epidemia, busca-se desmistificar a proximidade da morte, considerando a AIDS como uma condição crônica, que necessita de uma atenção integral e constante. Nesse sentido, nesta categoria, serão abordadas questões referentes à invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas idosas com HIV, vislumbrando ações de prevenção, sob a ótica dos profissionais.

Como dito anteriormente, os testes rápidos implantados no Brasil, em 2011, são de suma importância para o enfrentamento do HIV/AIDS e sífilis no país. Conhecer a condição sorológica possibilita ao indivíduo mudança de comportamento. Além disso, no caso de diagnóstico positivo e adesão ao tratamento, há possibilidade de melhorias na qualidade de vida e, no caso da sífilis, existe cura (Machado et al., 2017). Por meio das falas a seguir, observa-se que os profissionais fazem referência à realização da testagem rápida para HIV:

“[...] hoje, ter AIDS é consciência, tanto do profissional em saúde, que não oferece pro paciente, não explica, que não custa nada, que é rápido, que eu posso ter e não saber ou o paciente

saber e hoje não querer tratar, que o tratamento tá bem simplificado, sem efeito colateral, então, vai bem na parte da consciência” (A5).

“[...] porque tu só consegue acabar com uma epidemia se tu testar muita gente, então, daí quando tu testa, tu faz o diagnóstico de muita gente e tu tem que oferecer tratamento pra todo mundo, então, é uma doença que tem tratamento, né! Então, a gente só tem que descobrir quem são as pessoas e poder oferecer o tratamento correto” (A7).

Uma pesquisa apontou a carência na disponibilidade dos testes rápidos para sífilis e anti-HIV em todas as regiões do país, um ano após sua implantação. O mesmo demonstrou que, na organização das ações de saúde, as estratégias referentes ao fornecimento de insumos precisam ser planejadas, quando da sua implementação. Os resultados evidenciaram dificuldades para efetivação da implantação dos testes rápidos nas Unidades de Atenção Básica de forma a atender as necessidades que o cenário epidemiológico aponta no Brasil (Machado et al., 2017). Sobre esse aspecto, pode-se aferir:

“No hospital não fazem nada! No meu tempo, que eu trabalhei 2 anos na emergência, não, não, eu nunca nem vi! [...] houve aquele negócio daquela empresa que tava pagando as gurias pra fazer lá... ah, convidava todo mundo pra fazer teste... tava esperando consulta e convidava, aí depois que pararam, nunca mais [...] Eu aqui no CAPS tenho maior saudade de fazer teste rápido. Aqui eu tenho uma vontade, porque tem aí pra gente fazer, só que o que eles alegam, é só quando o paciente tem...é questão de estupro, alguma coisa assim que o médico pede” (A4).

“Eles não são assim, regularmente testados. Acho que essa população tinha que ser regularmente testada. [...] Isso não acontece! Só acontece quando eles procuram o serviço de saúde, né, mas não, não existe uma... não parte do governo, quer dizer, tem programas que, né, que... agente de saúde que vão lá nas casas, mas na prática, acaba que a gente não vê isso... que não tem assim, acesso muito fácil aos sistemas de saúde” (A6).

Constata-se através das falas que a testagem para o HIV não acontece em larga escala e, em geral, o preparo específico para atender aos usuários com HIV está restrito aos centros especializados. Com isso, fazem-se necessárias ações de testagem de forma ampla para toda a população como uma forma eficaz para promover a detecção precoce do HIV/AIDS, tendo como oferta e realização dos testes implementados na rotina de todos os serviços de saúde, incluindo a atenção primária à saúde.

Em relação à prevenção, o termo “Prevenção Combinada do HIV” remete à ideia de conjugação de diferentes ações de prevenção, tanto em relação ao vírus HIV quanto aos fatores associados à infecção, sendo este o ponto de partida para sua conceituação. Assim sendo, sua definição parte do pressuposto de que diferentes abordagens devam ser conciliadas em uma estratégia conjunta, em que as partes não devem ser dissociadas do todo que compõem. Nesse

sentido, o termo pressupõe a combinação das três abordagens possíveis na formulação de estratégias de prevenção do HIV: a abordagem biomédica, a abordagem comportamental e a abordagem estrutural. A simples conjugação dessas diferentes abordagens não encerra, contudo, todos os significados do termo “Prevenção Combinada” (Ministério da Saúde, 2017).

À vista disso, as ações visam adotar estratégias que esclareçam as dúvidas sobre os métodos de transmissão e prevenção da AIDS, desmistificando as concepções errôneas por parte dos idosos acerca do assunto. Para que essas estratégias sejam mais eficazes, é necessário que os profissionais de saúde abordem a sexualidade com o idoso, durante as consultas, de forma clara e acessível. Além disso, médicos e enfermeiros precisam realizar uma abordagem que envolva o processo biológico e cultural do paciente idoso, para que o cuidado seja integral e de acordo com a sua individualidade. Nesse âmbito, as orientações dadas aos pacientes de acordo com suas necessidades e o suporte emocional devem constituir aspecto prioritário durante a terapêutica. Quanto mais os pacientes se orientam a respeito da sua patologia, mais participam do seu cuidado terapêutico. Desse modo, propiciam melhor adaptação à situação de soropositividade, obtendo melhor qualidade de vida (Cerqueira & Rodrigues, 2016). Dentro dessa perspectiva, os profissionais enfatizam a carência de ações de prevenção direcionadas aos portadores idosos do HIV:

“[...] a gente deveria expor mais, a fazer, tipo, reuniões, eu não sei como é que a gente fala direitinho... ações ao público idoso e explicar que eles são vulneráveis, sim!”; [...] tipo, que nem tem os bailinho da terceira idade, né, os chás das tias, das tiazinhas avó, tem os artesanatos onde elas se reúnem pra fazer artesanato, sabe, então, ir lá buscar, ir pra conversar, ir lá pra palestrar, entendeu?” (A2).

“[...] tentar reunir mais grupo de idosos pra poder incentivar eles ao uso do preservativo, né!; [...] incentivar a usar preservativo e testagem rápida, né! [...] ir nos bailes, “Mais prevenção, usar mais preservativo!”, colocar na cabeça deles que eles tem que usar mais preservativo” (A3).

“Assim, da gente ir pras vilas, entendeu? Digo assim, ginásios, até dias de semana, assim, sabe, pra falar... pra fazer a testagens [...] se inserir na comunidade deles...eu queria fazer eventos, coisas lá dentro do SAE... grupos, né, isso é bem interessante” (A4).

Entende-se que essas ações mencionadas pelos profissionais podem atender os idosos na sua integralidade, visando desmitificar a invisibilidade sexual deles e assumir o caráter interativo das práticas sexuais, garantindo-lhes uma vida sexual saudável e contínua, o que lhes é de direito.

DISCUSSÃO

Espera-se que, com este estudo, os profissionais percebam o quão essencial é abordar a saúde do idoso de uma forma mais ampla, incluindo o público LGBTQI+. E, para que esse objetivo seja alcançado, os profissionais precisam conhecer os aspectos socioculturais que envolvem os

idosos, seja nos motivos que os levam à resistência ao uso do preservativo ou no nível de conhecimento em relação à doença. A sexualidade deve ser debatida com os idosos e estimulada dentro de uma prática saudável e sem estigmas, de forma que contribua para uma vida autônoma e plena, visando uma melhor qualidade de vida dessa população.

É de grande relevância que se adote uma visão holística sobre os variados contextos socioculturais em que os idosos estão inseridos e como vivenciam a sua sexualidade. Desse modo, é possível compreender como ocorre o processo de fragilização do idoso frente à prevenção da AIDS e auxiliar para que o conhecimento sobre esse tema crie bases e solidifique a promoção da saúde aos indivíduos da terceira idade. Ademais, é preciso conhecer o contexto familiar que esse idoso está inserido, porque isso reflete na sua adesão ao tratamento e nas suas condições fisiológicas e mentais, que já estão acometidas pela doença e pelo processo natural de envelhecimento. As consultas com os idosos devem ser exploradas ao máximo e com sensibilidade, para, assim, identificar quais são as atitudes que demonstram e oferecem risco para contraírem a doença.

O fato deles mesmos não se perceberem vulneráveis faz com que não tenham acesso à informação. Assim, o profissional de saúde possui a responsabilidade de orientar a pessoa idosa quanto aos riscos de adquirir o HIV e aconselhá-la a realizar o teste anti-HIV, bem como outras ISTs. Não só o idoso deve mudar a sua percepção quanto à vulnerabilidade às ISTs/HIV, mas também todos os profissionais de saúde, no sentido de contribuir para uma melhor prevenção da infecção, bem como para se detectar a doença em estágios mais precoces, aumentando a sobrevida dessa população.

O profissional deve atuar junto com a família e a sociedade, para superar o estigma existente e minimizar os efeitos negativos da doença e fazer com que o paciente se sinta seguro e estimulado para lutar contra sua enfermidade. Além disso, é preciso que haja enfoque tanto nos aspectos físicos quanto emocionais, psicológicos e sociais, levando em consideração as particularidades de cada paciente (Alencar & Ciosak, 2018).

Sob o aspecto da informação, destaca-se a Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, que orienta o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação da saúde e proteção da população idosa, em todos os níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de garantir assistência à saúde (Ministério da Previdência e Assistência Social, 1994). Quanto a esse aspecto, apenas duas profissionais afirmaram ter conhecimento, e sabe-se que a equipe é uma grande aliada das Políticas Públicas de Saúde na prevenção da AIDS em idosos.

Por conseguinte, constata-se a importância de políticas públicas que melhorem o acesso das pessoas idosas aos serviços de saúde e que elas encontrem o conhecimento necessário sobre seu estado de saúde, novas formas de prevenção e controle da infecção para que desenvolvam a

corresponsabilidade do seu cuidado (Silva et al., 2019). Em uma perspectiva integral, o cuidado não tem a função de reintegrar o indivíduo à situação anterior ao sofrimento, mas de promover uma ressignificação e transformação para um estágio superior (Silva et al., 2019). Nesse sentido, os profissionais de saúde devem criar estratégias de atenção que possibilitem à pessoa idosa que vive com o HIV condições de participação ativa no seu cuidado, ressaltando a potencialidade do indivíduo de cuidar de si, construindo junto, profissional e indivíduo, um projeto terapêutico singular para que este seja resolutivo, resultando em um cuidado efetivo, humanizado e integral.

A atuação da equipe com os idosos infectados pelo HIV é essencial e, por meio de ações motivadoras, estima-se que a equipe crie um ambiente no qual os indivíduos sejam respeitados na sua integridade, onde a informação e a educação em saúde possam proporcionar maior sobrevida ao portador do HIV e aceitação do seu diagnóstico no contexto social, pessoal e familiar. Assim, o número de pessoas idosas infectadas pelo HIV pode ser controlado e diminuído.

Espera-se que a presente pesquisa venha auxiliar os profissionais de saúde a atenderem os pilares da prevenção das doenças e promoção da saúde, com programas rotineiros de uma assistência que contemple atividades de educação em saúde, busca ativa e campanhas direcionadas à pessoa idosa. Essas ações em saúde podem esclarecer mitos e incrementar mudanças comportamentais eficazes na prevenção do HIV/AIDS. Além disso, é preciso que haja uma mudança na mentalidade da sociedade em geral, para que o idoso LGBTQI+ seja considerado como um ser sexualmente ativo, respeitado de acordo com suas capacidades e preferências. Esse respeito e aceitação levarão à prevenção e, conseqüentemente, gastos para os indivíduos, familiares e o sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- Alencar, R. A., & Ciosak, S. I. (2014). O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/AIDS. *Revista da Escola da Enfermagem da USP*, 49(2), 229-235. doi: 10.1590/S0080-623420150000200007.
- Alves, M. A., Lopes, R. M. R., & Barbosa, A. (2017). As dificuldades enfrentadas pelo paciente idoso diagnosticado com HIV: Olhar do enfermeiro diante da problemática. *Revista Saúde em Foco*, 9: 692-700.
- Affeldt, A. B., Silveira, M. F., & Barcelos, S. (2015). Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24 (1): 1-8. doi: 10.5123/S1679-49742015000100009
- Antunes, P. P. S. (2017). Homens homossexuais, envelhecimento e homofobia internalizada. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(1), 311-335. doi: 10.23925/2176-901X.2017v20i1p311-335

- Araújo, L. F. (2016). Aspectos Psicossociais da Velhice LGBT. *Psicologia em Estudo*, 21(2), 359-361. doi: 10.4025/psicolestud.v21i2.28739
- Araújo, G. M., Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., Oliveski, C. C., & Beuter, M. (2018). Self-care of elderly people after the diagnosis of acquire dimmunodeficiency syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl 2), 793-800. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0248
- Ayres, J. R. C. M., França Junior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp.117-139). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (pp. 229). São Paulo: Edições 70.
- Calazans, G. J. (2018). *Políticas públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Cerqueira, M. B. R., & Rodrigues, R. N. (2016). Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG) Brasil. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 21(11), 3331-3338. doi: 10.1590/1413-812320152111.14472015
- Diretrizes para implementação da Rede de cuidados em IST/AIDS. (2017). *Manual da assistência* (1ª ed.). São Paulo, SP: Secretaria da Saúde de São Paulo.
- Haesler, E., Baue, M., & Fethrstonhaugh, D. (2017). Sexuality, sexual health and older people: a systematic review of research on the know ledge and attitudes of health professionals. *Nurse Educ Today*, 40:57-71. doi:10.1016/j.nedt.2016.02.012
- Machado, V. S., Mizevski, V. D., Brand, E. M., Calvo, K. S., Belinni, F. M., Duarte, E. R. M., & Teixeira, L. B. (2017). Disponibilidade do teste rápido para sífilis e anti-HIV nas unidades de atenção básica do Brasil, no ano de 2012. *Saúde em Redes*, 3 (1), 40-49. doi: 10.18310/2446-48132017v3n1.823g134
- Maynard, G., & Ong, C. Economic dependency and HIV/AIDS prevalence in the developing world: a comparative, longitudinal analysis. *Sociol Inquiry*, 86 (2),189-215. doi:10.1111/soin.12105
- Ministério da Previdência e Assistência Social (1994). Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Política Nacional do Idoso*. Brasília DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN NET*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2015). *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica (1ª ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.

- Ministério da Saúde. (2017). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. *Prevenção combinada do HIV: Bases conceituais para profissionais, trabalhadores (as) e gestores(as) de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Milrod, C., & Monto, M. (2017). Condom use, sexual risk, and self-reported STI in a sample of older male clients of heterosexual prostitution in the United States. *Am J Mens Health*, 10(4), 296-305. doi: 10.1177/1557988315623990
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621--626. doi: 10.1590/S1413-81232012000300007
- Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, C. L. (2012) Development of the Perceived Risk of HIV Scale. *AIDS and Behavior*, 16(4): 1075-1083. doi: 10.1007/s10461-011-0003-2
- Oliveira, D. C., Oliveira, E. G., Gomes, A. M. T., Teotônio, M. C., & Wolter, R. M . C. P. (2013). O significado do HIV/AIDS no processo de envelhecimento. *Revista Enfermagem*. UERJ, 19 (3), 353-358.
- Resolução Nº 663/2014 – CIB/RS (RS)*. Proposta de Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e outras DST. Diário Oficial do Rio Grande do Sul. Recuperado de <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170208/23110836-1419963216-cibr663-14.pdf>
- Rosenberg, M. S., Gómez-Olivé, F. X., Rohr, J. K., Houle, B. C., Kabudula, C. W., Wagner, R. G., Salomon, J. A., Kahn, K., Berkman, L. F., Tollman, S. N., & Barnighausen, T. (2017). Sexual Behaviors and HIV Status: a population-based study Among older adults in rural South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 74(1), 1-9. doi:10.1097/QAI.0000000000001173
- Santos, J. V. D. O., Araújo, L. F. D., Negreiros, F., & Cerqueira-Santos, E. (2018). Adoção de crianças por casais homossexuais: as representações sociais. *Trends in Psychology*, 26 (1), 139-152.
- Santos, J. V. O., Araújo, L. F., & Negreiros, F. (2018). Atitudes e estereótipos em relação à velhice LGBT. *Interdisciplinar - Revista de Estudos em Língua e Literatura*, 29(1), 57-60.
- Salgado, A. G. A. T., Araújo, L. F., Santos, J. V. O., Jesus, L. A., Fonseca, L. K. S., & Sampaio, D. S. (2017). Velhice LGBT: uma análise das representações sociais entre idosos brasileiros. *Ciências Psicológicas*, 11(2), 155-163. doi: 10.22235/cp.v11i2.1487
- Silva, A. O., & Camargo, B. V. (2017). Representações sociais do envelhecimento e da saúde. In O. G. L. Ferreira, T. L. Torres, M. S. C. F. S. Alves, & M. A. S. P. Moreira (Orgs.), *Representações sociais sobre envelhecimento ativo de pessoas idosas com e sem diagnóstico de HIV/AIDS* (pp. 144-176). EDUFRN: Editora da UFRN.
- Silva, D. F. S., Silva, H. C., & Ferreira, O. G. L. (2019). Percepção de idosos independentes na prevenção de HIV/AIDS [Resumo]. In *Envelhecimento Humano no Século XXI: atuações efetivas*

na promoção da saúde e políticas sociais, VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano. Campina Grande, Brasil: Realiza Editora.

World Health Organization. (2018). Care of Women and Girls Living with Female Genital Mutilation: A Clinical Handbook. *World Health Organization: Geneva, Switzerland.*

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho de pesquisa/intervenção realizado junto ao Mestrado Profissional em Psicologia que iniciou em maio de 2019, foi possível identificar a complexidade e a fragmentação assistencial no que tange à oferta e continuidade do cuidado prestado às pessoas idosas que vivem com HIV/AIDS, à falta de acolhimento desta população em diversos momentos e ao aconselhamento acontecendo somente antes da aplicação dos testes rápidos. Os homens idosos que foram entrevistados trouxeram como pontos principais a dificuldade de fazer uso da camisinha e torná-la um método de prevenção satisfatório. Também, o estigma e preconceito imbricado nas questões de sexo, gênero e orientação sexual. E, somando-se a isso, a família, que exerce um papel de delimitação das regras ditas “normais” sobre a sexualidade – se assumir ou ser descoberto pela família ocasionava conflitos por causa do preconceito.

Os estigmas atrelados as pessoas idosas LGBTQI+ dificultam as relações sociais e, tais estigmas advêm das atitudes negativas. Fica claro que os aspectos biopsicossociais possuem grande impacto no processo do envelhecimento e contribuem para que a pessoa idosa tenha uma maior ou menor qualidade de vida. Alguns estereótipos negativos da sociedade, como a sexualidade na velhice, retomam a dificuldade em que as pessoas idosas LGBTQI+ encontram em buscar ajuda em serviços públicos e privados. De fato, a literatura demonstra o quanto o preconceito ocasiona a invisibilidade da pessoa idosa LGBTQI+ e, com isso, essa população permanece desassistida pelos serviços de saúde, provocando a redução da longevidade.

As atitudes, estereótipos, estigmas e o preconceito são dados que estão sendo discutidos de forma ampla nas ciências sociais. Porém, a sociedade ainda trata assuntos voltados à população LGBTQI+ como um tabu e isso reforça a invisibilidade da pessoa idosa LGBTQI+. Diante de todo este panorama de atitudes e estereótipos voltados para a velhice LGBTQI+, uma possível forma de trazer visibilidade para este público seria a elaboração de políticas públicas, como educação em saúde e intervenções psicossociais para a redução do preconceito.

Posteriormente, com as intervenções realizadas no local, a assistência às pessoas que vivem com HIV/AIDS passou a ser realizada de forma contínua, iniciando-se antes mesmo do diagnóstico e acompanhando este indivíduo durante todo o curso de sua enfermidade.

É através do SAE que o paciente com HIV/AIDS e outras ISTs mantém um vínculo com a equipe multiprofissional durante o acompanhamento de sua soropositividade. Os profissionais de saúde são responsáveis por prestar uma assistência integral, de qualidade e livre de preconceitos, e agirem como co-autores do processo de promoção da saúde dos infectados. Além disso, devem garantir a todos os pacientes o direito de serem tratados com respeito, dignidade, igualdade e justiça, obedecendo, assim, um dos princípios do SUS, que é a equidade (Lima et al., 2011),

diferentemente do que havia sido percebido no início das intervenções, com uma equipe sem entrosamento, cansada e sem uma comunicação eficaz. Posteriormente, com o desenvolvimento do fluxograma e a reorganização do serviço, obteve-se uma melhora significativa quanto ao atendimento geral da equipe.

Ademais, o aconselhamento em IST's/AIDS passou a ocorrer no pós-teste anti-HIV. Este é um momento estratégico para ações de prevenção, de educação em saúde e para a detecção precoce de agravos, sendo necessário também reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações durante esse processo (Monteiro, 2017). O aconselhamento deve ser um diálogo baseado em uma relação de confiança, que visa proporcionar, às pessoas, condições para que identifiquem e avaliem suas vulnerabilidades, adotem práticas mais seguras, tomem decisões e encontrem formas de enfrentamento para os seus problemas (Monteiro, 2017).

Quanto às potencialidades encontradas no estudo, identificou-se, na coordenação da assistência pelo SAE, o manejo das condições clínicas diretamente relacionadas à AIDS e, junto a outros serviços, a colaboração para obtenção de consultas e o fornecimento de guias de referência. Já as fragilidades identificadas relacionavam-se ao enfoque biologicista e fragmentado da assistência, reforçando a necessidade do estabelecimento de um trabalho interdisciplinar, visando assegurar a coerência, continuidade e resolutividade do cuidado às pessoas idosas portadoras do HIV/AIDS. Posto isso, faz-se necessário um melhor gerenciamento e controle social neste campo de atuação, visando melhorar a qualidade da assistência às pessoas idosas que vivem com HIV/AIDS, repercutindo na redução dos danos, na adesão ao tratamento e na incidência da mortalidade. Para tal, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade são componentes essenciais.

Entende-se que a linha de cuidado se configura como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, a fim de superar a fragmentação das práticas e alcançar uma assistência integral. Nesse viés, não só construir a linha de cuidado é importante, como também avaliar sua efetividade, aplicabilidade e implementação são fundamentais para que a mesma seja efetiva e venha a contribuir para a qualificação da assistência prestada ao público-alvo de suas ações. Assim sendo, é necessário rever pactuações feitas inicialmente como forma de garantir a efetivação da implantação das linhas de cuidado. As repactuações serão de extrema importância nesse processo, visto que permitirão que a linha de cuidados permaneça institucionalizada no SUS, permeando os instrumentos de gestão e planejamento em saúde no município.

Através do cumprimento dos objetivos propostos neste trabalho de intervenção, espera-se fortalecer a equipe que compõe o SAE, através da identificação das dificuldades encontradas para a implementação da linha de cuidados para PVHA. Isso na visão dos profissionais do serviço e

pacientes idosos assistidos pelo local, construindo um Protocolo de Atendimento para implementação efetiva da linha de cuidados para as pessoas idosas com HIV.

Para finalizar, ressalta-se que o presente trabalho esteve vinculado ao grupo de estudos e pesquisas em Envelhecimento e Cidadania, ligado à linha de pesquisa Práticas Sociais, Organizações e Cultura do Mestrado Profissional em Psicologia. E, dessa forma, a partir dos estudos e práticas realizadas, foi feito o desenvolvimento do produto técnico: **“PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM PESSOAS IDOSAS”**, como ferramenta para resolução de problemas ligados ao envelhecimento humano em contexto cultural, problematizando as ações e as intervenções institucionais e coletivas em uma perspectiva social. Espera-se que o mesmo sirva de auxílio às equipes técnicas que trabalham com a temática nos mais diversos serviços da área da saúde.

REFERÊNCIAS

- Alencar, R. A.; & Ciosak, S. I. (2016). AIDS em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio.
- Araújo, W. J.; Quirino, E. M. B.; Pinho, C. M.; & Andrade, M. C. (2017). Percepção de enfermeiros executores de teste rápido em Unidades Básicas de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1): 676-81. doi:10.1590/0034-7167-2017-0298
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- Calazans, G. J.; Pinheiro, T. F.; & Ayres, J. R. C. M. de. (2018). Vulnerabilidade programática e cuidado público: Panorama das políticas de prevenção do HIV e da AIDS voltadas para gays e outros HSH no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, 0(29): 263-293. doi:10.1590/1984-6487.sess.2018.29.13.a
- Castellani, M. M. X.; & Moretto, M. L. T. (2016). A experiência da revelação diagnóstica de HIV: o discurso dos profissionais de saúde e a escuta do psicanalista. *Revista da SBPH*, 19(2): 24-43.
- Colaço, A. D.; Meirelles, B. H. S.; Heidemann, I. T. S. B.; & Villarinho, M. V. (2019). O cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na Atenção Primária a Saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 28(4): 1-15. doi:10.1590/1980-265x-tce-2017-0339
- Ferreira, D. R. S. de. (2016). *Motivos da procura de usuários ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)* [Monografia de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia]. Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Cursos da UFRB da Bahia. <http://www.repositoriodigital.ufrb.edu.br/bitstream/123456789/1283/1/TCC%20Danielle%20Rios.pdf>
- Foresto, J. S.; Melo, E. S.; Costa, C. R. B.; Antonini, M.; Gir, E.; & Reis, R. K. (2017). Adherence to antiretroviral therapy by people living with HIV/AIDS in a municipality of São Paulo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(1): 1-7. doi:10.1590/1983-1447.2017.01.63158
- Lima, I. C. V.; Galvão, M. T. G.; Paiva, S. S.; & Brito, D. M. S. (2011). Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/AIDS. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(3): 556-63. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v10i3.13193>
- Lopes, J. (2010). O aconselhamento como Cuidado de Enfermagem numa Equipe de Tratamento – Artigo de Investigação. *Revista Toxicodependência*, 16(1): 65-77.
- Ministério da Saúde. (2004). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Pólos de educação permanente em saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf

- Magalhães, A. H. R.; Guimarães, R. X.; Cavalcante, V. O. M.; Pontes, F. C.; Neto, F. R. G. X.; & Nicolau, M. F. A. (2016). Atenção à saúde na hanseníase multibacilar: uma avaliação com base no fluxograma analisador de Merhy. *Revista Paraninfo Digital*, 25, 1-10.
- Monteiro, S. S., Brigeiro, M. (2019). Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. *Caderno de Saúde Pública*, 35(4): 1-12. doi: 10.1590/0102-311x00111318
- Moreno, D. M. F. C.; & Reis, A. O. A. (2013). Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. *Temas em Psicologia*, 21(3):591-609. doi:10.9788/TP2013.3-EE01PT
- Pereira, B. P. M.; Silva, N. M. da.; Moura, L. R. P.; Brito, C. M. S. de.; & Câmara, J. T.(2017). Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS). *Revista Interdisciplinar*, 9(4): 132-141.
- Pérsico, B. F. G.; & Figueiredo, M. A. C. de. (2008). Grupos de adesão como fonte de recursos no convívio com HIV/AIDS. *Revista da SPAGESP*, 9(1): 21-8.
- Rodrigues, R. P.; Carmo, W. L. N. do; Canto, C. I. B.; Santos, E. S. S. da; & Vasconcelos, L. A. da. (2020) Fluxograma Descritor do processo de trabalho: ferramenta para fortalecer a Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, 43(6): 109-116. doi: 10.1590/0103-11042019s610
- Salvadori, M.; & Hahn, G. V. (2019). Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/AIDS. *Revista Bioética*, 27(1):153-163. doi:10.1590/1983-80422019271298
- Santos, M.F.; & Alessandra, F. A. M. (2011). Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(1):147-157. doi:10.1590/S1809-9823201100015
- Serra, A.; Sardinha, A. H. L. de.; Pereira, A. N. S.; & Lima, S. C. V. S. (2013). Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. *Saúde debate*, 37(97): 294-304.
- Schröder, F. E. (2012). Idosos e HIV/AIDS. *Anais do Congresso Internacional da Faculdade EST*. EST São Leopoldo.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO CEP

HOSPITAL MÃE DE DEUS/ASSOCIAÇÃO EDUCADORA SÃO CARLOS -
AESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM HOMENS IDOSOS

Pesquisador: CENTRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27342619.0.0000.5328

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.799.020

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa relacionado à pós-graduação em psicologia (mestrado profissional) da universidade UNISC. O título do projeto é: "PREVENÇÃO DE HIV/AIDS EM HOMENS IDOSOS". Conforme o pesquisador: "A pesquisa irá analisar as vulnerabilidades às DST/Aids dos homens idosos, na perspectiva de gênero/geração, identificando lacunas e caminhos para o fortalecimento das ações programáticas de prevenção. Esse tem por objetivo geral, investigar as dificuldades encontradas pelo paciente homem idoso casado ou em união estável, mantendo, em paralelo, relação com outros homens, assistido pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) da cidade de Tramandaí/RS."

Objetivo da Pesquisa:

Conforme o pesquisador: "Objetivo Primário: Analisar as adversidades encaradas pelos pacientes homens idosos casados ou em união estável que se envolvem de forma homossexual extramarital, assistidos pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) na cidade de Tramandaí/RS. Objetivo Secundário: Avaliar os aspectos biopsicossociais de idosos soropositivos, casados, com relações homossexuais extraconjugais; Verificar como os idosos sentem as questões referentes ao acolhimento, preconceito e ética atrelada a essa configuração de conjugalidade; Construir uma

cartilha de atendimento de idosos soropositivos; Estabelecer um protocolo de tratamento do HIV/AIDS no SAE/Tramandaí”.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador: “Riscos: Sem riscos. Benefícios: Buscar ampliar as ações para uma transformação dos modos de lidar com a Aids na sociedade contemporânea.”. No entanto, todo questionário, especialmente aqueles que envolvem este tipo de temática, acarretam o risco de o participante se sentir desconfortável, constrangido, incomodado, etc. durante a entrevista. É necessário prever este risco não só no projeto, mas também no termo de consentimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sugere-se explicitar melhor o “recorte da pesquisa”. É evidente que há a estigmatização social e, especialmente, uma visão discriminatória/preconceituosa de que a doença em estudo pertence apenas ao mundo homossexual. Desse modo, sugere-se explicitar/evidenciar melhor o motivo pelo qual o recorte da pesquisa é feito somente quanto a relações extraconjugais homossexuais e não a toda e qualquer relação extraconjugal. É preciso tomar cuidado para que pesquisas científicas não reproduzam, em hipótese alguma, ideias discriminatórias que permanecem enraizadas na nossa sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados. Sugere-se, apenas, prever o risco do desconforto ao responder o questionário no TCLE.

Recomendações:

Conforme referido nos tópicos anteriores:

- Prever o risco do desconforto/constrangimento ao responder o questionário no TCLE.
- Explicitar/evidenciar melhor o motivo pelo qual o recorte da pesquisa é feito somente quanto a relações extraconjugais homossexuais e não a toda e qualquer relação extraconjugal. É preciso tomar cuidado para que pesquisas científicas não reproduzam, em hipótese alguma, ideias discriminatórias que permanecem enraizadas na nossa sociedade. A AIDS não é e não deve ser encarada como uma doença exclusiva àqueles que mantém relações homossexuais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Reitera-se as recomendações contidas no tópico anterior.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_D O_P ROJETO_1492918.pdf	24/12/2019 10:11:35		Aceito
Folha de Rosto	FR.PDF	24/12/2019 10:11:11	CENTRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.PDF	24/12/2019 10:08:18	CENTRO	Aceito
Outros	Scan0055.pdf	20/12/2019 22:09:21	CENTRO	Aceito
Orçamento	Scan0053.pdf	20/12/2019 22:06:30	CENTRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Scan0056.pdf	20/12/2019 22:05:42	CENTRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 13 de Janeiro de 2020.

Assinado por:

Erica Rosalba Mallmann Duarte (Coordenador(a))

ANEXO B – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Prevenção de HIV/AIDS em homens idosos

Prezado participante: O objetivo deste trabalho é analisar as adversidades encaradas pelos pacientes homens idosos casados ou em união estável que se envolvem de forma homossexual extramarital, assistidos pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) na cidade de Tramandaí/RS. Serão entrevistados membros da equipe e usuários do serviço. Sua participação envolve uma entrevista a qual será gravada em áudio. Os dados serão transcritos da forma mais fidedigna possível, garantindo a confiabilidade das respostas. A participação neste estudo é voluntária. Se você decidir não participar ou desistir da mesma em qualquer momento, por desconforto, tem absoluta liberdade de fazê-lo sem sofrer qualquer forma de retaliação. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem as resoluções nº 510, de 07 de abril de 2016 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pela responsável por esta pesquisa. Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida em sigilo e serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo. Os resultados gerais obtidos nesta pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos, incluída sua publicação em congresso ou em revista científica especializada. Poderá contatar o responsável pela pesquisa através do telefone (51) 9.9932-3045 ou pelo e-mail: isisac_13@hotmail.com com Isis Alves de Carvalho.

Eu, _____, concordo em participar do estudo _____, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora _____ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento.

Tramandaí, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisado

ANEXO C – ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO SAE

Entrevistado foi:

Profissional: _____

- 1) Fale sobre o seu trabalho no serviço de saúde no qual você atua. Que tipos de atuação você faz?
- 2) Quais as principais problemáticas que aparecem?
- 3) Você conhece as políticas em saúde específicas para a questão do HIV/Aids? Quais destas políticas estão contempladas na sua prática profissional?
- 4) Como profissional em saúde, como você entende a problemática da Aids?
- 5) Na sua concepção, quais são as necessidades e fragilidades dos usuários idosos LGBT?
- 6) Em relação às políticas em saúde voltadas à Aids, como é a sua atuação no que se refere ao usuário idoso LGBT?
- 7) Segundo dados do Ministério da Saúde, os índices da Aids vêm aumentando entre o público idoso. Como você percebe isso, no âmbito da sua atuação profissional?
- 8) Na sua atuação profissional, você desenvolve algum trabalho preventivo em relação ao HIV/Aids, voltado ao público idoso LGBT? Como se dá essa atuação?
- 9) A partir da sua atuação profissional, quais são os fatores de vulnerabilidade e de prevenção que você identifica como estando relacionados à Aids na velhice?
- 10) Você considera sua atuação apropriada a esse público? O que poderia ser aprimorado?

ANEXO D – ENTREVISTA COM OS IDOSOS USUÁRIOS

Idade: _____ Nº entrevista: _____

- 1) Fale sobre o seu diagnóstico. Como isso foi feito?
- 2) Você aderiu ao tratamento de forma imediata? Desde quando? Se não, por quê?
- 3) Quais os principais problemas que apareceram após do diagnóstico do HIV? Como você os enfrenta atualmente?
- 4) Esse assunto foi abordado com a família? De que forma?
- 5) Como você lida com a sua sexualidade no convívio com a esposa/companheira? Qual a sua maior preocupação?
- 6) Além do seu parceiro, existem outras pessoas que sabem sobre a sua orientação sexual? Como você lida com isso?
- 7) Analisando a questão da sua conjugalidade, quais seriam os fatores de risco que envolvem o HIV/aids?
- 8) Como você se sente sendo atendido pelos profissionais do SAE? O local propicia um atendimento qualificado pautado na ética profissional?

ANEXO E – NORMAS DA REVISTA PSICOLOGIA: SAÚDE & DOENÇAS

Forma e preparação de manuscritos

- 1.** Os artigos deverão ser enviados ao editor, em formato word, letra Times New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5, por e-mail para psicsausedoenca@gmail.com. Se os artigos não forem enviados no formato exigido pela revista não serão considerados.
- 2.** No corpo de e-mail deverá incluir, obrigatoriamente, o seguinte texto: “Submetemos à apreciação da revista Psicologia, Saúde & Doenças o seguinte artigo: Título do artigo e Nome de todos os autores” (segundo normas APA).
- 3.** Submeter um artigo significa que ele ainda não foi publicado ou submetido para publicação, total ou parcialmente, e que enquanto durar o processo de apreciação não será submetido para publicação a qualquer outra revista. A nossa revista segue os procedimentos definidos nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals". Todos os artigos devem respeitar as regras éticas definidas nos códigos de ética da psicologia e das ciências da saúde. Quando a amostra é de pessoas portadoras de doença, a investigação deve satisfazer as exigências da Declaração de Helsínquia.
- 4.** Por decisão da Direção da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde, a partir de agora os custos de composição, aquisição de DOI e colocação dos artigos aceites para publicação em bases de dados internacionais devem ser, tanto quanto possível, suportados pela própria revista. Assim, vimo-nos constrangidos a cobrar aos autores uma taxa de 75,00€ por artigo. Deve pois, logo que o artigo seja aceite para publicação, proceder à transferência deste montante para o IBAN: PT 50 0018 0000 3725 9647 0014 2.
- 5.** A revista Psicologia, Saúde & Doenças é publicada unicamente em formato digital e é de acesso livre, quer na página da Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde quer na Scielo ou outras.
- 6.** A primeira página do artigo constituirá a página de título e deverá incluir: o título do artigo (em Português e Inglês) que não pode ter mais de 12 palavras, o título abreviado (runninghead) que não pode ter mais de 50 caracteres incluindo espaços, mais o nome do(s) autor(es) (sem título académico), local de trabalho, com departamento, instituição, cidade e país e endereço de e-mail institucional (preferencialmente). O nome dos autores deverá incluir o primeiro nome mais o nome de família. No caso do autor de correspondência, deverá acrescentar-se a respectiva morada completa e telefone.
- 7.** Na segunda página deverá colocar, de novo, o título do artigo em Português e Inglês, um resumo em português e outro em inglês com entre 150 e 250 palavras cada. Deverá apresentar entre 3 a 7 palavras-chave em português e inglês, seguido do texto do artigo.

8. Psicologia, Saúde & Doenças publica três tipos de artigos: relatos de estudos empíricos, artigos de revisão, e artigos teóricos. Os do primeiro tipo são relatos de investigações originais. Os artigos de revisão constituem avaliações críticas de material que foi publicado anteriormente. Os artigos teóricos são trabalhos em que o autor propõe teorias com base em material já publicado. A diferença entre artigos teóricos e de revisão é que aqueles não apresentam informação sobre investigações, enquanto os artigos de revisão explicitam detalhadamente as investigações que apreciam criticamente. As revisões podem ser revisões integrativas, revisões narrativas, ou revisões sistemáticas, esta última seguindo os critérios PRISMA ou Cochrane.

9. Os artigos não deverão ultrapassar as 6000 palavras incluindo quadros e referências. As referências não deverão exceder as 40. Poderão ser exceção os artigos de revisão.

10. Para além dos artigos, serão publicadas comunicações breves, que são textos que não excedem 1500 palavras, mais um quadro e 12 referências. Serão publicadas cartas que constituam textos relacionados com estudos já publicados neste jornal.

11. A organização do texto e das referências, deverá seguir as recomendações da última edição do Publication Manual da American Psychological Association (APA). Por exemplo, um artigo que seja um relato de investigação deverá conter as seguintes partes: uma introdução (a palavra introdução não deverá encimar esta parte do texto), Método que por sua vez inclui, por esta ordem, as subpartes, participantes (se utilizar animais deverá escrever sujeitos), material, procedimento, ou outras, mais, Resultados, Discussão, e Referências. Se houver lugar para agradecimentos a pessoas ou instituições estes deverão aparecer antes das referências. As referências deverão ser apostas por ordem alfabética, segundo as regras da APA, e deverão conter somente trabalhos citados no texto.

12. Deverá ser incluído o Digital Object Identifier (DOI), um código específico do artigo, dos artigos que o tenham (procurar DOI em <http://www.crossref.org/guestquery/>).

13. Exemplos:

Snyder, C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counselling & Development, 73*, 355-360. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01764.x>.

Anderson, R. (1988). The development of the concept of health behaviour. In R. Anderson, J. Davies, I. Kickbusch, D. McQueen, & J. Turner (Eds.), *Health behavior research and health promotion* (pp. 22-35). Oxford University Press.

Cervone, D., & Pervin, L. A. (2017). *Personality: The theory and research* (13 th ed.). Wiley.

Entre 3 e 20 autores:

Kernis, M. H., Cornell, D. P., Sun, C. R., Berry, A., Harlow, T., & Bach, J. S. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: The importance of stability of self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1190-1204. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.65.6.1190>

Com mais de 20 autoresserá:

Kalnay, E., Kanamitsu, M., Kistler, R., Collins, W., Deaven, D., Gandin, L., Iredell, M., Saha, S., White, G., Woollen, J., Zhu, Y., Chelliah, M., Ebisuzaki, W., Higgins, W., Janowiak, J., Mo, K. C., Ropelewski, C., Wang, J., Leetmaa, A., ... Joseph, D. (1996). The NCEP/NCAR 40-Year Reanalysis Project. *Bulletin of the American Meteorological Society*, 77(3), 437–472. [https://doi.org/10.1175/1520-0477\(1996\)077<0437:TNYRP>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1175/1520-0477(1996)077<0437:TNYRP>2.0.CO;2)

Em que Joseph será o último autor

Estas referências correspondem no texto às seguintes citações: Snyder (1995) ou (Snyder, 1995); Anderson (1988) ou (Anderson, 1988); Cervone e Pervin (2017) ou (Cervone & Pervin, 2017). Com três ou mais autores logo na primeira indicação no texto deverá ser Kernis et al. (1993) ou (Kernis et al., 1993); Kalnay et al. (1996) ou (Kalnay et al., 1996).

14. Todas as dúvidas deverão ser esclarecidas por consulta do manual de estilo da APA, incluindo a composição de quadros e figuras. É exceção a numeração. O manual APA apresenta os números em formato dos Estados Unidos da América, e a versão em Português deverá incluir a numeração em Português (p.ex. a correlação não é $r = .43$, é sim, $r = 0,43$: a média não é $M = 1.70$ ($DP=0.19$), mas sim, $M = 1,70$ ($DP = 0,19$), exceto se o artigo estiver em inglês. Deverão ser utilizados somente dois dígitos à direita da vírgula com exceção para os valores de p .

15. Se os artigos não forem enviados no formato exigido pela revista não serão considerados.

16. A versão que nos é enviada será submetida a revisão por especialistas. Depois do manuscrito ter sido aceite para publicação, poderão ser pedidas correções ou esclarecimentos aos autores que, após terem sido incorporadas no texto pelo(s) autor(s), deverá ser de novo enviado ao jornal como referido em 2.

Mais esclarecimentos sobre aspetos técnicos da publicação podem ser encontrados em <https://www.apa.org/pubs/authors/manuscript-check.aspx>, com ressalva para as exceções referidas no penúltimo parágrafo da secção 11.

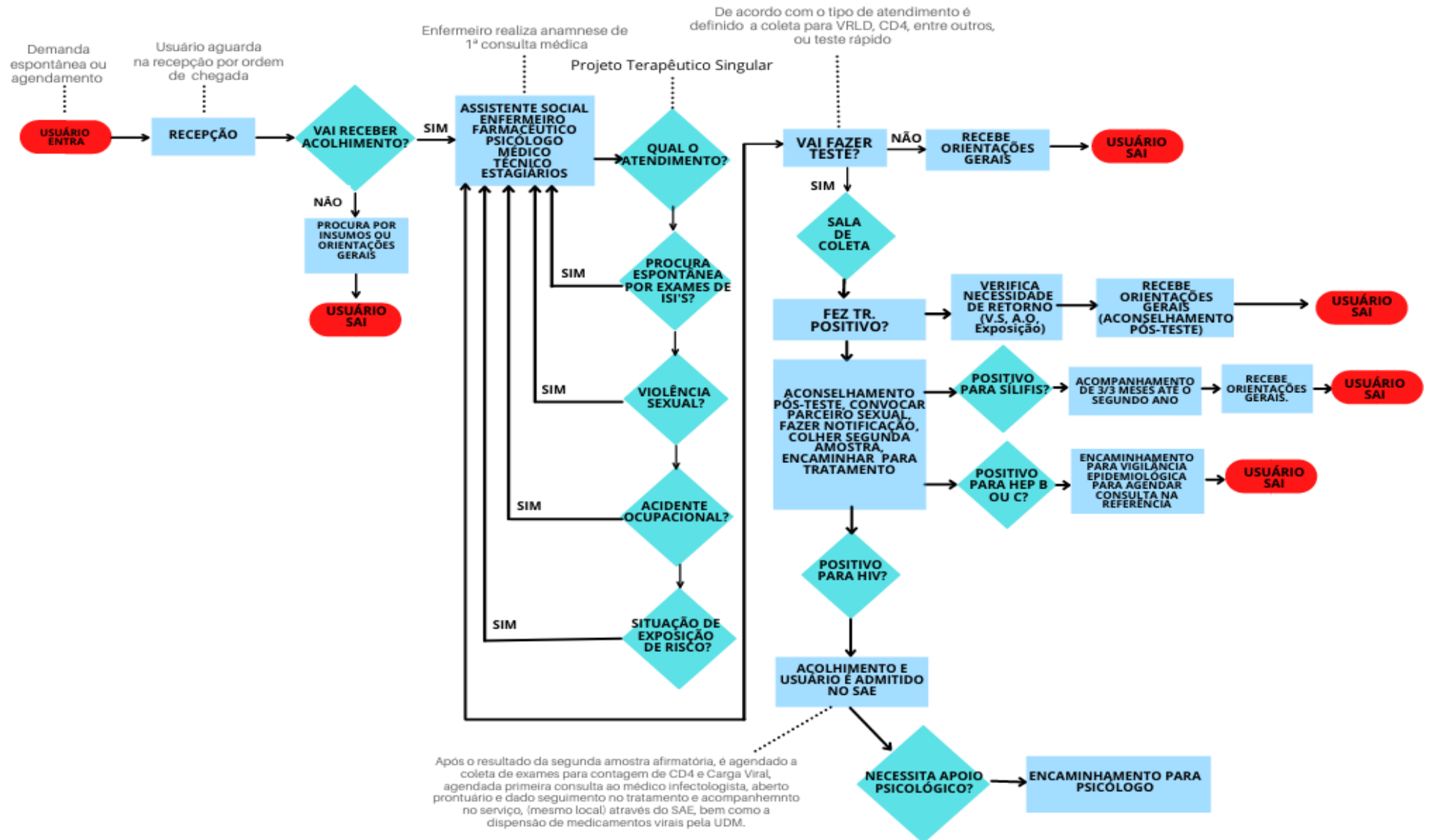
Psicologia, Saúde & Doenças

Av. Fontes Pereira de Melo, 35, 11° B

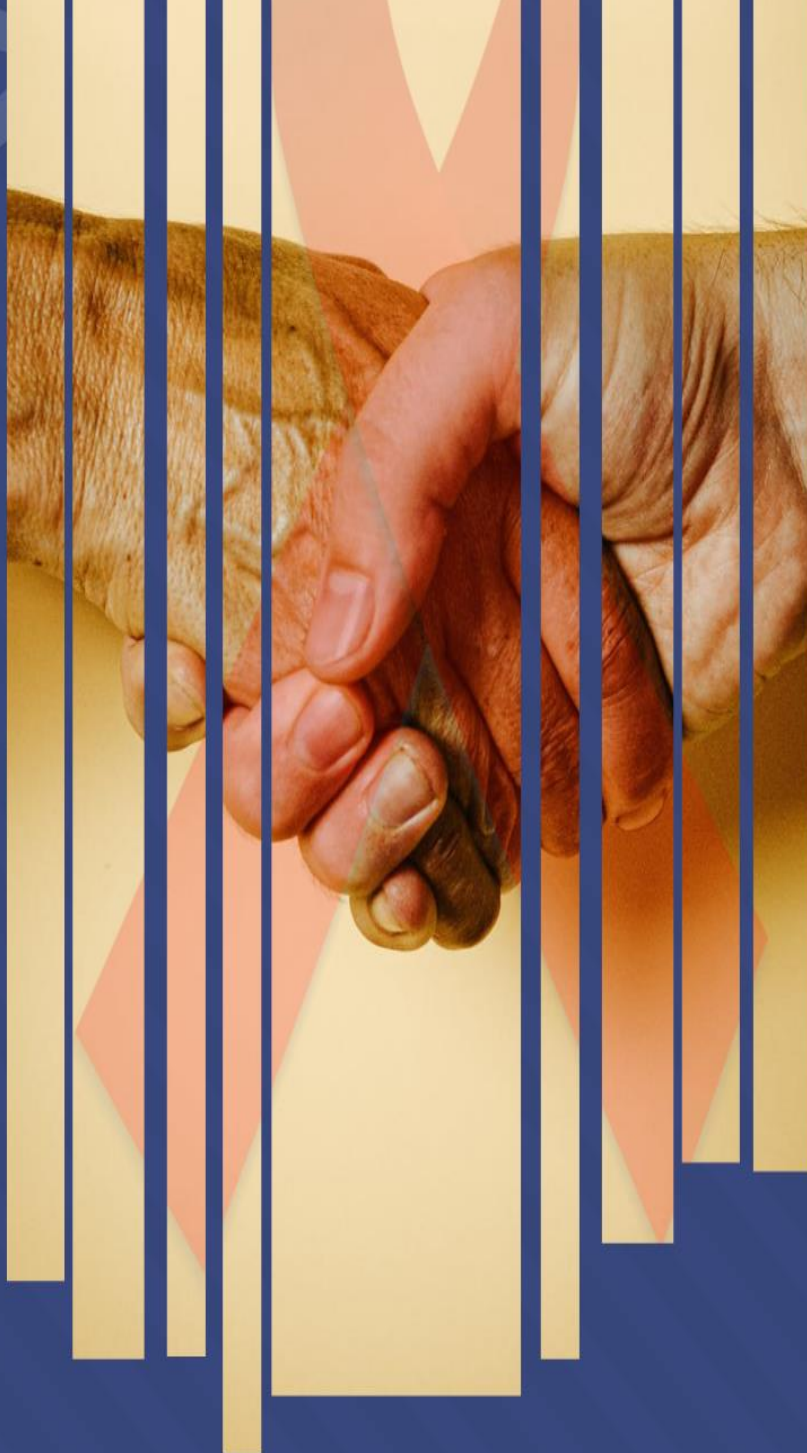
1050-118 Lisboa, Portugal

APÊNDICES

APÊNDICE A – FLUXOGRAMA DESCRITOR DE ATENDIMENTO DE UM SAE DO RIO GRANDE DO SUL



APÊNDICE B – PRODUTO TÉCNICO



PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM PESSOAS IDOSAS



PREFEITURA MUNICIPAL
DE TRAMANDAÍ - RS



Mestrado Profissional
em Psicologia

UNISC
UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL



Secretaria Estadual da Saúde de Tramandaí – Serviço de Atendimento Especializado (SAE)
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC



Tramandaí
2021

Secretaria Municipal da Saúde de Tramandaí
Serviço de Atendimento Especializado – SAE
R. Sahydi Abrahão, 287
Bairro Centro
CEP: 95590-000 – Tramandaí/ RS
Tel.: (51)3684-4373/ (51) 99759-5261

Universidade de Santa Cruz do Sul
Mestrado – Mestrado Profissional em Psicologia
Av. Independência, 2293
Bairro Universitário
CEP: 96816-501 – Santa Cruz do Sul
Tel.: (51) 3717-73-00
Site: <https://www.unisc.br>
E-mail: raquelp@unisc.br

Secretário de Saúde de Tramandaí
Luciano Von Saltiel

Colaboração:
Kalinca Santos

Coordenadora do Serviço de Atendimento
Especializado (SAE)
Ana Paula Moraes da Silva Barrufi

Organização e elaboração de texto:
Isis Alves de Carvalho

Revisão e Supervisão Geral:
Sílvia Virgínia Coutinho Areosa
CIP - Catalogação na Publicação

Projeto Gráfico, Design e Capa:
Juliani Saldanha Pereira

Carvalho, Isis Alves de
PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM
PESSOAS IDOSAS / Isis Alves de
Carvalho. – 2021.
43 f.; 09 cm.
Dissertação (Mestrado Profissional em Psicologia) – Universidade de Santa Cruz do
Sul, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Sílvia Virgínia Coutinho Areosa.

1. HIV/AIDS. 2. Pessoas idosas. 3. Serviço de Atendimento Especializado. 4.
Profissionais de saúde. I. Areosa, Sílvia Virgínia Coutinho. II. Título.

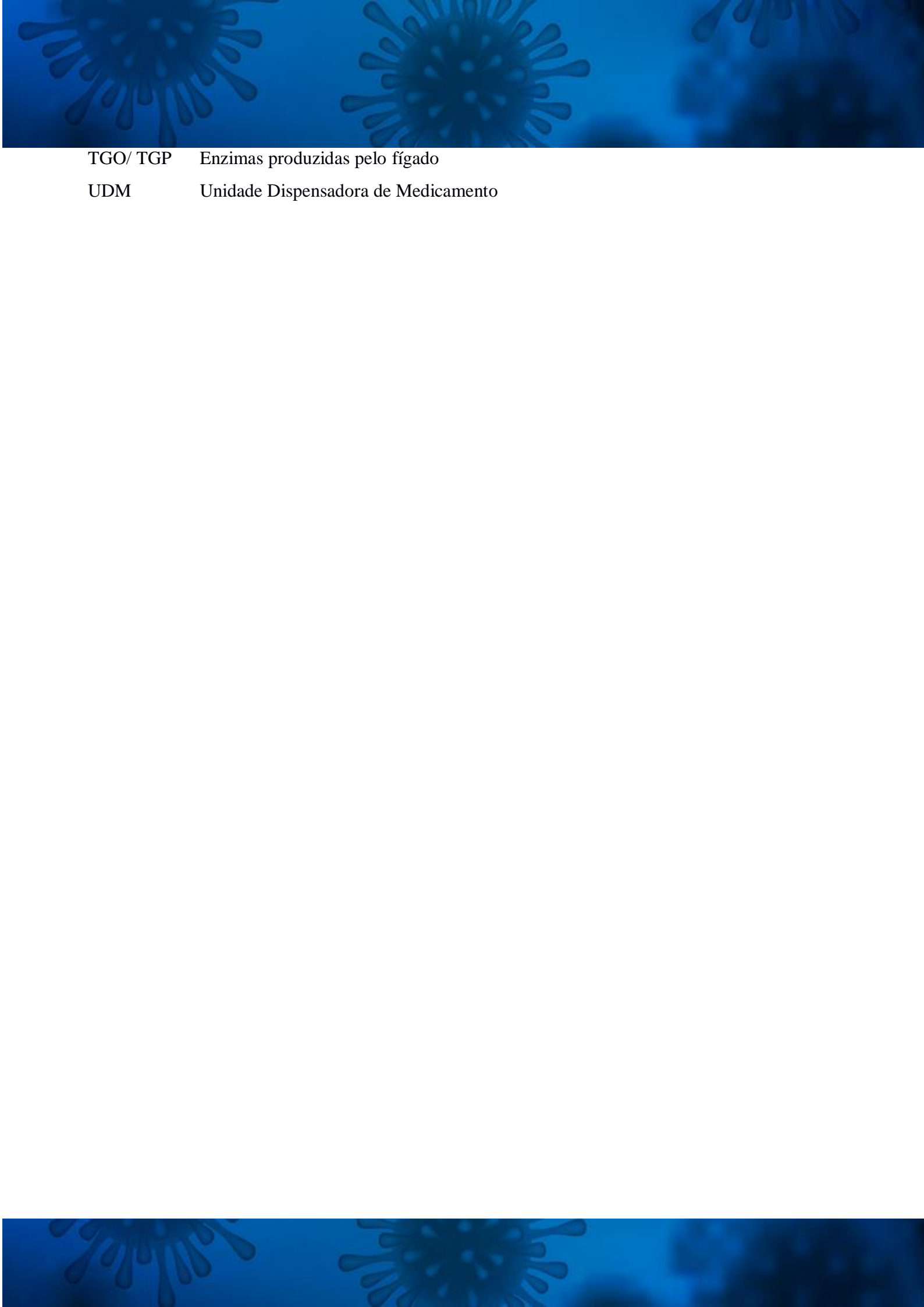
Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UNISC
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

SUMÁRIO

Apresentação.....	5
INTRODUÇÃO.....	7
2 A HISTÓRIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS RELATIVAS AO HIV/AIDS..	10
3 TRATAMENTO DO HIV/AIDS COM FOCO EM PACIENTES COM 60 ANOS OU MAIS....	16
3.1 Métodos de prevenção.....	16
3.2 Vulnerabilidade em pessoas idosas com HIV/Aids.....	18
4 SUPORTE NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE).....	21
4.1 Acolhimento.....	22
4.2 Consulta de enfermagem.....	23
4.3 Avaliação clínica na primeira consulta.....	23
4.4 Avaliação laboratorial na primeira consulta.....	24
4.5 Avaliação clínica no acompanhamento.....	25
4.6 Avaliação laboratorial no acompanhamento.....	26
5 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	29
6 ADESÃO.....	31
7 AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ADESÃO AO PÚBLICO MAIS VELHO.....	35
8 PARTICULARIDADES DE IDOSOS LGBTQI+ SOROPOSITIVOS.....	40
9 SAÚDE MENTAL.....	43
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE I – ANAMNESE DE ENFERMAGEM.....	51
APÊNDICE II–PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
Anti-HCV	Exame para diagnóstico da Hepatite C
Anti- Hbs	Exame de imunidade do vírus da Hepatite B
Anti – HVA	Exame que indica se o sujeito teve contato com o vírus da Hepatite A
ARV	Medicamentos antirretrovirais
AZT	Azidotimidina
CE	Consulta de Enfermagem
CTA	Centro de Testagem e Acolhimento
CV	Carga Viral
FTA – Abs	Teste de Anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção
HbsAg	Antígeno de superfície da Hepatite B
HDL/LDL	Dosagem de lipídios
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus
HSH	Homem que faz Sexo com outros Homens
IgG/IgM	Anticorpos reagente/ não reagente
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LGBTQI+	Orientação sexual e gênero do sujeito
LT – CD4+	Linfócito T - CD4+
OSC	Organização da Sociedade Civil
PEP	Profilaxia Pós - exposição
PrEP	Profilaxia Pré – exposição
PT	Prova Tuberculínica
PVHIV	Pessoa Vivendo com HIV
RPR/VDRL	Exame de sangue para diagnosticar a sífilis (Rapid Plasma Reagin/Venereal Disease Research Laboratory)
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SUS	Sistema Único de Saúde
SIR	Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imune
TARV	Terapia Antirretroviral
TasP	Tratamento com prevenção



TGO/ TGP Enzimas produzidas pelo fígado
UDM Unidade Dispensadora de Medicamento

APRESENTAÇÃO

O processo de envelhecimento se encontra permeado de alterações fisiológicas, comportamentais e culturais (Rocha et al, 2019), gerando novas demandas para os sistemas de saúde públicos e privados em todo o mundo. A sexualidade é um dos fatores presente em todas as fases da vida e também deve ser considerado nas pessoas idosas, visto que é uma forma de estabelecer vínculos afetivos e expressar os desejos e sentimentos e, em meio a essa situação, surge à necessidade de propor alternativas para evitar o aumento de infecções sexualmente transmissíveis, em especial o HIV/AIDS (Rocha et al, 2019).

A pessoa idosa possui demandas e particularidades biopsicossociais que a diferencia de um usuário adulto. Nesse sentido, faz-se necessário o rompimento da ideia de um modelo único para atendimento à população, que limita a assistência de acordo com as necessidades do sistema e não do usuário. Há necessidade, portanto, da elaboração de modelos de atenção às pessoas idosas que guiem o fluxo desses usuários no sistema de saúde, mas que, ao mesmo tempo, permitam a flexibilização e organização das ações de cuidado a partir das demandas dos pacientes (Coelho et al., 2018).

À luz desse cenário, apresenta-se a implantação do “PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA MANEJO DA INFECÇÃO PELO HIV EM IDOSOS”. Este tem por finalidade nortear, pactuar e estabelecer o processo de organização de um Serviço de Atendimento Especializado – SAE, com foco em ações voltadas para a prevenção do HIV/AIDS. Também serão abordadas as pessoas idosas soropositivas LGBTQI+, auxiliando na redução dos estigmas, na melhoria do acesso e na qualificação do cuidado prestado a esse grupo ainda pouco assistido pela rede de assistência à saúde.

1 INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

No início da epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no Brasil, em 1980 até junho de 2018, foram notificados, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 247.795 casos de infecção pelo HIV, sendo 50.890 (20,5%) na região Sul (Ministério da Saúde, 2018). Outro estudo quantitativo realizado pela área da saúde apontou o ranking estadual e, dentre os 55 municípios prioritários, aqueles que recebem incentivo federal, independentemente do número de habitantes, elaborado a partir do comparativo das taxas de detecção de AIDS, foi liderado por Charqueadas, seguida de Tramandaí e Porto Alegre (Ministério da Saúde, 2018).

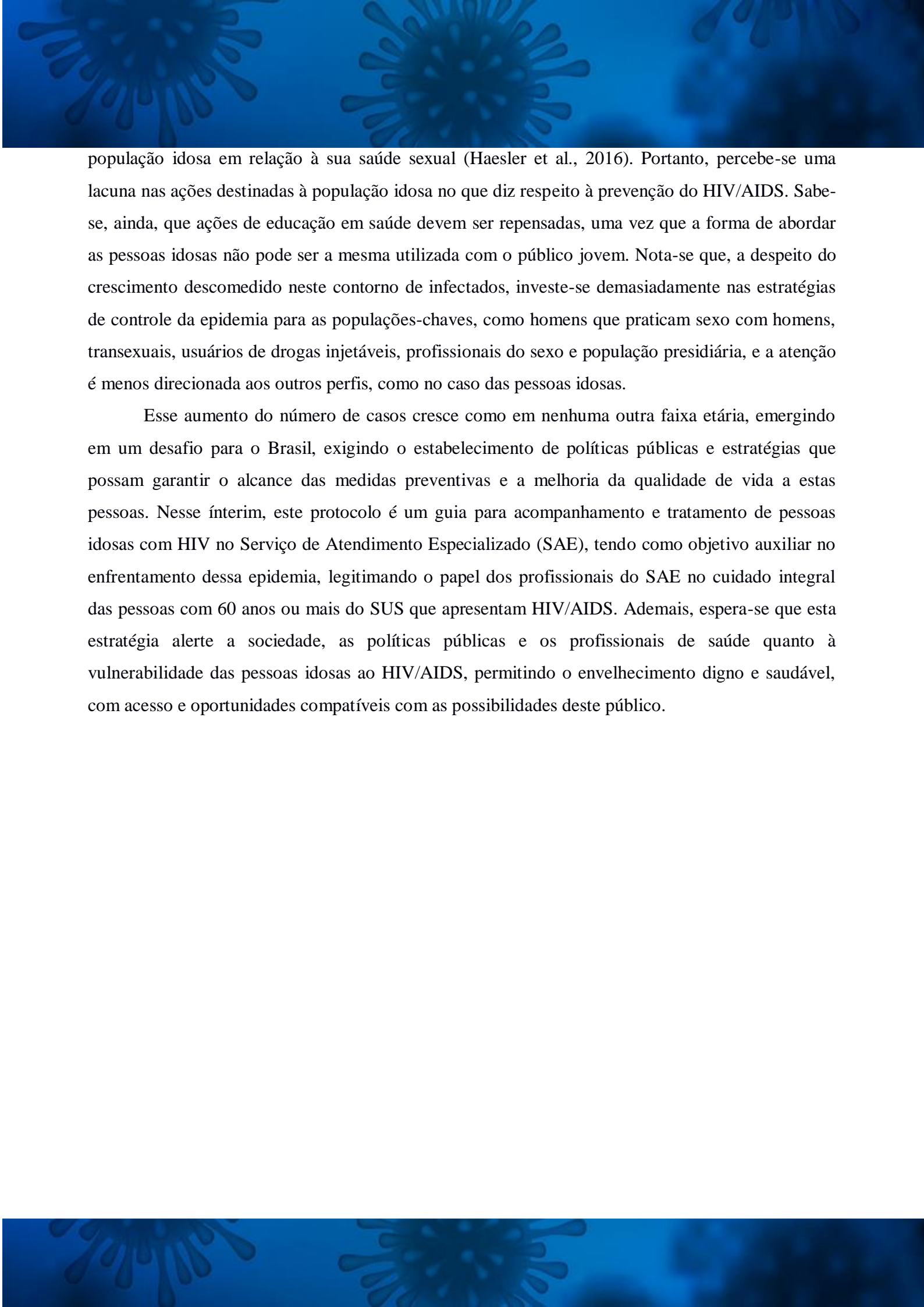
Estudos epidemiológicos relacionados à AIDS, por faixa etária no Brasil, apontam uma tendência de aumento no grupo de 60 anos ou mais, sendo a taxa de 12,6/100.000 habitantes em 2007 e 15,1/100.000 habitantes em 2017. Entre as mulheres, verifica-se que, nos últimos dez anos, a taxa de detecção apresentou queda em quase todas as faixas etárias, exceto na idade de 50 a 54 anos que passou de 33,0 para 35,8/100.000 habitantes e de 60 anos ou mais que passou de 8,5 para 12,0/100.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2018).

É visível que o HIV/AIDS vem sofrendo diversas modificações em seu perfil ao longo do tempo, dentre as quais encontram-se os fenômenos: a feminilização, a heterossexualização, envelhecimento, entre outros. Esses fenômenos correspondem ao fato de que não existem mais indivíduos particularmente vulneráveis ao vírus HIV, já que todas as faixas etárias do ciclo de vida estão expostas à contaminação (Lopes et al., 2016).

Alguns fatores que contribuem para o aumento do número de casos de HIV na população idosa têm sido associados ao envelhecimento da população brasileira, ao aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/AIDS e ao acesso a medicamentos para distúrbios eréteis, fator que tem prolongado a atividade sexual de pessoas idosas em associação com a desmistificação do sexo na terceira idade (Lopes et al., 2016).

Atrelado ao fenômeno da velhice, observa-se outro aspecto que também cabe ser estudado, o incremento de novos casos de infecção pelo HIV entre homens com mais idade que fazem sexo com homens (HSH). A análise apresentada no último Boletim Epidemiológico de AIDS e IST, do Ministério da Saúde (2018), mostrou que houve crescimento de 32,9% nos últimos dez anos na proporção de casos de AIDS entre HSH, passando de 35,6% em 2006 para 47,3% em 2016. Apesar de se configurar com forte engajamento na resposta à epidemia desde os seus primórdios nos anos 1980 (Calazans, 2018), gays e outros HSH têm sido negligenciados pelas políticas de saúde e, mais especificamente, pela política de combate à AIDS.

Existem profissionais de saúde que não se sentem capacitados para destinar assistência à



população idosa em relação à sua saúde sexual (Haesler et al., 2016). Portanto, percebe-se uma lacuna nas ações destinadas à população idosa no que diz respeito à prevenção do HIV/AIDS. Sabe-se, ainda, que ações de educação em saúde devem ser repensadas, uma vez que a forma de abordar as pessoas idosas não pode ser a mesma utilizada com o público jovem. Nota-se que, a despeito do crescimento descomedido neste contorno de infectados, investe-se demasiadamente nas estratégias de controle da epidemia para as populações-chaves, como homens que praticam sexo com homens, transexuais, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e população presidiária, e a atenção é menos direcionada aos outros perfis, como no caso das pessoas idosas.

Esse aumento do número de casos cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo em um desafio para o Brasil, exigindo o estabelecimento de políticas públicas e estratégias que possam garantir o alcance das medidas preventivas e a melhoria da qualidade de vida a estas pessoas. Nesse ínterim, este protocolo é um guia para acompanhamento e tratamento de pessoas idosas com HIV no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), tendo como objetivo auxiliar no enfrentamento dessa epidemia, legitimando o papel dos profissionais do SAE no cuidado integral das pessoas com 60 anos ou mais do SUS que apresentam HIV/AIDS. Ademais, espera-se que esta estratégia alerte a sociedade, as políticas públicas e os profissionais de saúde quanto à vulnerabilidade das pessoas idosas ao HIV/AIDS, permitindo o envelhecimento digno e saudável, com acesso e oportunidades compatíveis com as possibilidades deste público.



CAPÍTULO 2: A HISTÓRIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS RELATIVAS AO HIV/AIDS

2 A HISTÓRIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS RELATIVAS AO HIV/AIDS

No ano de 1980, o Brasil passava por reforma no sistema de saúde e esgotamento do regime militar. Nesse período, médicos sanitaristas e profissionais da saúde juntaram-se para formular novas Políticas Públicas de Saúde, visando a extensão da cobertura da assistência e sua transparência. Esse movimento foi denominado Reforma Sanitária e abarcou grandes conquistas para o setor da saúde pública e redemocratização do país (Loyola, 2007).

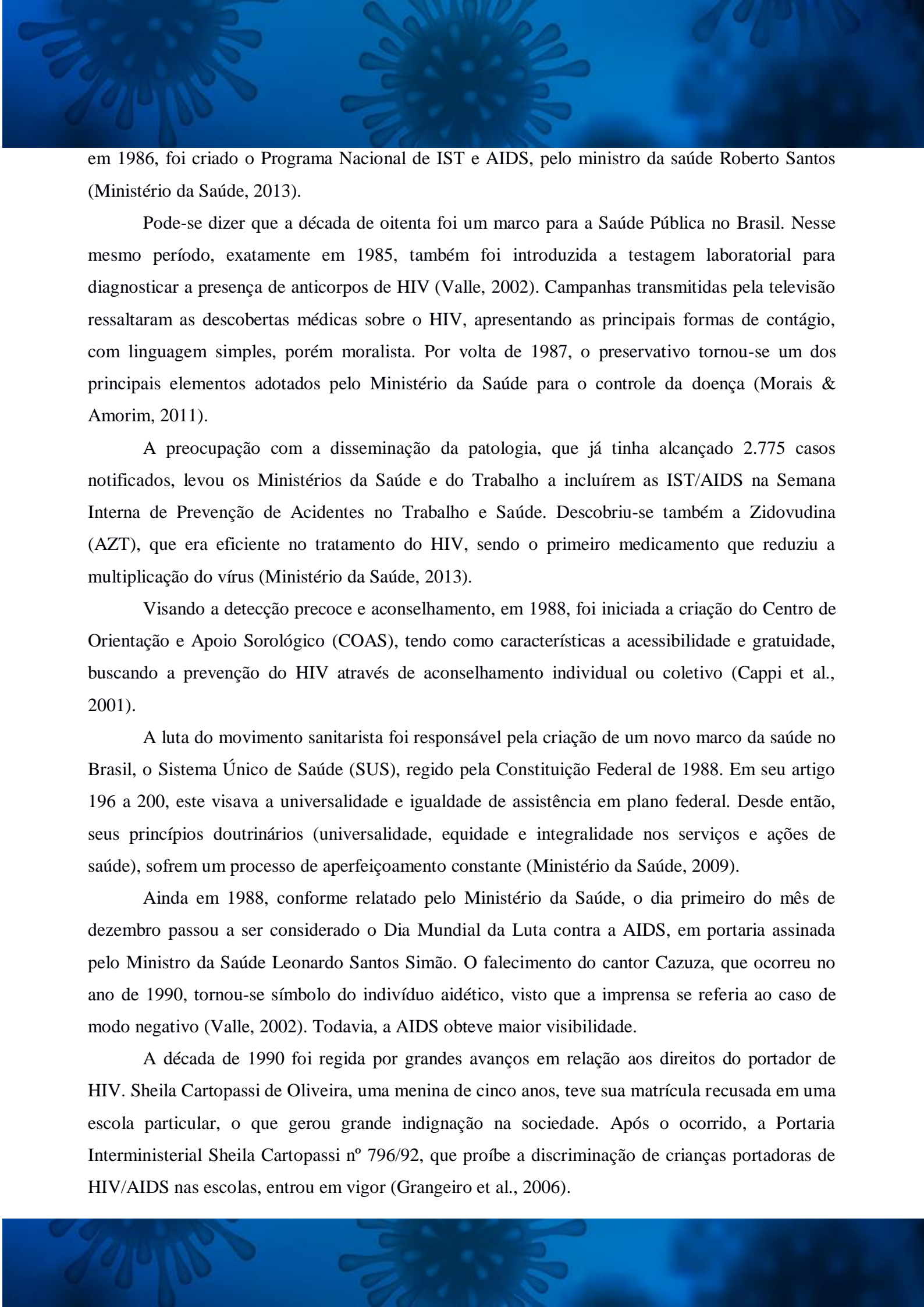
Em 1982, no estado de São Paulo, ocorreu o primeiro caso de HIV. Essa época foi marcada pela restauração da saúde no Brasil, gerando muitas polêmicas e inseguranças. A “nova doença” era definida como “5H”, que significava homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos e *hookers* (nome dado em inglês as profissionais do sexo). Desde então, a homossexualidade se transformou em um sinônimo de AIDS (Ministério da Saúde, 2013). Diante do desconhecido, a sociedade passou a discriminar grupos específicos, tais como: homossexuais, usuários de drogas e prostitutas. Essa atitude moral da população levou o portador de HIV a sentir-se culpado, uma vez que seu estilo de vida rompia com as regras da sociedade (Almeida & Labronici, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde, o ano de 1983 foi evidenciado pelo primeiro caso de HIV feminino, relatos de casos em profissionais de saúde e heterossexuais. A movimentação da sociedade e de grupos militantes, pelos direitos dos gays na cidade de São Paulo, solicitava uma posição oficial do governo em relação à nova patologia que recebia atenção da imprensa e atingia, principalmente, essa comunidade. Foi então que a Secretaria de Saúde de São Paulo criou um grupo de estudos com médicos do Hospital Emilio Ribas (Mendonça et al., 2010). Enquanto isso, os

franceses Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi, pesquisadores do Instituto Pasteur, isolavam e caracterizavam um retrovírus, inicialmente denominado LAV (Lymphadenopathy-Associated Virus), o possível causador do HIV, sendo confirmado posteriormente (Ministério da Saúde, 2013).

Foi assim que, em 1984, se estabeleceu o primeiro programa de controle da AIDS no Brasil: Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Por meio da iniciativa de médicos, militantes de esquerda e pessoas ligadas ao movimento homossexual e intelectuais, foi criada, no ano de 1985, em São Paulo, a Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA). Esta era a primeira Organização Não Governamental (ONG) do Brasil e da América Latina ligada à causa da AIDS (Ramos, 2004).

Ainda, em 1985, com o fim do regime militar no Brasil, o governo estava sob comando do Presidente José Sarney. O Ministro da Saúde Carlos Corrêa de Menezes Sant’Anna criou o Programa Federal de Controle da AIDS, através da Portaria n° 236, de 2 de maio. Posteriormente,



em 1986, foi criado o Programa Nacional de IST e AIDS, pelo ministro da saúde Roberto Santos (Ministério da Saúde, 2013).

Pode-se dizer que a década de oitenta foi um marco para a Saúde Pública no Brasil. Nesse mesmo período, exatamente em 1985, também foi introduzida a testagem laboratorial para diagnosticar a presença de anticorpos de HIV (Valle, 2002). Campanhas transmitidas pela televisão ressaltaram as descobertas médicas sobre o HIV, apresentando as principais formas de contágio, com linguagem simples, porém moralista. Por volta de 1987, o preservativo tornou-se um dos principais elementos adotados pelo Ministério da Saúde para o controle da doença (Moraes & Amorim, 2011).

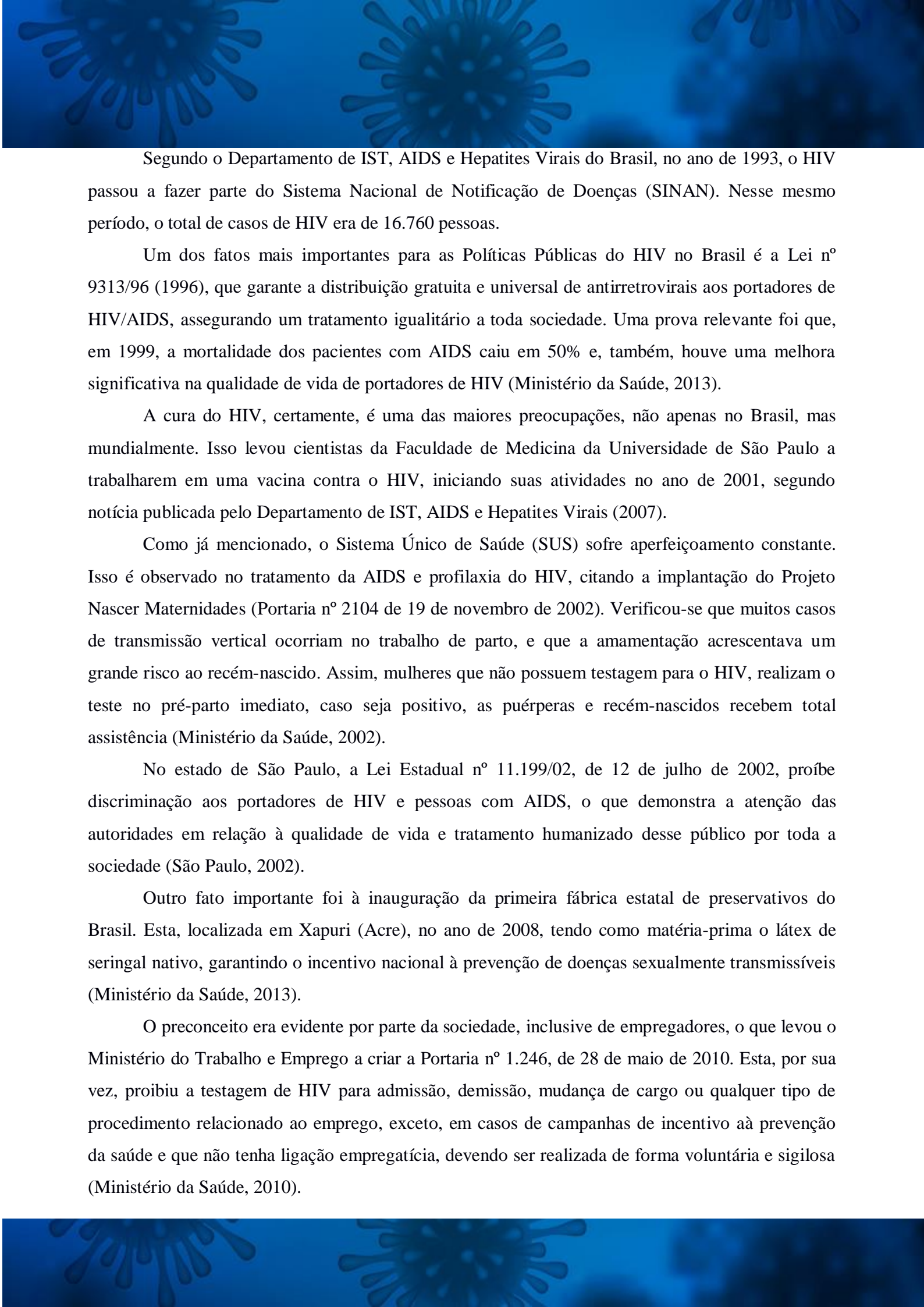
A preocupação com a disseminação da patologia, que já tinha alcançado 2.775 casos notificados, levou os Ministérios da Saúde e do Trabalho a incluírem as IST/AIDS na Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho e Saúde. Descobriu-se também a Zidovudina (AZT), que era eficiente no tratamento do HIV, sendo o primeiro medicamento que reduziu a multiplicação do vírus (Ministério da Saúde, 2013).

Visando a detecção precoce e aconselhamento, em 1988, foi iniciada a criação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), tendo como características a acessibilidade e gratuidade, buscando a prevenção do HIV através de aconselhamento individual ou coletivo (Cappi et al., 2001).

A luta do movimento sanitarista foi responsável pela criação de um novo marco da saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pela Constituição Federal de 1988. Em seu artigo 196 a 200, este visava a universalidade e igualdade de assistência em plano federal. Desde então, seus princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde), sofrem um processo de aperfeiçoamento constante (Ministério da Saúde, 2009).

Ainda em 1988, conforme relatado pelo Ministério da Saúde, o dia primeiro do mês de dezembro passou a ser considerado o Dia Mundial da Luta contra a AIDS, em portaria assinada pelo Ministro da Saúde Leonardo Santos Simão. O falecimento do cantor Cazuza, que ocorreu no ano de 1990, tornou-se símbolo do indivíduo aidético, visto que a imprensa se referia ao caso de modo negativo (Valle, 2002). Todavia, a AIDS obteve maior visibilidade.

A década de 1990 foi regida por grandes avanços em relação aos direitos do portador de HIV. Sheila Cartopassi de Oliveira, uma menina de cinco anos, teve sua matrícula recusada em uma escola particular, o que gerou grande indignação na sociedade. Após o ocorrido, a Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº 796/92, que proíbe a discriminação de crianças portadoras de HIV/AIDS nas escolas, entrou em vigor (Grangeiro et al., 2006).



Segundo o Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais do Brasil, no ano de 1993, o HIV passou a fazer parte do Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN). Nesse mesmo período, o total de casos de HIV era de 16.760 pessoas.

Um dos fatos mais importantes para as Políticas Públicas do HIV no Brasil é a Lei nº 9313/96 (1996), que garante a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais aos portadores de HIV/AIDS, assegurando um tratamento igualitário a toda sociedade. Uma prova relevante foi que, em 1999, a mortalidade dos pacientes com AIDS caiu em 50% e, também, houve uma melhora significativa na qualidade de vida de portadores de HIV (Ministério da Saúde, 2013).

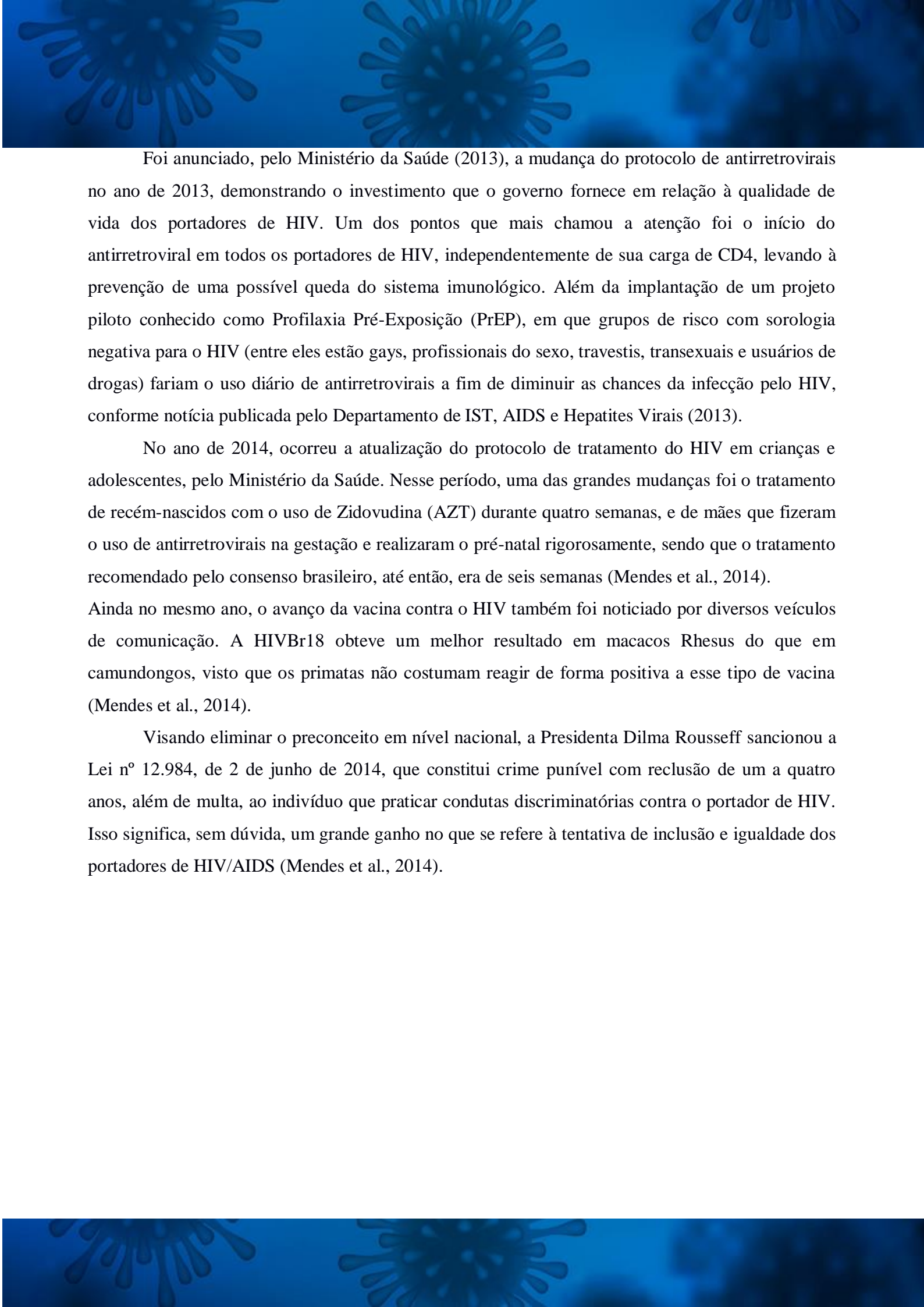
A cura do HIV, certamente, é uma das maiores preocupações, não apenas no Brasil, mas mundialmente. Isso levou cientistas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo a trabalharem em uma vacina contra o HIV, iniciando suas atividades no ano de 2001, segundo notícia publicada pelo Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais (2007).

Como já mencionado, o Sistema Único de Saúde (SUS) sofre aperfeiçoamento constante. Isso é observado no tratamento da AIDS e profilaxia do HIV, citando a implantação do Projeto Nascer Maternidades (Portaria nº 2104 de 19 de novembro de 2002). Verificou-se que muitos casos de transmissão vertical ocorriam no trabalho de parto, e que a amamentação acrescentava um grande risco ao recém-nascido. Assim, mulheres que não possuem testagem para o HIV, realizam o teste no pré-parto imediato, caso seja positivo, as puérperas e recém-nascidos recebem total assistência (Ministério da Saúde, 2002).

No estado de São Paulo, a Lei Estadual nº 11.199/02, de 12 de julho de 2002, proíbe discriminação aos portadores de HIV e pessoas com AIDS, o que demonstra a atenção das autoridades em relação à qualidade de vida e tratamento humanizado desse público por toda a sociedade (São Paulo, 2002).

Outro fato importante foi à inauguração da primeira fábrica estatal de preservativos do Brasil. Esta, localizada em Xapuri (Acre), no ano de 2008, tendo como matéria-prima o látex de seringal nativo, garantindo o incentivo nacional à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Ministério da Saúde, 2013).

O preconceito era evidente por parte da sociedade, inclusive de empregadores, o que levou o Ministério do Trabalho e Emprego a criar a Portaria nº 1.246, de 28 de maio de 2010. Esta, por sua vez, proibiu a testagem de HIV para admissão, demissão, mudança de cargo ou qualquer tipo de procedimento relacionado ao emprego, exceto, em casos de campanhas de incentivo à prevenção da saúde e que não tenha ligação empregatícia, devendo ser realizada de forma voluntária e sigilosa (Ministério da Saúde, 2010).



Foi anunciado, pelo Ministério da Saúde (2013), a mudança do protocolo de antirretrovirais no ano de 2013, demonstrando o investimento que o governo fornece em relação à qualidade de vida dos portadores de HIV. Um dos pontos que mais chamou a atenção foi o início do antirretroviral em todos os portadores de HIV, independentemente de sua carga de CD4, levando à prevenção de uma possível queda do sistema imunológico. Além da implantação de um projeto piloto conhecido como Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), em que grupos de risco com sorologia negativa para o HIV (entre eles estão gays, profissionais do sexo, travestis, transexuais e usuários de drogas) fariam o uso diário de antirretrovirais a fim de diminuir as chances da infecção pelo HIV, conforme notícia publicada pelo Departamento de IST, AIDS e Hepatites Virais (2013).

No ano de 2014, ocorreu a atualização do protocolo de tratamento do HIV em crianças e adolescentes, pelo Ministério da Saúde. Nesse período, uma das grandes mudanças foi o tratamento de recém-nascidos com o uso de Zidovudina (AZT) durante quatro semanas, e de mães que fizeram o uso de antirretrovirais na gestação e realizaram o pré-natal rigorosamente, sendo que o tratamento recomendado pelo consenso brasileiro, até então, era de seis semanas (Mendes et al., 2014).

Ainda no mesmo ano, o avanço da vacina contra o HIV também foi noticiado por diversos veículos de comunicação. A HIVBr18 obteve um melhor resultado em macacos Rhesus do que em camundongos, visto que os primatas não costumam reagir de forma positiva a esse tipo de vacina (Mendes et al., 2014).

Visando eliminar o preconceito em nível nacional, a Presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014, que constitui crime punível com reclusão de um a quatro anos, além de multa, ao indivíduo que praticar condutas discriminatórias contra o portador de HIV. Isso significa, sem dúvida, um grande ganho no que se refere à tentativa de inclusão e igualdade dos portadores de HIV/AIDS (Mendes et al., 2014).



CAPÍTULO 3:
TRATAMENTO DO HIV/AIDS COM FOCO
EM PACIENTES COM 60 ANOS OU MAIS

3 TRATAMENTO DO HIV/AIDS COM FOCO EM PACIENTES COM 60 ANOS OU MAIS

Para que se possa dar um melhor embasamento no tratamento de pacientes idosos com HIV/AIDS, antes se faz necessário tomar conhecimento sobre a maneira que são tratados e quais cuidados devem ser tomados pelo profissional de saúde no tratamento de pacientes infectados. Lembrando que pacientes portadores do vírus do HIV não têm disponível a cura, porém, se o paciente seguir o tratamento como indicado, pode amenizar os efeitos colaterais da doença e garantir uma melhor condição de vida (Lopes et al., 2016).

Estudos apontam que pessoas com idade mais avançada consomem mais serviços de saúde, as internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior, do que pessoas nas outras faixas etárias. Surge, então, a necessidade de o sistema de saúde se aperfeiçoar para atender as necessidades cada vez mais crescentes desses sujeitos, além de planejar cuidadosamente as políticas de saúde voltadas para esse grupo, de modo que os recursos disponíveis sejam utilizados com o máximo de eficiência (Sá et.al, 2007, p. 269).

3.1 Métodos de prevenção

Desde o início da epidemia, a prevenção tem sido uma questão crucial para os programas de controle da AIDS. Naqueles primeiros tempos, era grande o desconhecimento acerca da doença e sua distribuição, além de poucos subsídios para guiar as ações preventivas. Desde então, esse quadro sofreu profundas alterações, ocorrendo um aumento substantivo do grau de conhecimento científico acerca do vírus, suas interações com o organismo, sua epidemiologia e sobre os principais determinantes sociais dessa epidemia. Destaca-se, em particular, o elevado grau de conhecimento alcançado acerca do controle dos efeitos danosos do HIV sobre o organismo humano (Ayres, 2012).

A prevenção da AIDS na população idosa ainda é complexa por diversos motivos, desde o fato das autoridades governamentais não direcionarem com maior ênfase os investimentos para vencer as barreiras que dificultam a prevenção da AIDS, até o fato do próprio idoso não se perceber e acreditar que tem um potencial como qualquer outra pessoa jovem para aquisição do vírus HIV (Costa & Silva, 2013, p.390). De acordo com o site da organização Grupo de Incentivo à Vida (2016), no Quadro 1, apresentam-se alguns dos principais métodos de prevenção à AIDS.

Quadro 1 - Métodos de prevenção a AIDS

Camisinha ou preservativo	Provavelmente é o método mais eficaz em todo o mundo para prevenção de muitas doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, a sífilis, a gonorreia e alguns tipos de hepatites em qualquer tipo de relação sexual (anal, oral ou vaginal), seja homem com mulher, homem com homem ou mulher com mulher.
Prevenção na utilização de materiais perfuro cortantes, drogas injetáveis e o compartilhamento de seringas	É indicado o uso de objetos descartáveis. Se os instrumentos não forem descartáveis, como lâmina de depilação, navalhas e alicates de unha, é recomendável que se faça uma esterilização simples (fervendo, passando álcool ou água sanitária). Seringa contaminada e a reutilizada por terceiros, é também uma forma de contágio do vírus, já que pequenas quantidades de sangue permanecem na agulha ou seringa após o uso. Se outra pessoa usar essa agulha ou seringa, esse sangue será injetado na corrente sanguínea do sujeito.
Prevenção em transfusão de sangue e doação de órgãos	Através da transfusão de sangue e da doação de órgãos, estes são fatores que têm contribuído para que as instituições de coleta selecionem criteriosamente seus doadores e adotem regras rígidas para testar, transportar, estocar e transfundir o material. Estes procedimentos estão garantindo cada vez mais um número menor de casos de transmissão de doenças através da transfusão de sangue e da doação de órgãos.
Prevenção da transmissão vertical	Gravidez, parto ou amamentação, é importante que toda mulher grávida faça o teste que identifica a presença do vírus HIV. Se o exame for positivo, a gestante vai receber um tratamento adequado para evitar a transmissão para o filho na hora do parto e o aleitamento deve ser substituído por leite artificial ou de bancos de leite.

3.2 Vulnerabilidade em pessoas idosas com HIV/AIDS

Apesar dos avanços nas diversas áreas, as pessoas idosas ainda são tratadas como seres assexuados, isso devido à existência de alguns tabus impostos pela sociedade que ainda não encaram o processo de envelhecimento com mais naturalidade. Apesar dos avanços, incluindo os da área da saúde, percebe-se que ainda existem grandes problemas no sistema de saúde que falham ao realizar campanhas educativas visando o público idoso e, por isso, o que ainda se vê são pessoas idosas, ativas, perdendo suas vidas por falta de informações (Costa & Silva, 2013, p.369).

Os possíveis fatores que têm contribuído para a vulnerabilidade das pessoas idosas frente à epidemia do HIV/AIDS são destacados no Quadro 2.

Quadro 2 - Fatores de vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/AIDS

Invisibilidade da sexualidade na velhice	Pelo fato do assunto sexualidade em idosos ser pouco difundido, fica parado na sociedade e entre os profissionais de saúde, a noção de que sexo e sexualidade não existem na velhice.
Participação do idoso em grupos da terceira idade	Pessoas idosas participantes de grupos da terceira idade, tendem, com mais frequência, a falar em IST e HIV/AIDS, mas avaliam que não possuem risco de contrair estas doenças. Poucos usam preservativos, o que nos leva a crer que as campanhas de prevenção não estão chegando até este estrato da população. Sabemos que muitas pessoas idosas possuem vida sexual ativa, alguns, com mais de uma parceira; muitos deles nunca usaram preservativos em suas relações, mesmo sabendo que é um método de prevenção.
Medicamentos estimulantes do desempenho sexual em idosos	A vulnerabilidade das pessoas idosas ao vírus HIV/AIDS, tem também como fator predisponente, o desenvolvimento de drogas de estimulação sexual, garantindo a esse público um melhor desempenho, sem necessariamente estar associado à prática do sexo seguro.
Uso do preservativo masculino em pessoas idosas	Há muitos obstáculos para o uso da camisinha: os homens temem perder a ereção e ainda consideram que o cuidado só é necessário nas relações com as profissionais do sexo. Já as mulheres, não sentem necessidade de exigir o preservativo, porque já perderam a capacidade de engravidar e consideram que não necessitam mais de prevenção.
Políticas de prevenção de HIV/AIDS em pessoa idosas na população geriátrica	Não há uma efetiva implantação de políticas que ofereçam respaldo a esta população, tanto no que se refere à prevenção da AIDS, quanto ao processo de envelhecimento. Neste tópico, foi exposto que a pessoa idosa faz parte de um grupo, que tem maior vulnerabilidade à contaminação do HIV, principalmente devido a fatores culturais ideológicos e a limitação das políticas de saúde voltada para essa faixa etária, que é parcamente explorada.

Fonte: Santos e Assis (2011)

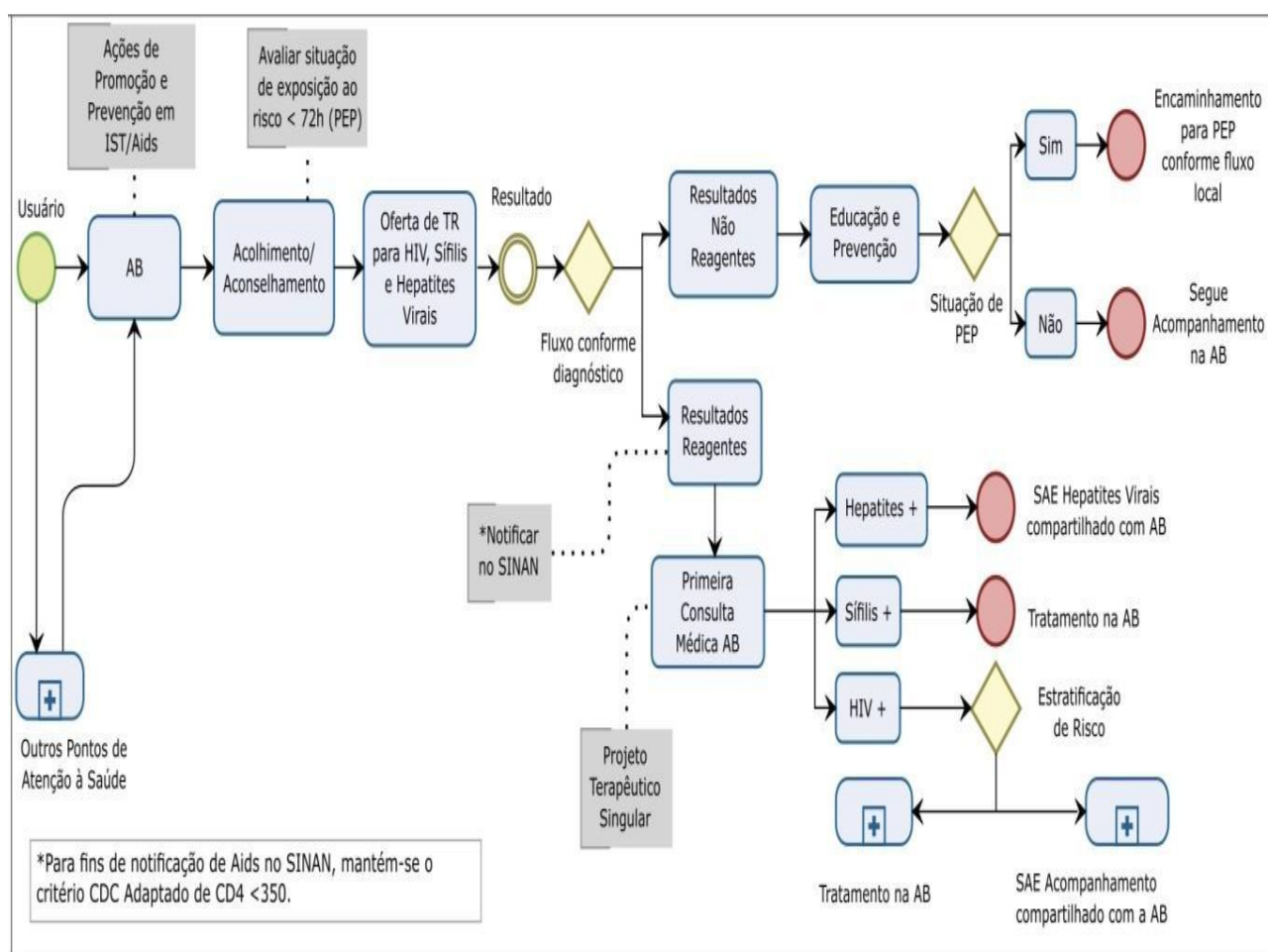


CAPÍTULO 4: SUPORTE NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE)

4 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Incluir a Atenção Básica no cuidado compartilhado do HIV/AIDS com os serviços especializados é fundamental para a melhoria do atendimento às PVHA no Brasil, uma vez que garante maior acesso e vínculo com o sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (Ministério da Saúde, 2015). Neste sentido, segue abaixo:

Figura 1 - Fluxograma de Cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis na Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Rio Grande do Sul (2018).

4.1 Acolhimento

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e pessoas atendidas no SUS e nos atos de receber e escutar, podendo acontecer de formas variadas. É receber a pessoa desde a sua chegada, ser responsável por ela, ouvir sua queixa, permitir que mostre as preocupações em relação à doença e deixá-la à vontade para procurar o serviço de saúde e a equipe multiprofissional sempre que necessário, facilitando o acesso ao serviço e ao tratamento (Ministério da Saúde, 2017).

Acolher as PVHIV significa incluí-las no serviço de saúde, considerando suas expectativas e necessidades. A experiência em lidar com pessoas vivendo com outras doenças crônicas confere à equipe do SAE um saber-fazer que pode ser ampliado para o cuidado às PVHIV (Ministério da Saúde, 2017).

O profissional de saúde deve, também, informar a pessoa sobre o que é o HIV/AIDS, como tratar, quais as formas de transmissão e quais outros aspectos relacionados com a qualidade de vida - alimentação, atividade física, autoestima - e com a relação social - família, amigos, relacionamentos (Ministério da Saúde, 2017).

Quadro 3 - Comportamentos que favorecem o acolhimento

<p>Agir com educação e mostrar interesse, por meio da atenção e do contato visual;</p> <p>Chamar a pessoa pelo nome (ou pelo seu nome social, assegurando o uso de sua preferência, conforme estabelece a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009 do Ministério da Saúde em seu art.4º, inciso I);</p> <p>Criar uma relação de segurança e tranquilidade com a PVHIV, permitindo que esta seja a mais verdadeira possível ao informar os fatos;</p> <p>Ter postura ética e sigilosa;</p> <p>Evitar julgamentos de valor, respeitando as crenças, costumes, práticas e diferentes modos de vida das PVHIV;</p> <p>Esclarecer a PVHIV sobre seus direitos e sobre o compromisso dos profissionais de saúde quanto ao sigilo e confidencialidade de todas as informações pessoais que forem compartilhadas;</p> <p>Utilizar linguagem adequada ao nível de compreensão da PVHIV;</p> <p>Quando possível, usar recursos didáticos que facilitem o entendimento dos assuntos abordados, ou pedir que a pessoa explique com as próprias palavras o que ela entendeu, de forma a esclarecer dúvidas que ainda persistam;</p> <p>Estimular a participação ativa das PVHIV, compartilhando decisões e incentivando ações de autocuidado e responsabilidade com a própria saúde.</p>

Fonte: Ministério da Saúde (2017).

4.2 Consulta de enfermagem

A consulta de enfermagem (CE), no intuito de atender as demandas do paciente, permite um atendimento individualizado, propondo tratar das especificidades de cada indivíduo dentro da sua singularidade. A CE pode se dar em dois momentos, sendo o primeiro relacionado com os dados de caracterização sociodemográfica, epidemiológica, clínica e familiar do paciente e, no segundo momento, o autocuidado do paciente para consigo mesmo (Fiuza et al, 2011).

Com relação à anamnese e ao exame físico, trata-se de um instrumento utilizado para as ações de enfermagem, com teor de grande importância dentro da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Este, por sua vez, permite ao enfermeiro realizar a assistência do cuidado, através do diagnóstico, planejamento das ações de enfermagem, acompanhamento e avaliação da evolução do paciente (Santos et al., 2011). No Apêndice I, segue a anamnese para a primeira consulta de enfermagem ao paciente idoso do SAE.

4.3 Avaliação clínica na primeira consulta

A primeira consulta médica se faz indispensável e com a máxima brevidade para que seja esclarecido ao indivíduo o seu diagnóstico de infecção pelo vírus HIV. A indicação para início do tratamento pela terapia antirretroviral (TARV) se dará por meio da avaliação clínica inicial, a fim de avaliar o estado geral de saúde da pessoa. É fundamental, para o sucesso terapêutico, que o indivíduo tenha um bom vínculo com a equipe de saúde e, assim, estabeleça-se uma boa relação (Rio Grande do Sul, 2016).

É de extrema relevância que seja esclarecido ao usuário o diagnóstico de HIV e que ele tenha o entendimento sobre as características da doença, bem como a compreensão do objetivo da TARV, além da tomada de decisão em iniciar o tratamento. É fundamental que o usuário tenha claro que, para atingir a supressão do replicamento da carga viral, o uso da medicação deve ocorrer de forma correta e contínua (Rio Grande do Sul, 2016).

Nesse momento, se deve orientar sobre as formas de transmissão, acompanhamento e resultados dos exames laboratoriais (como contagem de carga viral de CD4) que devem ser abordados, bem como possíveis eventos adversos relacionados ao tratamento, sendo eles a curto e a longo prazo (Rio Grande do Sul, 2016). Tendo acesso às informações e promovendo a própria autonomia, o paciente se fortalece para enfrentar as adversidades trazidas pela doença e seu tratamento (Ministério da Saúde, 2013).

4.4 Avaliação laboratorial na primeira consulta

Os seguintes exames devem ser solicitados na primeira consulta (Quadro 4), com o objetivo de auxiliar na identificação e avaliação de comorbidades e indicação de TARV.

Quadro 4 - Exames Laboratoriais e Exames Complementares

Exames Laboratoriais		
Hemograma com plaquetas		
Glicemia em jejum		
Perfil lipídico (colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos)		
Avaliação hepática (TGO, TGP)		
Avaliação renal (creatinina, exame qualitativo de urina)		
Bilirrubina total e frações		
Fosfatase alcalina		
Teste para hepatites virais: Anti-HBC Total, Anti-Hbs, Anti-HVA		
VDRL		
FTA-Abs		
Toxoplasmose IgG, IgM		
Exames Complementares		
Procedimento	Local	Pacientes
Mamografia	Mama	Mulheres entre 50 a 69 anos
Preventivo do câncer do colo do útero	Colo uterino	Mulheres
Toque retal e preventivo anal	Ânus	Relação receptiva anal, antecedente de HPV, histologia vulvar ou cervical anormal
Dosagem de alfafetoproteína e realização de ultrassom	Fígado	Pacientes cirróticos e portadores de Hbsag positivos

Fonte: Rio Grande do Sul (2016).

Com relação à imunização do usuário portador do HIV/AIDS, os mesmos não só devem, como precisam de proteção especial às doenças imunopreveníveis. No entanto, é importante que cada caso seja avaliado, considerando as diversas situações, onde podem aparecer, desde o soropositivo (portador assintomático), até o imunodeprimido, com a doença instalada (Ministério da Saúde, 2014). A Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) possui o calendário vacinal para pessoas acima de 60 anos, apontando quais vacinas são indicadas e quais estão disponíveis pelo

SUS. Também oferece o calendário de vacinação indicado para pacientes que estão suscetíveis a complicações de saúde, com relação a doenças imunopreveníveis (SBIIm, 2021). Mediante isso, faz-se necessário seguir as indicações de vacina de acordo com a necessidade de cada paciente. Algumas recomendações para a vacinação em pessoas infectadas pelo HIV/AIDS estão disponibilizadas no Plano Nacional de Vacinas anti-HIV (Ministério da Saúde, 1999).

4.5 Avaliação clínica no acompanhamento

Deve-se adequar a periodicidade das consultas médicas conforme a fase do tratamento e as condições clínicas do indivíduo. Sugere-se retorno em 7 a 15 dias após início da TARV para avaliar eventos adversos e dificuldades que possam comprometer a adesão. Após essa consulta, recomenda-se retorno mensal até adaptação da TARV e, semestral, em pessoas clinicamente estáveis e com boa adesão (Rio grande do Sul, 2016).

Nos primeiros seis meses, espera-se que o indivíduo apresente melhora clínica, imunológica e supressão da carga viral. Entretanto, deve-se atentar para:

- I. Infecções oportunistas;
- II. Eventos adversos relacionados à medicação;
- III. Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune (SIR): presença de sinais ou sintomas inflamatórios entre 4 a 8 semanas após início da TARV. Pode-se apresentar como agravamento de doença a tuberculose e o aparecimento de uma doença subclínica preexistente (infecções fúngicas, virais e bacterianas, neoplasias e fenômenos autoimunes). Evento incomum quando a TARV é iniciada precocemente (Rio grande do Sul, 2016).

A abordagem multiprofissional deve ser reforçada nos períodos de interconsultas com o médico para fortalecer a adesão e avaliar potenciais eventos adversos ou situações clínicas que sugiram retorno em consulta médica antes do período combinado (Rio grande do Sul, 2016).

É fundamental que a equipe tenha disponibilidade para atender os usuários com HIV quando eles procuram a unidade de saúde, mesmo em momentos não previstos no cronograma de reavaliações (casos de demanda espontânea). O sucesso do tratamento com idosos depende das orientações sobre eventos adversos, a adesão à TARV, de um adequado acesso e vinculação aos serviços e às equipes multiprofissionais e sua capacidade de articulação e integração com os demais serviços da rede (Rio Grande do Sul, 2016).

4.6 Avaliação laboratorial no acompanhamento

Sugere-se a seguinte avaliação laboratorial no acompanhamento de pessoas assintomáticas, descrita no Quadro 5.

Quadro 5 - Avaliação laboratorial no acompanhamento de pessoas com HIV/AIDS

Exame	Pessoa em uso de TARV	Pessoa sem TARV
Hemograma	3-6 meses	3-6 meses
Contagem de LT-CD4+	Realizar LT-CD4 + com intervalo de 6 meses. Após, 2 exames consecutivos com valores ≥ 350 cel/mm ³ , somente acompanhar a pessoa com carga viral. Caso a carga viral fique detectável, solicitar novo LT-CD4+	6 meses
Carga viral (CV)	2 meses após início da TARV. Repetir após 6 meses da TARV. Pessoas com carga indetectável devem repetir a cada 6 meses.	6 meses
Função hepática e renal (TGO, TGP, Creatinina, ureia, Na, K, exame qualitativo de urina)	Avaliar função renal (creatinina, ureia e exame qualitativo de urina), após 1 mês do início da TARV e, após, a cada 3 meses	Anual
Testes não treponêmicos (VDRL ou RPR)	6 meses em pessoas não infectadas.	
Anti-HCV	Anual, se sorologia não reagente	
Glicemia de jejum	Anual	
Dosagem de lipídeos (colesterol total, HDL, triglicédeos)	Anual	
Prova Tuberculínica (PT)	Anual, se exame inicial for < 5 mm. Se exame inicial for > 5 mm, indicar tratamento para infecção latente, desde que descartada tuberculose em atividade.	

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

A realização de LT-CD4 + no acompanhamento de pacientes estáveis em uso de TARV, com CV indetectável e contagem de LT-CD4 + > 350 cel/mm³, não traz benefício ao monitoramento clínico-laboratorial. Flutuações laboratoriais e fisiológicas não tem relevância clínica e podem levar a erro de conduta. Portanto, quando o exame LT-CD4 + estiver acima de 350 cel/mm³, após duas coletas consecutivas com intervalo mínimo de 6 meses, o exame deve ser



solicitado, se a carga viral se torna detectável (Rio Grande do Sul, 2016).

Os exames de CD4 e carga viral podem ser solicitados pelas unidades de saúde através de formulários específicos conforme fluxo estabelecido e pactuado entre o serviço especializado de referência e unidade de saúde (Rio Grande do Sul, 2016).



CAPÍTULO 5: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

5 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O Projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar e, se necessário, com apoio Matricial (Ministério da Saúde, 2007).

Geralmente, é dedicado a situações mais complexas, sendo uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental, como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe, valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação no tratamento dos usuários.

Por conseguinte, é uma reunião de toda a equipe, em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações (Ministério da Saúde, 2007). Desse modo, segue, no Apêndice II, um modelo de PTS direcionado às pessoas idosas.

CAPÍTULO 6: ADESÃO

6 ADESÃO

A adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais (Quadro 6), requerendo decisões compartilhadas corresponsabilizadas entre o sujeito que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social (Ministério da Saúde, 2013).

Quadro 6 - Critérios de boa adesão

- Comparecimento às consultas agendadas com a equipe multidisciplinar;
- Realização de exames de seguimento em tempo oportuno;
- Retirada dos medicamentos na data prevista;
- Tomar doses do medicamento em quantidade e horários corretos;
- Não encerrar o medicamento antes do tempo indicado;
- Não ajustar a dose por conta própria.

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

A avaliação médica e psicossocial do paciente permite identificar os modos de enfrentamento, as dificuldades de aceitação e de viver com o diagnóstico positivo para HIV. A equipe de saúde deve levar em consideração esses aspectos na elaboração do plano terapêutico (Ministério da Saúde, 2013). Ainda, alguns fatores podem facilitar ou dificultar a adesão, como apresentado no Quadro 7.

Quadro 7 – Fatores que facilitam a adesão X Fatores que dificultam a adesão

Facilitam a adesão	Dificultam a adesão
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esquemas terapêuticos simplificados, como doses fixas combinadas, que permitem o uso de diferentes medicamentos no mesmo comprimido; ✓ Conhecimento e compreensão sobre a enfermidade; ✓ Uso de dispositivos e técnicas para adesão (porta- pílula, diários, alarme, tabelas e mapas de doses, materiais educativos); ✓ Acolhimento e escuta ativa da pessoa pela equipe multiprofissional; ✓ Vínculo com os profissionais de saúde, equipe e serviço de saúde; ✓ Formação de grupos de apoio; ✓ Acesso facilitado aos antirretrovirais (ARV) por meio funcionamento e localização adequada da Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM); ✓ Parceria com organizações da sociedade civil; ✓ Apoio Social. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Complexidade do regime terapêutico (diferentes drogas, quantidade de doses); ▪ Precariedade ou ausência de suporte social; ▪ Não aceitação da soropositividade; ▪ Presença de transtornos mentais, como ansiedade e depressão; ▪ Efeitos colaterais do medicamento; ▪ Relação insatisfatória da pessoa com o profissional de saúde e serviços prestados; ▪ Crenças negativas e informações inadequadas referentes ao tratamento e à doença; ▪ Dificuldade de adequação à rotina diária do tratamento; ▪ Abuso de álcool e outras drogas; ▪ Dificuldade de transporte do usuário; ▪ Dificuldade de acesso ao serviço e aos medicamentos; ▪ Preconceito e discriminação; ▪ Exclusão Social.

Fonte: Ministério da Saúde (2013).

Ressalta-se que a má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica. Ainda que não tenha sido estabelecida uma relação direta entre os níveis de adesão e a eficácia dos diferentes antirretrovirais, de maneira geral, a maioria dos estudos aponta como necessária a tomada de pelo menos 80% das doses para que se obtenha resposta terapêutica adequada (Ministério da Saúde, 2013).

Um dos métodos mais utilizados para estimar a adesão ao tratamento na prática clínica é o auto relato do paciente. Embora essa abordagem tende a superestimar a adesão, sugere-se a sua utilização de maneira rotineira pelos integrantes da equipe de saúde que prestam o atendimento ao paciente (Ministério da Saúde, 2013).

Vale enfatizar também que a busca ativa de faltosos pode prevenir o abandono: por telefone, e-mail, mensagens de texto (SMS), aplicativos de mensagens instantâneas e visita domiciliária. Importante verificar a anuência do paciente para o contato com o mesmo (São Paulo, 2018).



CAPÍTULO 7: AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ADESÃO AO PÚBLICO MAIS VELHO

7 AÇÕES ESTRATÉGICAS DE ADEÇÃO AO PÚBLICO MAIS VELHO

O marco referencial para a implementação de ações de prevenção está baseado na avaliação das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas nas quais os sujeitos estão inseridos. A partir da avaliação das vulnerabilidades, os profissionais podem conduzir um processo de oferta de aconselhamento, testagem e orientações de prevenção para que o usuário dos serviços possa incorporá-las em sua vida cotidiana (Ministério da Saúde, 2006).

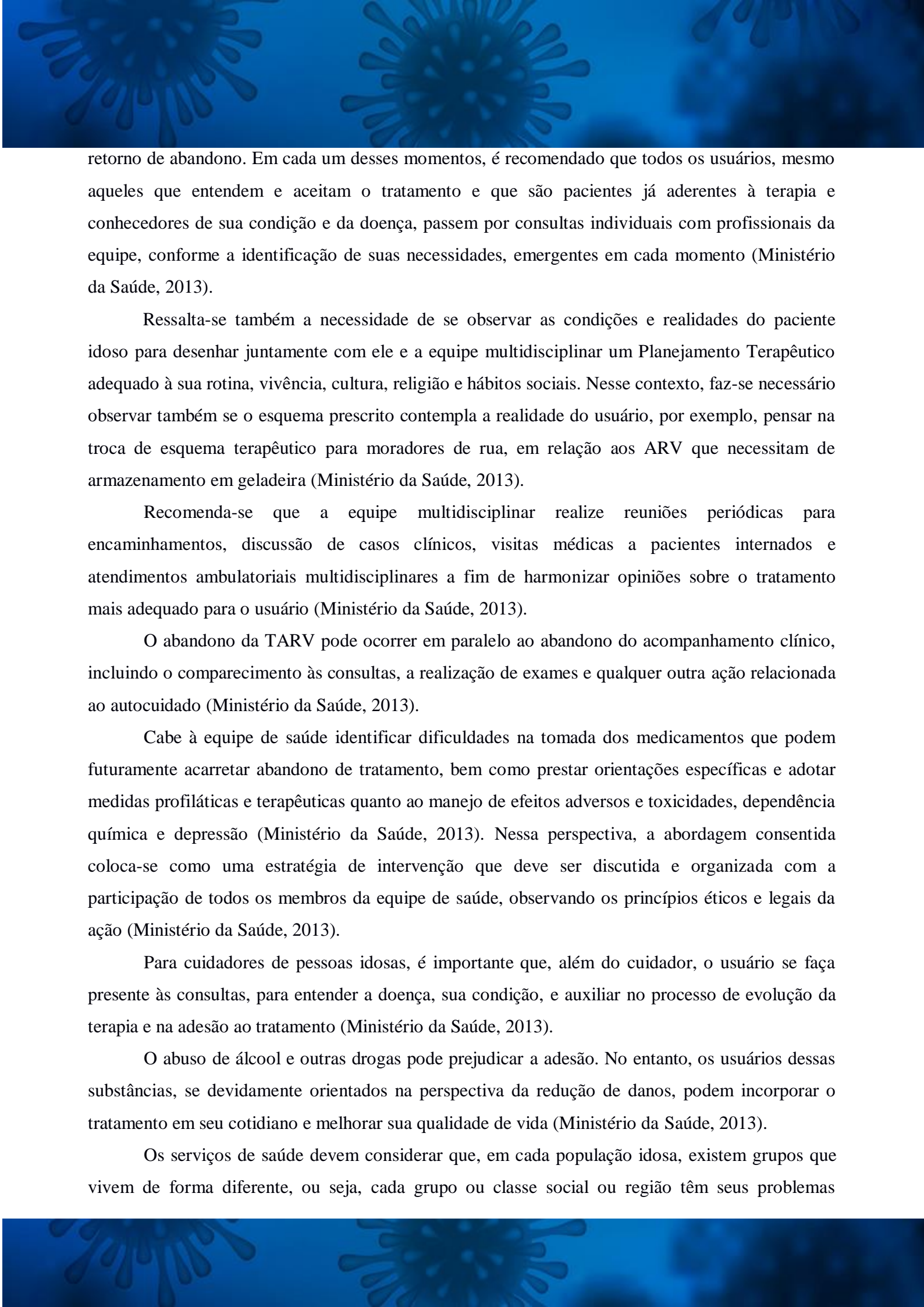
A qualificação da atenção integral à pessoa idosa deve levar em conta os fatores acima descritos, para que os procedimentos básicos possam ser incluídos, fazendo com que os serviços de saúde acolham esse grupo (Ministério da Saúde, 2006). As intervenções de prevenção dirigidas às pessoas idosas devem focar nos itens presentes no Quadro 8.

Quadro 8 - Ações estratégicas de adesão

- ❖ Estímulo ao acesso e utilização correta dos preservativos masculinos, femininos e aos lubrificantes;
- ❖ Aumentar a conscientização da população idosa com relação à promoção, prevenção, diagnóstico e assistência a esses agravos;
- ❖ Identificar e desenvolver ações em parceria com os serviços existentes na comunidade vinculados ao público idoso (Casas de Apoio, Casas de Passagem etc.);
- ❖ Identificar as pessoas idosas com queixa sugestiva de IST e encaminhar para avaliação na Unidade Básica de Saúde;
- ❖ Realizar o processo de programação e planejamento das ações de promoção à saúde e prevenção às IST/HIV/AIDS envolvendo a comunidade;
- ❖ Compreender as vulnerabilidades, a que podem estar sujeitas as pessoas idosas, para o HIV e outras IST e, conseqüentemente, orientar melhor a comunidade sobre a adoção de práticas que minimizem ou eliminem essas vulnerabilidades;
- ❖ Estimular a testagem para o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e da sífilis;
- ❖ Promover ações de prevenção e controle desses agravos, bem como ações que facilitem o acesso das pessoas idosas aos serviços de saúde, possibilitando aos profissionais de saúde a superação de preconceitos e discriminação;
- ❖ Estabelecer estratégias de busca ativa, respeitando os princípios da ética, sigilo e cidadania, que garantam a convocação dos(as) parceiros(as) de pessoas portadoras do HIV e/ou outras IST, prevenindo, assim, infecções e reinfecções;
- ❖ Promover o envolvimento da comunidade e de lideranças locais na discussão e execução das ações de promoção, prevenção, diagnóstico e assistência referentes às IST/HIV/AIDS e temas correlacionados.

Fonte: Ministério da Saúde (2006).

Três momentos da terapia antirretroviral merecem especial atenção e cuidado da equipe multidisciplinar na abordagem do paciente: início da terapia; mudança de esquema terapêutico; e



retorno de abandono. Em cada um desses momentos, é recomendado que todos os usuários, mesmo aqueles que entendem e aceitam o tratamento e que são pacientes já aderentes à terapia e conhecedores de sua condição e da doença, passem por consultas individuais com profissionais da equipe, conforme a identificação de suas necessidades, emergentes em cada momento (Ministério da Saúde, 2013).

Ressalta-se também a necessidade de se observar as condições e realidades do paciente idoso para desenhar juntamente com ele e a equipe multidisciplinar um Planejamento Terapêutico adequado à sua rotina, vivência, cultura, religião e hábitos sociais. Nesse contexto, faz-se necessário observar também se o esquema prescrito contempla a realidade do usuário, por exemplo, pensar na troca de esquema terapêutico para moradores de rua, em relação aos ARV que necessitam de armazenamento em geladeira (Ministério da Saúde, 2013).

Recomenda-se que a equipe multidisciplinar realize reuniões periódicas para encaminhamentos, discussão de casos clínicos, visitas médicas a pacientes internados e atendimentos ambulatoriais multidisciplinares a fim de harmonizar opiniões sobre o tratamento mais adequado para o usuário (Ministério da Saúde, 2013).

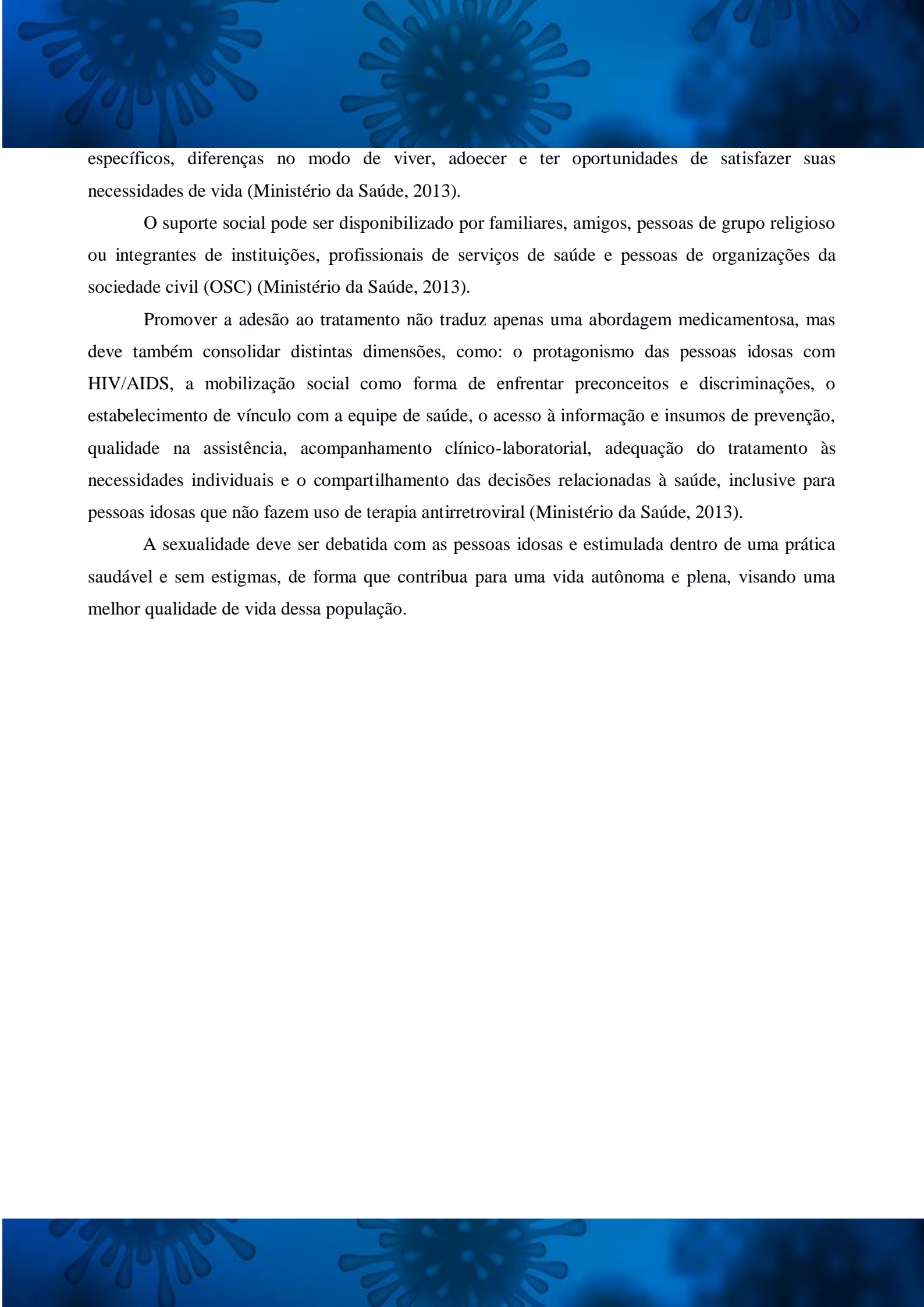
O abandono da TARV pode ocorrer em paralelo ao abandono do acompanhamento clínico, incluindo o comparecimento às consultas, a realização de exames e qualquer outra ação relacionada ao autocuidado (Ministério da Saúde, 2013).

Cabe à equipe de saúde identificar dificuldades na tomada dos medicamentos que podem futuramente acarretar abandono de tratamento, bem como prestar orientações específicas e adotar medidas profiláticas e terapêuticas quanto ao manejo de efeitos adversos e toxicidades, dependência química e depressão (Ministério da Saúde, 2013). Nessa perspectiva, a abordagem consentida coloca-se como uma estratégia de intervenção que deve ser discutida e organizada com a participação de todos os membros da equipe de saúde, observando os princípios éticos e legais da ação (Ministério da Saúde, 2013).

Para cuidadores de pessoas idosas, é importante que, além do cuidador, o usuário se faça presente às consultas, para entender a doença, sua condição, e auxiliar no processo de evolução da terapia e na adesão ao tratamento (Ministério da Saúde, 2013).

O abuso de álcool e outras drogas pode prejudicar a adesão. No entanto, os usuários dessas substâncias, se devidamente orientados na perspectiva da redução de danos, podem incorporar o tratamento em seu cotidiano e melhorar sua qualidade de vida (Ministério da Saúde, 2013).

Os serviços de saúde devem considerar que, em cada população idosa, existem grupos que vivem de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região têm seus problemas



específicos, diferenças no modo de viver, adoecer e ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida (Ministério da Saúde, 2013).

O suporte social pode ser disponibilizado por familiares, amigos, pessoas de grupo religioso ou integrantes de instituições, profissionais de serviços de saúde e pessoas de organizações da sociedade civil (OSC) (Ministério da Saúde, 2013).

Promover a adesão ao tratamento não traduz apenas uma abordagem medicamentosa, mas deve também consolidar distintas dimensões, como: o protagonismo das pessoas idosas com HIV/AIDS, a mobilização social como forma de enfrentar preconceitos e discriminações, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação e insumos de prevenção, qualidade na assistência, acompanhamento clínico-laboratorial, adequação do tratamento às necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à saúde, inclusive para pessoas idosas que não fazem uso de terapia antirretroviral (Ministério da Saúde, 2013).

A sexualidade deve ser debatida com as pessoas idosas e estimulada dentro de uma prática saudável e sem estigmas, de forma que contribua para uma vida autônoma e plena, visando uma melhor qualidade de vida dessa população.



CAPÍTULO 8: PARTICULARIDADES DE IDOSOS LGBTQI+ SOROPOSITIVOS

8 PARTICULARIDADES DE IDOSOS LGBTQI+ SOROPOSITIVOS

A população LGBTQI+ está sujeita a situações de maior vulnerabilidade e, por esse motivo, a saúde desse público demanda uma atenção particular/específica e uma crescente formação e informação dos profissionais para que o atendimento realizado a este segmento da sociedade possa ser marcado pela compreensão de suas particularidades e dos seus direitos (Alves & Silva, 2015).

Nesse sentido, se faz necessária a inclusão e a articulação das especificidades de orientação sexual e identidade de gênero em uma política nacional voltada para as populações LGBTQI+; a necessidade de implementação de práticas de educação permanente para os profissionais de saúde, incluindo a temática LGBTQI+; a definição de normas não discriminatórias e respeito ao direito à intimidade e à individualidade dos grupos e indivíduos pertencentes às populações LGBTQI+; a necessidade de garantia dos direitos sexuais e reprodutivos extensiva a esses segmentos; a implementação de campanhas e revisão dos currículos escolares; e as mudanças nos formulários, prontuários e sistemas de informação do SUS, para contemplar a orientação sexual e a identidade de gênero, os quais constituem situações muito mais complexas e são fatores de vulnerabilidade para a saúde (Bezerra et al., 2019).

O desafio da promoção da equidade para a população LGBTQI+ deve ser compreendido a partir da perspectiva das suas vulnerabilidades específicas, demandando iniciativas políticas e operacionais que visem à proteção dos direitos humanos e sociais dessas populações. Há um consenso sobre a necessidade do combate à homofobia no SUS e sobre a necessidade de proteção do direito à livre orientação sexual e identidade de gênero, como uma estratégia fundamental e estruturante para a garantia do acesso aos serviços e da qualidade da atenção (Albuquerque et al., 2013; Souza et al., 2014).

As estratégias da prevenção ao HIV/AIDS em pessoas idosas LGBTQI+ devem corresponder a uma variedade de medidas e de ações de prevenção, de acordo com a evolução das culturas homossexuais: as modificações dos estilos de vida dos homossexuais; as dificuldades de ordem psicossocial dos homens que fazem sexo com homens; a evolução das práticas sexuais levando-se em consideração o nível de risco e epidemiologia das IST; o princípio de uma responsabilidade individual não importando o estado sorológico; as situações de grande vulnerabilidade encontrado nos locais de sexo e de prostituição masculinas; a exposição entre casais; e a dimensão do “prazer” (Ministério da Saúde, 2002). Desse modo, as intervenções de prevenção dirigidas ao público LGBTQI+ devem focar nas situações citadas no Quadro 9.

Quadro 9 - Ações de prevenção ao público LGBTQI+

- Criar campanhas de mídias nacionais abordando as IST, o teste rápido e a assistência;
- Valorizar a proteção seletiva instituída entre casais, baseada em um acordo explícito entre os parceiros; enfatizar a mensagem de sexo seguro no novo contexto dos modos de vida homossexuais (penetração protegida, feleção não protegida sem ejaculação, etc.).
- Agir diretamente nos locais de encontro e de práticas sexuais com estratégias de prevenção e educação;
- Manter uma linha geral de prevenção evitando a marginalização causada pela infecção HIV/AIDS, a rotulação homossexuais, bissexuais e HSH;
- Lutar contra a homofobia e a rotulação dos bissexuais em ações de saúde;
- Integrar a prevenção local nos hospitais e a maneira de cuidar das pessoas soropositivas, integrando a vida sexual e a prevenção na assistência; a ligação entre os serviços de cuidados e de prevenção; e, a formação baseada no apoio médico-psicossocial;
- Informar os homens que utilizam a prática homossexual a respeito do Tratamento de Prevenção – TasP, sendo eles: Profilaxia Pós-Exposição – PEP e a Profilaxia Pré-Exposição – PrEP.

Fonte: Ministério da Saúde (2002), adaptado pela autora.

CAPÍTULO 9: SAÚDE MENTAL

9 SAÚDE MENTAL

No caso de pessoas idosas com HIV/AIDS, estas muitas vezes sofrem preconceitos e rejeições em suas famílias e grupos sociais, além de constrangimentos nos serviços de saúde e desrespeito aos seus direitos. Muitas se isolam, já que há dificuldades, como o compartilhamento do estado sorológico com outras pessoas e o temor de serem rejeitadas nos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais (Ministério da Saúde, 2017).

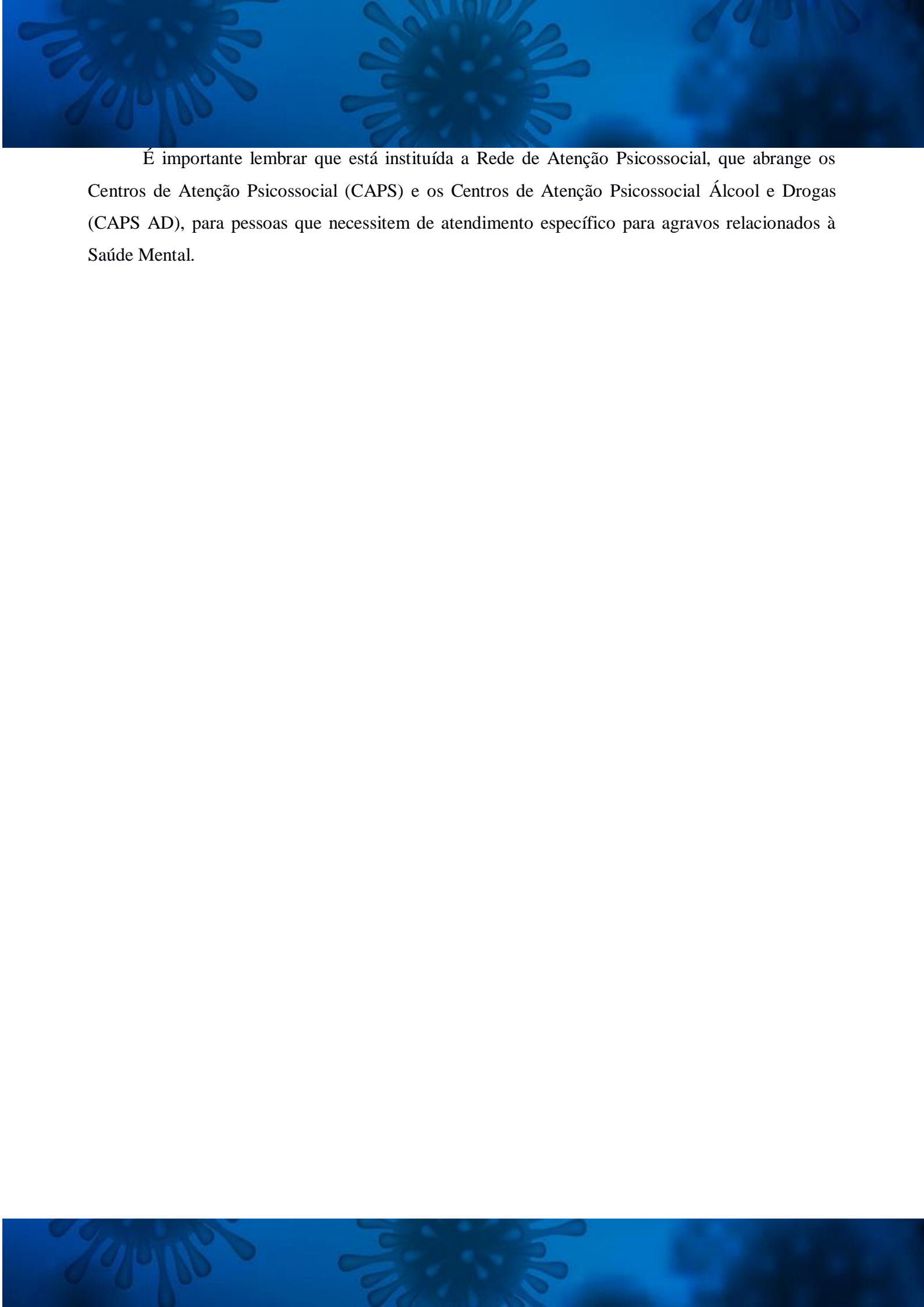
Todas essas situações podem levar a um estado de sofrimento psíquico, que não é necessariamente um transtorno mental, mas que, em inúmeros casos, necessita de atendimento por profissionais especializados em saúde mental (Ministério da Saúde, 2017).

As demandas emocionais são tão importantes quanto os sintomas físicos e precisam ser acolhidos por todos os profissionais de saúde, em uma perspectiva de atendimento humanizado e integral. Os aspectos psicológicos podem ser causas ou consequências de sintomas físicos (Ministério da Saúde, 2017). Por isso, é importante que os seguintes temas, apresentados no Quadro 10, sejam abordados nos atendimentos.

Quadro 10 - Temáticas abordadas nos atendimentos direcionadas a saúde mental das pessoas idosas

- A sexualidade do idoso, incluindo formas de prevenção e de continuidade da vida sexual, numa conversa aberta e sem preconceitos;
- O estigma e o preconceito em relação ao HIV/AIDS na velhice;
- O tratamento e os projetos de vida;
- O viver com HIV/AIDS na terceira idade;
- As redes de apoio, como família, amigos, parcerias amorosas e sexuais;
- A corresponsabilidade com relação à saúde e o autocuidado;
- Os efeitos dos medicamentos;
- As mudanças de hábitos de vida;
- Os aspectos cognitivos, neuropsicológicos e psiquiátricos;
- O uso de álcool e outras drogas;
- O contexto socioeconômico.

Fonte: Ministério da Saúde (2017).



É importante lembrar que está instituída a Rede de Atenção Psicossocial, que abrange os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), para pessoas que necessitem de atendimento específico para agravos relacionados à Saúde Mental.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. C. M. (2002). Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface (Botucatu)*, 6(11), 11-24. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832002000200002>.
- Albuquerque, G. A., Garcia, C. L., Alves, M. J. H., Queiroz, C. M. H. T. de., & Adami, F. (2013). Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 37(98), 516-524. <https://doi.org/10.1590/S0103-11042013000300015>
- Almeida, M. R. C. B., & Labronici, L. M. (2007). A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 12 (1), 263-274. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000100030>
- Alves, J. L. S. da, & Campos, J. L. (2015). *A invisibilidade da saúde da população LGBT: uma reflexão acerca da homofobia presente nos espaços institucionais de saúde*. Monografia de Bacharelado em Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil.
- Bastos, F. I., Buchalla, C. M., Ayres, J. R. C. M. de, & Silva, L. J. da. (2006). Resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids, 2001-2005. *Revista Saúde Pública*, 40,1-2.
- Bezerra, M. V. R. da., Moreno, C. A., Prado, N. M. B. L. de., & Santos, A.M. dos. (2019). Política de saúde LGBT e sua invisibilidade nas publicações em saúde coletiva. *Saúde em Debate*, 43 (8), 305-323. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S822>
- Calazans, G. J. (2018). *Políticas Públicas de saúde e reconhecimento: um estudo sobre prevenção da infecção pelo HIV para homens que fazem sexo com homens*. Tese de doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Cappi, D.R.S. Jesus, J. G., Nichata, L. Y. I., & Takahashi, R. F. T. (2001). Atuação de estudantes de enfermagem em um centro de orientação e aconselhamento (COAS) para HIV: relato de experiência. *Rev. Latinoam. Enferm.*, 9 (1), 66-72.
- Cezar, V. M., & Draganov, P. B. (2014). A história e as políticas públicas do HIV no Brasil sob uma visão bioética. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 18 (3), 151-156.
- Costa, F. P., & S., M. A. (2013). As ações nacionais de prevenção contra HIV/Aids em idosos. *Estudos*, Goiânia, 40 (4), 367-393. <https://doi.org/10.18224/est.v40i4.3047>
- Fiuza, M. L. T., Galvão, M. T. G., Silva, H. O., Lemos, L. A., Freitas, J. G. (2011). Implantação da consulta de enfermagem em um serviço de atendimento especializado: relato de experiência. *Associação Brasileira de enfermagem*, 256, 1106-1108.
- Grangeiro, A., Ferraz, D., Barbosa, R., Barreira, D., Veras, M. A. S. M. V. da., Villela, W., Veloso, J. C., & Nilo, A. (2006). UNGASS-HIV/AIDS: balanço da resposta brasileira, 2001-2005. *Rev.*

Saúde Pública,40, 88-93. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000800002>

Haesler, E., Baue, M., & Fethrstonhaugh, D. (2017). Sexuality, sexual health and older people: a systematic review of research on the know ed geand attitudes of health professionals. *Nurse EducToday*, 40, 57-71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.012>

Lopes, C., Ragazão, D. M., Silva, G. J. da, Augusto, M. P. B., Estevam, N., & Ferreira, R. (2016). *HIV/AIDS na terceira idade de prevenção e tratamento*. Rondônia, Faculdade de Enfermagem da Estácio de São Paulo. Recuperado em 21 fevereiro, 2021, de<https://facsao paulo.edu.br/wp-content/uploads/sites/16/2019/01/HIV-AIDS-NA-TERCEIRA-IDADE-PREVEN%C3%87%C3%83O-E-TRATAMENTO.pdf>

Loyola, M. A. (2007). Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 763-778.

Mendonça, P. M. E., Alves, M. A., & Campos, L. C. (2010). Empreendedorismo institucional na emergência do campo de políticas públicas em HIV/AIDS no Brasil. *RAE-Eletrônica*, 9(1). <https://doi.org/10.1590/S1676-56482010000100007>

Ministério da Saúde. (1999). *Plano nacional de vacinas anti-HIV (1º ed.)*. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. https://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vacinas_hiv.pdf

Ministério da Saúde. (2002). *Portaria n. 2104, de 19 de novembro de 2002*. Projeto Nascer-maternidades. https://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf

Ministério da Saúde. (2002). *Novos desafios da prevenção da epidemia pelo HIV/AIDS junto aos homens que fazem sexo com homens*. https://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/novos_desafios_prevencao.pdf

Ministério da Saúde. (2006). *HIV/AIDS, hepatites e outras DST. Cadernos de Atenção Básica*, Secretaria de atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. <https://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd18.pdf>

Ministério da Saúde. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Cadernos de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. https://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf

Ministério da Saúde. (2007). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular (2ª ed.)*. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. [https://http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.p df](https://http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)

Ministério da Saúde. (2011). *SUS: A Saúde do Brasil*. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva,

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf

Ministério da Saúde. (2010). *Portaria nº- 1.246, de 28 de Maio de 2010: Proíbe nas formas direta ou indireta, nos exames médicos por ocasião da admissão, mudança de função, avaliação periódica, retorno, demissão ou outros ligados à relação e emprego, a testagem do trabalhador quanto ao HIV*. Diário oficial da União, 102. http://abglt.org.br/docs/Portaria_1246-28052010.pdf

Ministério da Saúde. (2013). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. [https://C:/Users/User/Downloads/pcdt_adulto_12_2018_web%20\(3\).pdf](https://C:/Users/User/Downloads/pcdt_adulto_12_2018_web%20(3).pdf)

Ministério da Saúde. (2013). *História da AIDS*. Recuperado em 15 fevereiro, 2021, de <https://aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>

Ministério da Saúde. (2017). *Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica- Manual para a equipe multiprofissional*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites

Virais. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf

Ministério da saúde. (2018). *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. [https://C:/Users/User/Downloads/boletim_hiv_aids_12_2018%20\(1\).pdf](https://C:/Users/User/Downloads/boletim_hiv_aids_12_2018%20(1).pdf)

Morais, P. B., & Amorim, R. F. (2011). Políticas públicas de saúde e campanhas de prevenção à Aids: resgatando algumas controvérsias enfrentada nas décadas de 1980 e 1990. *Tempo Ciênc.*, 18 (35), 95-113. <https://doi.org/10.48075/rtc.v18i35.9003>

Ramos, S. (2004). O papel das ONGs na construção de políticas de saúde: a AIDS, a saúde da mulher e a saúde mental. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, 9(4), 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400027>

Rio Grande do Sul. (2016). *Protocolo Clínico para acompanhamento e tratamento de pessoas com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde*. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Coordenação Estadual de IST/AIDS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, TelessaúdeRS. <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201612/02120832-protocolo-dst-hiv-ses-rs-20160303-v018-lft.pdf>

Rio Grande do Sul (2018). *Linha de Cuidado para Pessoas Vivendo com HIV/ AIDS (PVHA) e Outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (2ª ed.)*. Secretaria de Estado de Saúde, Coordenação Estadual de IST/AIDS, Coordenação Estadual de Atenção Básica. <https://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/06/Linha-de-Cuidado-E-book.pdf>

Sá, A. M. S., Callegari, F. M., & Pereira, E. T. (2009). Conviver com HIV/AIDS: concepções de pessoas com idade acima de 50 anos. *SER Social*, 259–284. https://doi.org/10.26512/ser_social.v0i21.12743.

São Paulo. (2002). *Lei Estadual n. 11.199/02, de 12 de julho de 2002. Proíbe a discriminação aos portadores do vírus HIV ou às pessoas com AIDS e dá outras providências*. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, Secretaria Geral Parlamentar. <https://al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2002/lei-11199-12.07.2002.html>

São Paulo. (2018). *Linhas de cuidados de IST/AIDS (1ª ed.)*. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Programa Municipal de DST/AIDS de São Paulo. [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids_%20Finalizada\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Linha%20de%20Cuidados%20-%20ISTsAids_%20Finalizada(1).pdf)

Santos, A. F. M. de, & Assis, M. (2011). Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 14 (1), 147-157. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000100015>

Sociedade Brasileira de Imunizações (2020). *Calendário de Vacinação SBIm IDOSO: (2020/2021)*.

Souza, M. H.T., Signorelli, M. C., Coviello, D. M., & Pereira, P. P. G. (2014). Itinerários terapêuticos de travestis da região central do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 19(7), 2277-2286. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014197.10852013>

Valle, C. G. (2002). Identidades, doença e organização social: um estudo das “Pessoas Vivendo com HIV e AIDS”. *Horizontes Antropológicos*, 8 (17), 179-210.

APÊNDICE C- ANAMNESE DE ENFERMAGEM

1- Identificação do paciente	
Entrada no serviço:	Transferência: () Sim () Não
Nome:	
Data de nascimento: ___/___/___	Sexo: () F () M
Altura e peso:	PA:
Alergias:	Saturação:
Profissão:	
() Trabalhando () Desempregado () Aposentado	
Alguma observação:	
2- Identidade de gênero	
Orientação sexual	
() Heterossexual () Homossexual () Bissexual () HSH () Outra	
Alfabetizado:	
() Sim () Não	
Contato telefônico:	
Contato telefônico de familiares:	
Cor/raça:	
() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena	
Estado civil:	
() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () União estável	
() Separado(a) () Divorciado(a)	
Filhos:	
() Sim () Não	
Pretende ter mais filhos?	
() Sim () Não	
Utiliza algum método contraceptivo?	
() Sim () Não	
Se sim, qual?	

3- Aspectos clínicos

Comorbidades:
Uso de medicação contínua? () Sim () Não
Se sim, quais?
Uso de tabaco, álcool ou outras drogas? () Sim () Não
Se sim, quais?
Há possibilidade de estar grávida neste momento? () Sim () Não
Utiliza a unidade de saúde do seu bairro? () Sim () Não
Realiza algum tratamento de saúde? () Sim () Não
Se sim, qual?
Tem histórico de tuberculose? () Sim () Não
Realizou algum tratamento de saúde mental? () Sim () Não
Se sim, qual e aonde?
Imunizações: Possui carteira de vacinação? () Sim () Não
Hepatite B: () Vacina completa () Incompleta () Não sabe
Tétano: () Sim () Não

Obs.: Trazer carteira de vacinação na próxima consulta para avaliação.
Sabe com quem teve a exposição? <input type="checkbox"/> Conhecido <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Parceiro Breve relato de como aconteceu:
4- Avaliação da exposição
Possui parceiro fixo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Tem mais de um parceiro
Utiliza preservativo nas relações? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Sabe quanto tempo possa estar com a doença? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, quanto tempo?
5- Tipo de exposição
Sexual por meio de: <input type="checkbox"/> Penetração anal receptiva <input type="checkbox"/> Penetração vaginal receptiva <input type="checkbox"/> Sexo oral receptivo com ejaculação <input type="checkbox"/> Penetração anal insertiva <input type="checkbox"/> Penetração vaginal insertiva <input type="checkbox"/> Sexo oral sem ejaculação
Acidente ocupacional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, qual?
Violência sexual? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6- Aspectos familiares
Há alguém que possa dar suporte no tratamento? (Quem?)
Tem alguém da família com o mesmo diagnóstico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE D – PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

Projeto Terapêutico Singular – PTS (TB e Coinfectados)
Unidade de saúde de referência: SAE
1- Identificação do paciente
Nome:
Profissão:
Religião:
Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: () F () M
Identidade de gênero:
Orientação sexual
Alfabetizado:
() Sim () Não
Grau de instrução:
Endereço:
Contato Telefônico:
Estado civil:
() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () União estável
() Separado(a) () Divorciado(a)
2- Aspectos clínicos
Diagnóstico:
Comorbidades:
() Sim () Não
Uso de medicação:
() Sim () Não.
Se sim, quais?

Barreiras relatadas pelo usuário para a efetividade do tratamento?					
Há alguém que possa dar suporte no tratamento? (Quem?)					
Cirurgias Prévias:					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Internações Prévias:					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Tabagismo:					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Etilismo:					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Drogadição:					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Gestações:					
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica Parto normal					
<input type="checkbox"/> Parto cesárea <input type="checkbox"/> Abortos					
3- Identificações da família e benefícios sociais					
Membros:					
Nome	Idade	Grau de parentesco	Ocupação	Renda	Escolaridade

O usuário recebe benefício de algum programa social?
() Sim () Não
Se sim, que tipo de benefício recebe?
() Bolsa Família () Bolsa Alimentação () Auxílio-gás
() Aposentadoria () Auxílio Doença
() Benefício de prestação continuada – BPC () Outros
A família recebe algum benefício de programa social?
() Sim () Não
Se sim, que tipo de benefício recebe? E quem recebe?
4- Localizações territoriais e elementos do território relevantes
Onde você mora?
() Casa () Abrigo () Quarto alugado em domicílio
() Residência terapêutica () Apartamento () Rua
() Pensão () Outros
Como estrutura-se a sua moradia? (Quarto, sala, cozinha, banheiro e outros)
Quantas pessoas dormem no mesmo cômodo que você? E quem são?
Há quanto tempo mora neste local?
() Até 06 meses () De 06 a 12 meses () 12 a 24 meses () 24 ou mais
Quais os serviços citados abaixo atendem a sua moradia?

<input type="checkbox"/> Rede pública de água	<input type="checkbox"/> Rede pública de energia elétrica	<input type="checkbox"/> Rede de esgoto
<input type="checkbox"/> Coleta De Lixo	<input type="checkbox"/> Transporte Público	<input type="checkbox"/> Iluminação pública
<input type="checkbox"/> Outros		
No dia a dia, com quais pessoas você conversa fora do seu lugar de moradia?		
<input type="checkbox"/> Parentes (que não moram com você)	<input type="checkbox"/> Namorado(a)	
<input type="checkbox"/> Colegas De Trabalho	<input type="checkbox"/> Pessoas ligadas à igreja	
<input type="checkbox"/> Vizinhos	<input type="checkbox"/> Desconhecidos	
<input type="checkbox"/> Ninguém	<input type="checkbox"/> Comerciantes	
Questões relacionadas à moradia (Percepção do usuário sobre onde vive):		
5- Idosos em situação de rua/abrigados		
Por qual motivo você encontra-se em situação de rua ou abrigado?		
<input type="checkbox"/> Opção	<input type="checkbox"/> Separação conjugal	
<input type="checkbox"/> Alcoolismo/drogas	<input type="checkbox"/> Desavenças Familiares	
<input type="checkbox"/> Perda De moradia	<input type="checkbox"/> Desemprego	
<input type="checkbox"/> Outros:		
Caso você more na rua ou abrigo, pretende deixar de morar nestes locais?		
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vivência Comunitária:		
6 - Vínculo e rede de apoio		
Usuário vinculado com algum profissional na UBS?		

Você recebe visita de profissionais de saúde (agente comunitário de saúde, médico, enfermeiro ou outro profissional)?

() Sim () Não

Em caso afirmativo, quantas vezes ocorrem às visitas?

() Diariamente () Semanalmente () Mensalmente

Outros serviços da rede: Ex. Educação, conselho tutelar, CRAS, coordenadoria, delegacias, CREAS.

7 - Avaliações Internas para planejamento das ações do PTS

De que forma o caso surgiu para equipe?

O que mobiliza a equipe para discutir o caso (Histórico e problema atual)?

Ações já realizadas pela equipe de saúde de referência do usuário e por outros serviços que atendem a família?

Avaliação de vulnerabilidades (Riscos individuais, políticos/econômicos sociais aos qual a família está exposta):

Avaliação das potencialidades:

Necessidades de saúde e avaliação de prioridades

Lista de necessidades de saúde identificadas	Grau de prioridade

Definição do(s) membros da família com quem as pactuações serão realizadas:

Pactuação dos objetivos e seus prazos em conjunto com o usuário:

Proposta de intervenção com cronograma e responsáveis (SAE e família):

Definição do profissional de referência do caso:



Definição de periodicidade de reavaliação do caso:

Disque Saúde
196

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Disque Aids
0800 541 0197

