

**FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE
CURSO ENFERMAGEM**

**O PAPEL DO ENFERMEIRO DA UNIDADE BÁSICA FRENTE AO
PACIENTE PORTADOR DO HIV NA MELHOR IDADE**

ROBERTA GUILHERMINA CORDEIRO DA SILVA

NATAL/RN

2009

ROBERTA GUILHERMINA CORDEIRO DA SILVA

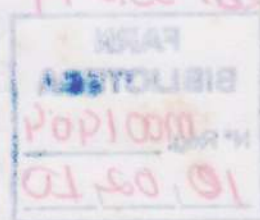
O PAPEL DO ENFERMEIRO DA UNIDADE BÁSICA FRENTE AO PACIENTE
PORTADOR DO AIDS NA MELHOR IDADE

Monografia apresentada ao curso de
Enfermagem da Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
(FARN) como requisito de inscrição em
regime de orientação para desenvolvimento
do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC).

Orientadora: M^a Cléa Maria da Costa
Moreno.

NATAL/RN

2009



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Silva, Roberta Guilhermina Cordeiro da

O papel do enfermeiro da unidade básica frente ao paciente portador do HIV na melhor idade - RN. / Roberta Guilhermina. – Natal, RN, 2009.
37f.

Orientador: Cléa Maria Moreno da Costa (Msc.)

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Enfermagem – Papel do Enfermeiro - Monografia. 2. AIDS na Terceira Idade - Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 613-083



ROBERTA GUILHERMINA CORDEIRO DA SILVA

Monografia apresentada a Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN), para obtenção do título de Graduado de Enfermagem.

Orientadora: Professora M^a Cléa Maria da Costa Moreno.

O papel do enfermeiro da unidade básica frente ao paciente portador do AIDS na melhor idade

Aprovado em: ____/____/____.

Banca Examinadora:

Orientador (a): Prof^a. Msc. Cléa Maria da Costa Moreno

Examinador (a): Prof^a. Msc. Patrícia Fonseca

Examinador (a): Prof^o Oswaldo

AGRADECIMENTOS

Ao longo do período da graduação, muitas pessoas passaram por minha vida deixando marcas e lições para cada um, proporcionando-me alegria, crescimento e conhecimento pessoal. Neste momento gostaria de agradecer-lhes, pois de alguma forma, contribuíram para a realização deste projeto.

Ao Professor Doutor de Química, por permitir-me estar aqui.

Aos meus amigos da faculdade: Adilson, Nivaldo, Arlindo, Danilo, Aécio, Lopes, Angelina, Nushia, Keda, Marli, João, Karine, Vanessa, Madalena e Lúcia. Racionais, que contribuíram ao meu trabalho através de suas ideias.

Aos amigos de batalha, pela compreensão.

As professoras de Física da UFPA, que de alguma forma me ajudaram a concluir este trabalho com mais tranquilidade.

A professora Fátima, pela ajuda com o PRONEX.

Aos meus professores e professores-pais, por terem me guiado por esta jornada.

A todos, um abraço. Que todos possam estar sempre felizes e saudáveis.

E por fim, a Deus, que me deu a vida, a saúde, a sabedoria e a força para superar todas as dificuldades. Agradeço-lhe por tudo que me proporcionou e por tudo que ainda me reserva.

Que todos possam estar sempre felizes e saudáveis. Por e mais uma vez, quero agradecer por tudo que me proporcionaram e por tudo que ainda me reserva.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem seu auxílio nada disso seria possível.

A toda a minha família, em especial aos meus pais: José Cordeiro e Maria José, aos meus irmãos: Roberto e Claudia pela dedicação e compreensão, em todos os momentos desta longa caminhada. As minhas amigas da faculdade, do trabalho e da vida toda, por todo apoio e incentivo, que sempre se fizeram presente nos momentos mais difíceis. Ao meu noivo por sua paciência e todo seu amor, sempre me apoiando e quando possível me ajudando.

AGRADECIMENTOS

Ao longo do período da graduação, muitas pessoas passaram por minha vida deixando marcas e lições para toda a vida, proporcionando-me alegrias, conhecimentos e crescimento pessoal. Neste momento gostaria de agradecer-las, pois de alguma forma, contribuíram para a realização deste sonho.

Ao Reitor: Daladier da Cunha, por acreditar em mim;

Aos meus amigos da faculdade: Adelian Nicacio, Arivanaldo Dantas, Amaro Lopes, Angelita Noelma, Kesia Maria, Joise Santos, Vanessa Medeiros e Larissa Katharine, por caminharem ao meu lado na busca desse objetivo;

Aos amigos de trabalho, pela compreensão;

As enfermeiras do PSA do HJPB, que de algum modo me ajudaram a conciliar o meu trabalho com meu curso;

A professora Patrícia, pela ajuda com o PROUNI;

Aos meus professores e professoras, pelos puxões de orelha, nas horas certas;

A minha orientadora: Cléa Moreno, por toda disponibilidade e paciência comigo;

E por fim, mais não menos importante, as minhas amigas de toda a vida: Josana e Paula, pela disponibilidade, cuidado, carinho e atenção, me ajudando nos piores momentos da minha vida. Sem vocês não teria concluído minha caminhada rumo à formação.

Que nunca lhes falte saúde e esperança, paz e muito amor. Quero lhes agradecer pelas noites em vigília, pelas preces ao meu anjo da guarda oferecidas, em fim por toda dedicação.

Amo cada um de vocês de maneira diferente, porém igualmente especial e me sinto amada por todos, e nesse momento tão importante para mim só posso dizer a todos muito obrigada.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AIDS**- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
- AZT**- Zidovudina
- HIV**- Vírus da Imunodeficiência Humana;
- UDIs**- Usuários de Drogas Injetáveis;
- DST**- Doença Sexualmente Transmissível;
- SIV**- Vírus da Imunidade dos Símios;
- SBDSTID**- Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissível;
- UNITAID**- Banco de Dados de Violação dos Direitos das Pessoas Portadoras do HIV;
- DD**-Didanosina;
- DPC**- Zalcitabena
- 3TC**- Lamivudina;
- D4T**- Estavudina;

Palavras-chave: HIV/AIDS, IDOSO, ENFERMEIRO.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo discutir o papel do enfermeiro frente aos portadores de HIV/AIDS na melhor idade. Além, de contribuir para o conhecimento científico sobre a AIDS, da sua prevenção, bem como, da assistência, de forma que a atuação do profissional de saúde seja adequada, no sentido de promover a reflexão sobre a realidade da epidemia. Portanto, há uma necessidade premente de uma melhoria na assistência ao idoso portador da AIDS e só através do conhecimento compartilhado, se conseguirá ajudar a essa parcela da população tão carente de atenção e saúde, que com relevância, vem aumentando o índice de casos. Desse modo, observou-se a necessidade de se abordar neste trabalho o seguinte tópico: Revisão de literatura que tem como subtemas a História da AIDS, O histórico da sua evolução, a AIDS na melhor idade, o tratamento e a assistência de enfermagem ao idoso portador de HIV/AIDS. Diante disso, fica o alerta sobre a importância de se promover campanhas educativas neste sentido, de forma que envolva idosos, familiares e profissionais da saúde ligados a eles.

Palavras- chave: HIV/AIDS. IDOSO. ENFERMEIRO.

ABSTRACT

This paper aims to discuss the role of nurses in the face of HIV / AIDS in the best age. In addition, to contribute to scientific knowledge about AIDS, its prevention, as well as the assistance, so that the performance of health care is adequate to promote reflection on the reality of the epidemic. So there is a pressing need for improvement in assisting the elderly with AIDS and only through shared knowledge, is able to help this segment of the population so in need of attention and care that are relevant, an increase of the index cases. Thus, there was a need to address in this paper the following topic: literature review which is sub-history of AIDS, the history of its evolution, AIDS in the best age, treatment and nursing care of elderly with HIV / AIDS. Given this is a warning about the importance of promoting educational campaigns to that effect, so that involves the elderly, families and health professionals related to them.

Keywords: HIV.AIDS. ELDERLY. NURSES.

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3. JUSTIFICATIVA.....	12
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	13
4.1 HISTÓRIA AIDS.....	14
4.2 A AIDS NA MELHOR IDADE.....	22
4.3 TRATAMENTO DA AIDS NA MELHOR IDADE.....	25
4.4 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO PORTADOR DE HIV	26
5. METODOLOGIA.....	27
6. DISCUSSÃO.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
8. REFERÊNCIAS	31

1. INTRODUÇÃO

Em meados da década de 1980, surge uma nova doença que foi denominada como AIDS, a sigla tem origem no idioma inglês: Acquired Immune Deficiency Syndrome e significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Que é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo vírus da Imunodeficiência Humana, conhecido como HIV, esta sigla também é proveniente do inglês: Human Immunodeficiency Vírus. A AIDS é um processo dinâmico, que se caracteriza por uma imunodeficiência progressiva, inicialmente assintomática, evoluindo, na ausência de tratamento específico, para o desenvolvimento de sintomas constitucionais e doenças oportunistas em 85-90% dos indivíduos infectados. A característica principal da doença causada pelo HIV é uma imunodeficiência profunda, resultante de um comprometimento progressivo, qualitativo e quantitativo, dos linfócitos T auxiliares, que expressam na sua superfície uma grande quantidade da molécula CD4 (por isso as células também são conhecidas como linfócitos ou células T-CD4+), que é o receptor primário do HIV. Estudos recentes identificam a presença de co-receptores de quimiosinas CCR5 e CXCR4, que desempenham papel importante no complexo processo de penetração do vírus na célula do hospedeiro. (BRUNNER, SUDDRTH, 2005)

As principais formas de transmissão do HIV são: sexual (em indivíduos homossexuais e heterossexuais), sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis-UDI) e perinatal (transmissão da mãe para o filho durante a gestação, parto ou por aleitamento materno). Além dessas formas mais frequentes, pode ocorrer também a transmissão ocupacional, em profissionais da área da saúde que sofrem acidentes com material perfuro-cortantes contaminados ou se submetem a exposição de mucosas com sangue e outros materiais biológicos de risco de pacientes infectados pelo vírus. (BRUNNER, SUDDRTH, 2005)

Os principais sinais e sintomas associados à infecção aguda pelo HIV são: febre, fadiga, exantema maculopapular, cefaléia, linfadenopatia, faringite, mialgia, náusea, vômito, diárria, suores noturnos, meningite asséptica, úlceras orais, emagrecimento, hepatoesplenomegalia, trombocitopenia, linfopenia e elevações dos níveis séricos de enzimas hepáticas. O diagnóstico é feito principalmente através da realização do exame laboratorial ELISA e o tratamento atual é feito com uso de uma combinação de drogas como: Inibidores da transcriptase reversa e Inibidores da protease. Para prevenção e controle as principais

estratégias ainda são empregadas pelos programas que envolvem as ações educativas para o uso de preservativos, uso de agulhas e seringas descartáveis, controle do sangue e derivados, cuidados na exposição ocupacional a material biológico e o manejo adequado das DST. Com o surgimento da doença houve mudanças significativas não só na saúde como na economia, antropologia, política, direitos humanos (BRUNNER, SUDDRTH, 2005).

Os primeiros casos da doença ocorreram nos Estados Unidos da América, Haiti e África Central nos anos de 1977 e 1978. Nesta época eram denominados como grupos de risco; homossexuais, receptores de sangue e de hemoderivados e os usuários de drogas injetáveis, que ficavam concentrados nos grandes centros urbanos.

No Brasil os primeiros casos foram diagnosticados em São Paulo, no de 1982, assim como em outros países atingidos por esse mal, aqui também se acreditava que as vítimas eram só jovens; homossexuais, e usuários de drogas. O medo da contaminação prova que a população sabe da existência do HIV, porém, muitos ainda não sabem das formas de contaminação. No início da epidemia, o portador do HIV muitas vezes era abandonado pela família, discriminado por colegas de trabalho e até por profissionais de saúde.

O início do combate a AIDS no Brasil deu-se de maneira tímida, justificada pela letargia de suas ações para implantar programas de prevenção afirmando que existiam poucos casos para pesquisas tão caras e que as vítimas da AIDS dessa época possuíam condições para custear o seu tratamento.

O governo acreditava que havia questões mais emergentes, como as doenças endêmicas que existiam no país e que matavam mais que a AIDS. Não se pode esquecer que o forte conservadorismo que permeava o governo não permitiu que se dessem respostas a uma doença que atingia pessoas com comportamento tido como promíscuo. Neste sentido a pandemia encontrou variantes sociais que serviram como facilitadores para a sua rápida expansão, atingindo agora grupos vulnerabilizados, atingindo segmentos populacionais que não possuem acesso a serviços básicos de saúde, educação, trabalho, lazer e alimentação.

A AIDS hoje é de distribuição mundial e afeta a todas as classes sociais. Mas há um grupo que necessita de grande atenção, pois o número de pessoas atingidas vem aumentando de forma significativa nos últimos anos, trata-se das pessoas idosas. Nessa faixa etária há um déficit de compreensão natural, devido ao envelhecimento e o profissional enfermeiro precisa estar preparado para lidar com esta parcela da população que é cada vez maior no Brasil.

Os enfermeiros recebem nos serviços de saúde pessoas idosas HIV positivas e necessitam de informações para dar mais qualidade ao atendimento. Visando contribuir com o

conhecimento desses profissionais resolveu-se realizar uma revisão de literatura sobre o tema, para saber até que ponto estão sendo realizados trabalhos científicos nessa área.

O fenômeno do envelhecimento da população mundial não é assunto novo. China, Japão e países da Europa e da América do Norte já convivem há muito tempo com um grande contingente de idosos e com todos os problemas associados ao envelhecimento, como aposentadorias e doenças próprias da terceira idade. Isto tem como consequência altos custos para o Estado, e, portanto, requer políticas sérias e consistentes a respeito. Países em desenvolvimento, como o Brasil e México, vêm aumentando rapidamente seu contingente de idosos e necessitam urgentemente de políticas racionais para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional.

A pessoa idosa, já é passível de discriminação no Brasil, o que se agrava se considerarmos um idoso portador de HIV, ainda mais sendo decorrente de relações sexuais ou do uso de drogas. O quadro da soro positividade na velhice é bastante polêmico, onde os preceitos da ética, moralidade, religiosidade e padrões de bons costumes deveriam vir à tona para serem discutidos. Esse fato provoca o afastamento do idoso do meio social e até mesmo familiar.

A família, na maioria das vezes trata os idosos como inúteis e percebendo essa indiferença por parte das pessoas que eles geraram e educaram com tanto amor, o próprio paciente adota essa postura, e busca se resguardar frente a estas adversidades. Segundo os autores, Brasileiro & Freitas 2006 o envelhecimento e a morte eram processos muito presentes na vida familiar em séculos passados, na Europa. Nas atuais sociedades, o Estado protege o idoso, mas observa-se que as pessoas idosas estão cada vez mais sendo afastadas da convivência familiar e do círculo de conhecidos, sendo jogado em completa solidão (BRASILEIRO, FREITAS, 2006).

Analisando a sociedade brasileira, percebe-se que o estado não protege os idosos, mas a solidão na qual eles são jogados é a mesma. Apesar de a velhice ser um fenômeno biológico, cada pessoa envelhece do seu modo, por questões subjetivas, que podem estar ligadas a hereditariedade, o social e o cultural, e necessário que também se leve em conta a história de vida desse paciente. Esse conhecimento facilitará o trabalho com esse paciente (BRASILEIRO, FREITAS, 2006).

A expectativa de vida, atualmente ultrapassa os 80 anos, proporcionando ganhos não apenas quantitativos, mas atribuindo novo significado e novas possibilidades à velhice, tais como: o casamento, a partir de 60 anos, a volta à produtividade, visando ao sucesso

profissional, a volta aos estudos, em especial, a matrícula em uma universidade, a oportunidade, enfim, de aproveitar com plenitude a aposentadoria, antes considerada uma sentença de morte lenta. Mais toda essa produção e vontade de viver não são vividas por idosos de baixa renda, pois na grande maioria o que ganham só dar pra sustentar filhos desempregados ou netos concedidos a menor responsabilidade. (BRASILEIRO, FREITAS 2006).

Desse modo observou-se com o passar do tempo a necessidade de se estudar e buscar novas formas para trabalhar com esse idoso portador de HIV e seus cuidadores. Definir o real papel do enfermeiro, diante desse paciente é de grande importância, para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Contribuir na melhora do convívio com seus familiares e tentar diminuir o índice de contaminação entre esses idosos. Buscando, portanto, um maior conhecimento nessa área resolveu-se realizar esse trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

Realizar uma revisão de literatura sobre o papel do enfermeiro frente ao portador de HIV na melhor idade.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Contribuir para o conhecimento do profissional enfermeiro acerca do atendimento ao idoso portador de HIV;

Buscar conhecimento científico sobre o tema

3. JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pela grande relevância do tema, pois o acentuado crescimento do número de casos de AIDS entre pessoas acima dos 50 anos, já se tornou um grave problema de Saúde pública. Preocupado não só as autoridades como os profissionais de saúde e a população em geral.

De acordo com um estudo realizado por Seffner, 2005, a AIDS não é apenas uma doença, mas um fenômeno social de grandes proporções que causam impacto nos princípios morais, religiosos e éticos, procedimentos de saúde pública e de comportamento privado, nas questões relativas a sexualidade, ao uso de drogas e a moralidade conjugal (SEFFNER, 2005).

A possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece ser invisível aos olhos da sociedade e dos próprios idosos, visto que a sexualidade nesta faixa etária ainda é tratada como tabu, tanto pelos idosos como pela sociedade em geral (VIEIRA, 2004).

Além disso, o aumento da expectativa de vida, das oportunidades sociais e da disponibilização de medicamentos para disfunção erétil, tem impulsionado a vida sexual do idoso. (PIMENTA, 2005)

Ressaltam-se também algumas questões culturais que ainda permanecem como a infidelidade e a multiplicidade de parceiras aceitas socialmente na trajetória da vida dos homens que hoje têm mais de 60 anos, e que não praticam sexo seguro porque isso nunca fez parte da vida deles e que expõem suas esposas, resultantes da construção social de gênero (SALDANHA, 2003).

Sendo saudável ou não, a pessoa idosa, já é passível de discriminação no Brasil, e se considerarmos um idoso doente e além disso portador de HIV ainda mais sendo decorrente de relações sexuais ou do uso de drogas essa discriminação poderá aumentar. O quadro da soropositividade na velhice é bastante polêmico, onde os preceitos da ética, moralidade, religiosidade e dos padrões de bons costumes deveriam vir à tona para serem discutidos. Fato que provoca o afastamento do idoso do meio social e até mesmo familiar, postura que muitas vezes é adotada e escolhida pelo próprio idoso, que busca se resguardar frente a estas adversidades (GORINCHTEYN, 2005).

Com base nisso observa-se a necessidade da intervenção e de uma melhor qualificação dos profissionais da ESF, buscando amenizar o sofrimento e as questões relacionadas ao preconceito e a falta de informação desses portadores de HIV, muitas vezes derivados do

medo do desconhecido ou ainda por razões religiosas ou morais.

Há uma necessidade premente de uma melhoria na assistência ao idoso portador de HIV e só através do conhecimento compartilhado se conseguirá ajudar a essa parcela da população brasileira tão carente de atenção à saúde.

4.1 História da AIDS

A AIDS é um dos problemas mais graves de saúde pública no mundo. Desde sua emergência, ela vem se apresentando como uma doença devastadora que possui uma série de características que se diferenciam da maioria das doenças infecciosas, sendo uma doença crônica, com uma evolução lenta e progressiva, que pode levar à morte. A doença é causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), que ataca o sistema imunológico, deixando o corpo vulnerável a infecções oportunistas e a certos tipos de câncer.

A história da AIDS é marcada por uma série de eventos que levaram à sua identificação e ao reconhecimento de sua gravidade. A primeira descrição de uma síndrome semelhante à AIDS foi feita em 1981, quando se observou um aumento de casos de pneumonia e outras infecções oportunistas em homens homossexuais ativos. Isso levou à identificação do vírus da imunodeficiência humana (HIV) como o agente causador da doença. Desde então, a AIDS tem se espalhado rapidamente pelo mundo, tornando-se uma das principais causas de morte e incapacidade no século XXI.

A disseminação da doença ocorreu de forma silenciosa e insidiosa, afetando inicialmente grupos de risco, como homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais de saúde. Com o tempo, a doença passou a afetar também a população em geral, tornando-se uma verdadeira epidemia global. A falta de conhecimento sobre a doença e o medo de discriminação foram fatores que contribuíram para a sua rápida propagação. No entanto, a conscientização e a adoção de medidas preventivas, como o uso de preservativos e a realização de testes de triagem, têm ajudado a controlar a disseminação da doença.

O conceito de vulnerabilidade considera a possibilidade de exposição da pessoa a situações de risco, levando em consideração fatores individuais, sociais e ambientais. A vulnerabilidade é um conceito dinâmico, que pode variar ao longo da vida de uma pessoa. A identificação e a redução da vulnerabilidade são estratégias importantes para a prevenção da AIDS e de outras doenças infecciosas.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Esta revisão de literatura pretende abordar trabalhos relevantes sobre a assistência ao idoso portador do HIV. Os seguintes tópicos serão abordados: 4.1 A História da AIDS; 4.2 AIDS na melhor idade; 4.3 O tratamento da AIDS na melhor idade; 4.4 A assistência de enfermagem ao idoso portador do HIV.

4.1 História da AIDS

A AIDS é um dos problemas mais graves de saúde pública na atualidade. Desde seu surgimento, ela vem se apresentando como uma doença dinâmica, que possui uma série de característica que se difere com o passa do tempo conhecido como uma doença configurada pela morte e pelo contágio pelo sexo, graças à apresentação reforçada pela mídia (SALDANHA, FIGUEIREDO, COUTINHO2005).

Logo veio o surgimento dos “grupos de risco” (homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis), que ficaram conhecidas como o locus da doença, e seus integrantes, como os seus disseminadores e desviantes das normas sociais relacionadas ao prazer, ao sexo e a utilização de drogas, ou seja, verdadeiras ameaças a moral e a os bons costumes. Muitos discursos foram elaborados tratar a doença do “outro,” do “promiscuo”, do “morto vivo,” causando estigmatizações e acentuando o preconceito àqueles que lidavam com a doença (GADELHA, 2001).

A disseminação da doença começa a configurar-se de forma contraria a inicial e grupos, antes não cogitados como possíveis de contaminação pelo HIV, passam a fazer parte do cenário epidemiológico da doença. A população em geral também passa a ser contaminado e juto a isso, na busca de combater a discriminação e os preconceitos causados pelos pela denominação de “grupo de risco,” surgi o conceito de vulnerabilidade, que amplia a visão acerca da forma de contaminação pelo vírus da AIDS, atentando-se agora para o fato que a possibilidade de contrair o vírus vai bem alem da esfera individual, que apenas se ter ou não um comportamento de risco (BRASIL, 2000; SALDANHA, ARAUJO, FELIX, 2006).

O conceito de vulnerabilidade considera a possibilidade de exposição da pessoa a o adoecimento de forma coletiva sem particularizar o individuo, ajudando a compreender melhor como determinantes sociais influenciam na disseminação da doença (SALDANHA E COLS, 2005).

No Brasil e no mundo, com toda a diversidade e dinamismo da epidemia da AIDS/HIV, o debate sobre a relação entre vulnerabilidade à infecção para o HIV e iniquidades sociais se apresenta de forma urgente. Buscando um afastamento cada vez maior das generalizações dos achados, tenta-se, mediante a um debate mais amplo, trazer à tona singularidades dos diversos contextos sociopolíticos e culturais existentes em nossa sociedade (MARQUES, 2003).

Em um país como o Brasil, com tantas desigualdades sociais, com uma concentração de renda exorbitante nas mãos de poucos, com um acesso restrito aos bens de consumo materiais e simbólicos, por parte de uma população mais carente, que representa a maioria da nossa população, o risco de cometer erros frente a vulnerabilidade e a infecção para o HIV, é muito maior (MARQUES, 2003).

Ao longo do História da AIDS, fenômeno como a pauperização e a interiorização da doença foram de suma importância para sua redefinição. As barreiras enfrentadas pelos brasileiros das camadas menos favorecidas, que minimizam a eficácia dos processos preventivos nesses seguimentos, e o aumento no número de casos em municípios menores tornaram-se focos importantes de atenção da epidemia; do mesmo modo que ocorreu com o fenômeno da feminização da AIDS (LOPES, 2005).

Houve um grande processo de luta pela estabilização do número de casos e pela prevenção do contágio pelo vírus HIV entre os homossexuais, com houve uma mudança no panorama da epidemia; começaram a surgir muitos casos de pessoas infectadas por transmissão heterossexual, que é considerado por Bastos (2001) como o “motor” da dinâmica da epidemia, fazendo também com que o número de casos de mulheres infectadas aumentasse substancialmente. A autora ainda afirma que a epidemia atinge de forma muito abrangente a realidade brasileira, onde a principal via de transmissão se confunde com os hábitos sexuais da população em geral, dificultando até mesmo uma especificidade na definição das regiões sob um maior risco, bem como reivindicando uma política de prevenção mais abrangente e efetiva. (BASTOS, 2001)

Observando-se que a transmissão do vírus aumentou muito através das relações heterossexuais, conseqüentemente também ocorreu um aumento no número de mulheres infectadas pelo HIV, principalmente por seus parceiros, usuários de drogas injetáveis (UDI's), que utilizam esporadicamente o preservativo. É importante observar ainda que, no caso do

processo de feminização da epidemia, há uma desigualdade de gênero aparente, no que diz respeito às estratégias de prevenção e tratamento das mulheres infectadas, provocando assim uma maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Juntamente com isso temos que levar em conta tudo o processo histórico de desigualdades sociais, políticas e culturais vividas pelas mulheres fato esse que colabora com essa vulnerabilidade (BRASIL, 2000).

Um dos fatos determinante para essa vulnerabilidade feminina é a desigualdade entre homens e mulheres, até mesmo no que se diz respeito a métodos de prevenção. O controle exercido pelas mulheres ainda é pequeno, o uso do preservativo Firmino não é tão incentivando além de ser mais caro, fato que acaba privilegiando as camadas com maior poder aquisitivo, fazendo com que as mulheres pertencentes à classe social menos favorecida e carente de informação fiquem dependentes de acordos com seus parceiros. (SALDANHA, 2003).

Além disso, a carga sociomoral que as mulheres carregam ainda hoje, no que diz respeito aos seus comportamentos sexuais, causando uma grande disparidade na busca e no tratamento das pessoas infectadas, criando, muitas vezes, estigmatização que só dificulta o processo de prevenção da infecção. As desigualdades referentes ao tratamento quanto às diferenças de gêneros se exacerbaram ainda mais naquelas mulheres de camadas mais pobres, pois, além dos fatores já citados, a estrutura social aparece como um fator determinante na constituição e perpetuação de políticas preventivas (SALDANHA, 2003).

De acordo com estudos e pesquisas, a AIDS é uma doença que dinamiza a forma com a sociedade lida com ela, e até o próprio vírus transmissor possui um caráter mutante. Um dos aspectos mais atuais da epidemia é o surgimento de uma nova população vulnerável, os idosos. O número de casos tem aumentado na faixa etária acima dos 50 anos, um crescimento proporcionalmente maior, de 1993 a 2003 do que em qualquer outra idade, 130% para homens e de 396%, entre as mulheres (IWASS, 2005).

Diante disso, o ministério da saúde contabiliza no Brasil 2.245 homens e 1.261 mulheres infectadas pela AIDS em maiores de 50 anos. Números aparentemente pequenos, mas que há uns 15 anos aparecia como traço nas estatísticas e hoje representam 2,5% do total de casos confirmados no Brasil.

Baseado em estudos, observamos que do final da década de 70 até os dias atuais, acentuadamente vem aumentando o número de pessoas infectadas pelo vírus da AIDS. Assim, de acordo com o seu histórico, tivemos perdas e ganhos, como veremos a seguir:

Final da década de 70: Surgiram os Primeiros casos nos EUA, Haiti e África Central,

descobertos e definidos como AIDS, em 1982, quando se classificou a nova síndrome.

Década de 80: Primeiro caso no Brasil, em São Paulo, Primeiras preocupações das autoridades de saúde pública nos EUA com uma nova e misteriosa doença, que teve a adoção temporária do nome Doença dos 5 h - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroínômanos (usuários de heroína injetável), *Hookers* (profissionais do sexo em inglês). Conhecimento do fator de possível transmissão por contato sexual usa de drogas ou exposição a sangue e derivados. O Primeiro caso de transfusão sangüínea. A Primeira notificação de caso de AIDS em criança. As Primeiras críticas ao termo grupos de risco (grupos mais vulneráveis à infecção). Gays e haitianos são considerados principais vítimas. A Possível semelhança com o vírus da hepatite B. Focaliza-se a origem viral da AIDS. No Brasil, foi detectado o primeiro caso de AIDS no sexo feminino.

A equipe de Luc Montagner, do Instituto Pasteur, na França, isola e caracteriza um retrovírus (vírus mutante que se transforma conforme o meio em que vive) como causador da AIDS. Início da disputa, entre os grupos do médico americano Robert Gallo e do francês Luc Montagner, pela primazia da descoberta do HIV. Estruturação do primeiro programa de controle da AIDS no Brasil - o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Fundação do GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a AIDS). Diferentes estudos buscam possível origem viral da AIDS. O primeiro teste anti-HIV é disponibilizado para diagnóstico. Caracterização dos comportamentos de risco no lugar de grupo de risco. Primeiro caso de transmissão vertical (da mãe grávida para o bebê). Criação do Programa Nacional de DST e AIDS.

Criação do Primeiro Centro de Orientação Sorológica - COAS, em Porto Alegre/RS. Questiona-se a definição de comportamentos sexuais tidos como anormais. Início da utilização do AZT, medicamento para pacientes com câncer e o primeiro que reduz a multiplicação do HIV. Os Ministérios da Saúde e do Trabalho incluem as DST/AIDS nas SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho e Saúde). A Assembléia Mundial de Saúde, com apoio da ONU (Organização das Nações Unidas), decide transformar o dia 1º de dezembro em Dia Mundial de Luta Contra a AIDS, para reforçar a solidariedade, a tolerância, a compaixão e a compreensão em relação às pessoas infectadas pelo HIV. A escolha dessa data seguiu critérios próprios das Nações Unidas. Neste ano no Brasil foram totalizados 2.775.000 casos notificados.

No Brasil, uma portaria assinada pelo Ministro da Saúde passa a adotar o dia 1º de dezembro como o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS. Morre o cartunista Henrique de Souza

Filho, o Henfil, aos 43 anos. Criação do Sistema Único de Saúde. O Ministério da Saúde inicia o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas. Primeiro caso diagnosticado na população indígena. Total de casos notificados no Brasil: 4.535.000. Morre Lauro Corona, ator da TV Globo, aos 32 anos. Ativistas levam o fabricante do AZT (Burroughs Wellcome) a reduzir em 20% o preço do remédio. Novo critério de definição para a classificação de Casos de AIDS após o Congresso de Caracas e Venezuela. Total de casos notificados no Brasil: 6.295.000

Década de 90: Morre o cantor e compositor Cazuza aos 32 anos, vítima da AIDS. Inicia-se o processo para a aquisição e distribuição gratuita de anti-retrovirais (medicamentos que dificultam a multiplicação do HIV). Dez anos depois da AIDS ser identificada, a OMS anuncia que 10 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV no mundo. O jogador de basquete Magic Johnson anuncia que tem HIV. O Videx (ddl), que como o AZT faz parte de um grupo de drogas chamadas inibidores de transcriptase reversa, é lançado. Total de casos notificados no Brasil: 11.805.000

Primeiro estudo sobre o uso de várias drogas combinadas contra o HIV. Estudo sobre a importância das doenças sexualmente transmissíveis (DST) como co-fator para a transmissão do HIV, podendo aumentar o risco de transmissão e aquisição do HIV em até 18 vezes (Dra. J. Wasserheit). Gallo e Montagnier chegam a um acordo definitivo sobre o crédito da descoberta do vírus. A opinião pública brasileira fica indignada quando a menina Sheila Cartopassi de Oliveira, de cinco anos, tem a matrícula recusada em uma escola de São Paulo, por ser portadora de HIV. Inclusão, no código internacional de doenças, da infecção pelo HIV. Ministério da Saúde inclui os procedimentos para o tratamento da AIDS na tabela do SUS. Início do credenciamento de hospitais para o tratamento de pacientes com AIDS. Campanha: Vamos todos contra a AIDS de mãos dadas com a vida. Total de casos: 14.924.000

Início da notificação da AIDS no Sistema Nacional de Notificação de Doenças - SINAN. Morre o bailarino Rudolf Nureyev. A atriz Sandra Breá (1952-2000) anuncia que é portadora do vírus. A opinião pública começa a perceber que a doença atinge também as mulheres. O AZT passa a ser produzido no Brasil. Total de casos notificados no Brasil: 16.760.000 Acordo com o Banco Mundial dá impulso às ações de controle e prevenção às DST e à AIDS previstas pelo Ministério da Saúde. Estudos mostram que o uso do AZT ajuda a prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho. Definição para diagnosticar casos de AIDS em crianças. Total de casos notificados no Brasil: 18.224.000

Medicações consolidadas para o tratamento anti-retroviral até este momento:

AZT/ddI/ddC. Uma nova classe de drogas contra o HIV, os inibidores de protease, é aprovada nos EUA. Zerti (d4T) e Epivir (3TC), outros inibidores de transcriptase reversa, são lançados, aumentando as escolhas de tratamento. Estudos revelam que a combinação de drogas reduz a progressão da infecção, mas o custo do tratamento é de 10 a 15 mil por ano. Aparecimento dos primeiros inibidores de protease (medicações que dificultam a multiplicação do HIV no organismo). Até esse ano, a assistência medicamentosa era precária. Estudo demonstra que o tratamento precoce das DST, com conseqüente redução no tempo de evolução das doenças e de suas complicações, faz com que o risco de transmissão e aquisição do HIV diminua. A incidência do HIV é reduzida em 42% com essas medidas (GROSSKURT H et al.). Total de casos notificados no Brasil: 19.980.

Primeiro consenso em terapia anti-retroviral (regulamentação da prescrição de medicações para combater o HIV). Lei fixa o direito ao recebimento de medicação gratuita para tratamento da AIDS. Disponibilização do AZT venoso na rede pública. Queda das taxas de mortalidade por AIDS, diferenciada por regiões. Percebe-se que a infecção aumenta entre as mulheres (feminização), dirige-se para os municípios do interior dos estados brasileiros (interiorização) e aumenta significativamente na população de baixa escolaridade e baixa renda (pauperização). Total de casos notificados no Brasil: 22.343.

Implantada a Rede Nacional de Laboratórios para o monitoramento de pacientes com HIV em terapia com anti-retroviral, com a realização de exames de carga viral e contagem de células CD4 (células que fazem parte do sistema de defesa do organismo ou sistema imunológico). Morre o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. Hemofílico, contaminado por transfusão de sangue, defendia o tratamento digno dos doentes de AIDS. Total de casos notificados no Brasil: 22.593

Validação do algoritmo nacional para diagnóstico das DST no Brasil. Ministério da Saúde recomenda a aplicação da Abordagem Sindrômica das DST para seu tratamento oportuno e conseqüente diminuição da incidência do HIV. Onze medicamentos disponíveis, gratuitamente, na rede de saúde. Lei define como obrigatória a cobertura de despesas hospitalares com AIDS pelos seguros-saúde privados (não assegura tratamento anti-retroviral). Muitos soropositivos que usam o coquetel apresentam cargas virais indetectáveis pelos exames. Mas o HIV continua 'escondido' no organismo (gânglios linfáticos, medula e partes do cérebro). Cientistas registram a imagem da estrutura cristalina da proteína gp 120 do vírus da AIDS, usada por ele para entrar nas células do sistema imunológico atacadas pelo HIV. Campanhas: Sem camisinha não tem carnaval; A força da mudança: com os jovens em

campanha contra a AIDS.

Aumenta para 15 o número de medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Queda de 50% na mortalidade dos pacientes de AIDS e melhora da qualidade de vida dos portadores do HIV. Estudos indicam que, quando o tratamento é abandonado, a infecção torna-se outra vez detectável. Pacientes desenvolvem efeitos colaterais aos remédios. Marylin, um chimpanzé fêmea, ajuda a confirmar que o SIV (Simian Immunodeficiency Virus ou Vírus da Imunodeficiência dos Símios) foi transmitido para seres humanos e sofreu mutações, transformando-se no HIV. Testes genéticos mostram que o HIV é bastante similar ao SIV, que infecta os chimpanzés, mas não os deixa doentes. Total de casos notificados no Brasil 1998/1999 (até agosto): 22.102.

Dias atuais: A 13ª Conferência Internacional sobre AIDS, em Durban, na África do Sul, denuncia ao mundo a mortandade na África. Dezesete milhões morreram de AIDS no continente, 3,7 milhões são crianças. 8,8% dos adultos estão contaminados. O Presidente da África do Sul, Thabo Mbeki, escandaliza o mundo ao sugerir que o HIV não causa a AIDS. Realização do I Fórum em HIV/AIDS e DST da América Latina, no Rio de Janeiro. A partir do acordo promovido pelas Nações Unidas, cinco grandes companhias farmacêuticas concordam em diminuir o preço dos remédios usados no tratamento da AIDS para os países em desenvolvimento. No Brasil, aumentam os casos em mulheres. A proporção nacional de casos de AIDS notificados já é de uma mulher para cada dois homens. Total de casos notificados no Brasil 1999/2000 (até junho): 17.806.

Implantação da Rede Nacional de Laboratórios para Genotipagem. O Brasil ameaça quebrar patentes e consegue negociar com a indústria farmacêutica internacional a redução no preço dos medicamentos para AIDS. Organizações médicas e ativistas denunciam o alto preço dos remédios contra AIDS. Muitos laboratórios são obrigados a baixar o preço das drogas nos países do Terceiro Mundo. O HIV Vaccine Trials Network (HVTN) planeja testes com vacina em vários países, entre eles o Brasil. Total de casos de AIDS acumulados: (1980 - 2001) 220.000.

O Fundo Global para o Combate a AIDS, Tuberculose e Malária é criado para captar e distribuir recursos, que serão utilizados por países em desenvolvimento, para o controle das três doenças infecciosas que mais matam no mundo. Um relatório realizado pelo Unaid, Programa Conjunto das Nações Unidas para a luta contra a AIDS, afirma que a AIDS vai matar 70 milhões de pessoas nos próximos 20 anos, a maior parte na África, a não ser que as nações ricas aumentem seus esforços para conter a doença. A 14ª Conferência Internacional

sobre AIDS é realizada em Barcelona. Total de casos de AIDS acumulados: 258.000 (2002)

Realização do II Fórum em HIV/AIDS e DST da América Latina, em Havana e Cuba. O Programa Brasileiro de DST/AIDS recebe um prêmio de US\$ 1 milhão, da Fundação Bill & Melinda Gates, como reconhecimento às ações de prevenção e assistência no país. Os recursos foram doados para ONGs que trabalham com portadores de HIV/AIDS. O Programa Nacional de DST/AIDS é considerado por diversas agências de cooperação internacional como referência mundial. Total de casos de AIDS acumulados até 2003: 310.310.

Morrem duas lideranças transexuais, a advogada e militante Janaína Dutra e a ativista Marcela Prado (ambas foram grandes colaboradoras do Programa Nacional de DST e AIDS). Lançamento do algoritmo brasileiro para testes de genotipagem. Recife reúne quatro mil participantes em três congressos simultâneos: o V Congresso Brasileiro de Prevenção em DST/AIDS, o V Congresso da Sociedade Brasileira de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (SBDST) e o I Congresso Brasileiro de AIDS. Total de casos de AIDS acumulados até 30/06/04: 362.364.

Makgatho Mandela (filho do ex-presidente Nelson Mandela) morre em consequência da AIDS aos 54 anos. O tema do Dia Mundial de Luta Contra a AIDS no Brasil aborda o racismo como fator de vulnerabilidade para a população negra. Total de casos de AIDS acumulados até junho de 2005: 371.827.

O terceiro sábado de outubro é promulgado como o Dia Nacional de Combate à Sífilis. Toronto recebe 20 mil pessoas para a 16ª Conferência Mundial sobre AIDS, o maior evento sobre AIDS no mundo. Dia Mundial de Luta contra a AIDS teve sua campanha protagonizada por pessoas vivendo com AIDS. À noite, em uma ação inédita, a inscrição da RNP+ "Eu me escondia para morrer, hoje me mostro para viver" foi projetada em raio laser nas duas torres do Congresso Nacional, que ficou às escuras, como forma de lembrar os mortos pela doença. Acordo reduz em 50% preço do anti-retroviral tenofovir, representando uma economia imediata de US\$ 31,4 milhões por anos. Total de casos de AIDS acumulados até 30/06/06: 433.067.

Em janeiro, a Tailândia decide copiar o anti-retroviral Kaletra, e em maio, o Brasil decreta o licenciamento compulsório do Efavirenz. Também é assinado acordo para reduzir preço do anti-retroviral Lopinavir/Ritonavir. O Programa Nacional de DST/AIDS institui Banco de Dados de violações dos direitos das pessoas portadoras do HIV. Em um ano, a UNITAID reduz preços de medicamentos anti-retrovirais em até 50%. Aumenta a sobrevivência das pessoas com AIDS no Brasil. A Campanha do Dia Mundial, cujo tema são os jovens, é

lançada no Cristo Redentor. Os Ministérios da Saúde e Educação e as Nações Unidas premiam máquinas de preservativos. Total de casos de AIDS acumulados até junho de 2007 a até junho de 2008 foram identificados 47.437 casos em pessoas acima dos 50 anos, o que representa 9% do total de casos. Sendo 15.966 (34%) entre mulheres e 31.469 (66%) entre homens. (BRASIL, 2008)

Com base nessas informações, são várias as causas responsáveis por esse aumento, como por exemplo: (1) as notificações tardias; (2) o número de pesquisas insuficientes na área; (3) dificuldade no diagnóstico e (4) resistência para aderir ao tratamento (Lieberman, 2000).

É relevante observar ainda que, com o surgimento dos medicamentos antiretrovirais, a partir de 1996, a AIDS passa para o grupo das doenças crônicas (Ribeiro et al., 2005), contribuindo para o envelhecimento das pessoas soropositivas que contraíram o vírus na fase adulta, e passam dessa forma, a fazer parte do quadro epidemiológico da AIDS na velhice.

Quanto à prevenção, a falta de campanhas direcionadas a AIDS na velhice faz com que esta população esteja geralmente menos informada sobre o HIV e menos consciente da vulnerabilidade (PRILIP, 2005).

4.2 A AIDS na melhor idade

Desde o surgimento, a AIDS vem trazendo ao debate público assuntos que anteriormente eram descritos apenas no âmbito do particular ou eram negligenciados por possuírem uma carga sociomoral que lhes proibia serem debatidos. O impacto da epidemia da AIDS trouxe a discussão dados quantitativos sobre comportamento sexual (PARKER, BARBOSA, 1996). A diversidade sexual sempre esteve presente na sociedade Humana, mas a forma de tratar esse assunto foi proibida, o conservadorismo advindo da igreja católica e das práticas cristãs dificultou tratar os comportamentos sexuais como constituintes do cotidiano; relegando apenas a o casamento o seu único lugar possível, ou então as práticas confessionárias, que redimiam aqueles com comportamentos sexuais entre “desviados” (LIMA, 2006).

Os dados epidemiológicos da AIDS demonstram que a categoria de exposição ainda em ascensão e a transmissão dos vírus por via sexual, que continua crescendo nas variadas faixas etárias e ambos os sexos. Com dinamicidade, a epidemia da AIDS atingiu ao longo dos anos, de forma indiscriminada, indivíduos, independente de cor, sexo, idade e classe social. A

parti desse pressuposto começou-se a tentar parar o crescimento do número de pessoas com AIDS na faixa etária dos 50 anos. As estatísticas nacionais apontam um total de 31.356 casos de AIDS em maiores de 60 anos (BRASIL, 2005).

Segundo pesquisa realizada por Burtin (2002), observou-se que a soropositividade nos idosos expõe o que estaria escondido, dificultando o trabalho acerca do exercício da sexualidade e da prevenção, principalmente pela crença de que, com a chegada da velhice os indivíduos tornam-se assexuados voltam a ser crianças, portanto, não existia risco de contaminação pelo HIV por via sexual.

Mediante confirmação das atividades sexuais nos idosos torna-se imprescindível que as políticas de prevenção as DST-AIDS contemplem esse grupo etário, considerando suas particularidades, para que os objetivos sejam alcançados com eficiências. Todo o desenvolvimento da indústria farmacêutica, medicamentos, injeções e próteses foram criadas para resolver problemas de disfunção erétil nos homens. Aliados a isso as terapias de reposição hormonal também deu uma acendida nas mulheres, com um intuito de oferecer uma vida sexual mais cheia de estímulos com prazer e liberdade pelo maior tempo de vida possível. Porém, em propagandas desses produtos não se tem uma campanha que alerte aos idosos sobre os riscos de contrair AIDS através do sexo sem prevenção. (CRUZ, 2005).

Observa-se que assim como na epidemia da AIDS, o fenômeno da feminização, a epidemia em idosos estar presente; principalmente em mulheres dessa faixa, já que o número acima dos 50 é superior ao número de homens, impulsionando assim a criação de respostas a essa demanda específica, especialmente na área da saúde. Deste modo e de suma importância, não se perde de vista o grupo etário acima de 50 anos como vulnerável também a o HIV, e, em especial, as mulheres (CAVALCANTE, 2004).

Envelhecendo sendo soro positivo para o HIV ou contrair o vírus na velhice significa um grande desafio para quem enfrenta essa situação. Além da carga sócio-moral que carrega o soro positivo de qualquer faixa etária, na velhice algumas construções sociais contribuem para o aumento das dificuldades enfrentadas pelo idoso infectado. O medo da dupla rejeição social leva muitos idosos buscar mecanismos de aceitação social, o que pode ser observado na pesquisa de Butin (2002), quando, ao serem indagados pela forma de contaminação, os idosos recorreram as formas socialmente aceitas, como uma transfusão de sangue, mas ao longo das entrevistas deixam a entender comportamentos sexuais vulneráveis.

E preciso que muitos estigmas atribuídos a velhice sejam combatidos, que os idosos sejam vistos como membros da sociedade como personagens importantes e que, com isso eles sejam favorecidos nas políticas públicas sociais. Alguns idosos já vêm participando de encontros com grupos, alguns não com intuito de lutar por conquistas, mas pela necessidade de estarem juntos, em momentos de lazer, nestes momentos eles não se sentem isolados nem socialmente rejeitados. Tal fato aponta para uma necessidade desses grupos se unirem a outros já entregados para lutarem por melhorias na qualidade de vida através das práticas educativas voltadas a os idosos, sendo extremamente relevantes para a promoção e prevenção as DST's / AIDS.

Esses grupos de convivência de idosos permitem aos seus integrantes um reingresso social, com espaços para lazer, sociabilidade cultural, e para a formação de uma consciência de cidadania, fazendo com que esses idosos adquiram um sentimento de estar sendo acolhido e não excluído. É nesse espaço que eles podem colocar suas ansiedades e encontrar respostas junto ao grupo para seus questionamentos sociais e problemas familiares, além disso, esses grupos atuam também como suporte psicológico (COSTA, CAMPOS, 2003).

Através da reflexão, do debate e da aprendizagem coletiva, as ações de intervenção na terceira idade tornam-se efetivas. São vistos como agentes ativos, os estereótipos negativos de incapacidade e inutilidade relacionados aos idosos tendem a se desfazer (ARAÚJO, COUTINHO, SANTOS, 2006)

Mesmo com toda a relevância dos dados da AIDS em idosos, os grupos de convivência tornam-se espaços privilegiados para o desenvolvimento de programas preventivos. Segundo estudos de Figueira, (2004), uma vez que as informações relevantes não surtem o efeito desejado, em razão da representação social da AIDS junto á comunidade, os líderes e agentes comunitários poderiam se constituir elos importantes entre a população e os profissionais que atuam na comunidade, considerando a possibilidade de estes apresentarem representações mais próximas da realidade e adequação às formas de atuação. Tais representações apresentam uma generalidade que aproxima os líderes de seus pares na comunidade em geral, o que reforça a necessidade de, ao tratar-se de grupos de terceira idade, serem estendidos os programas de formação e orientação aos coordenados que neles atuam.

Entendendo-se que os grupos de convivência da terceira idade propiciam formas de empoderamento de cidadania para o cotidiano de seus participantes, através da reflexão do

seu dia a dia sociocultural, além de suscitar mecanismos individuais e coletivos para ações positivas para ações positivas na velhice (ARAÚJO, COUTINHO, CARVALHO 2005).

De acordo com dados colhidos do IBGE, a população com faixa etária acima dos sessenta anos representa cerca de 8,6% da população em geral infectada pelo vírus da AIDS: cerca de 15 milhões de pessoas. Entre idosos no Brasil são cerca de 2,1%, Tendo como principal causa a relação sexual, existe evidências que esse grupo estar se infectando cada vez mais não só com HIV mais também com outras DST como: sífilis e gonorréia (BRASIL, 2007).

Quando falamos em sexo logo atribuímos a pessoas jovens gozando de boa saúde e bem fisicamente. A idéia de que pessoas idosas possam ter vida sexual ativa ainda não é muito aceita, prefere-se ignorar. Apesar dessas questões culturais o idoso conserva a necessidade sexual, pois não há idade para que os pensamentos sobre sexo ou o desejo se esgotem (BRASIL, 2007).

O diagnóstico do vírus do HIV em idosos é frequentemente adiado já que certos sintomas da infecção, tais como: o cansaço, a perda de peso e da memória são específicos dessa infecção, podendo ocorrer em outras doenças que são comuns nos idosos.

Os médicos raramente consideram que seus pacientes idosos possam ser contaminados pelo vírus da AIDS, pois, muitos vêem esses pacientes como assexuados, desse modo não fazem perguntas sobre vida sexual ou discutem fatores de risco muito menos pedem o teste de HIV que poderia ser pedido também para os idosos, facilitando assim esse diagnóstico (BRASIL, 2006).

Quando se fala em sexo logo atribuímos a pessoas jovens gozando de boa saúde e bem fisicamente. A idéia de que pessoas idosas possam ter vida sexual ativa ainda não é muito aceita, prefere-se ignorar. Apesar dessas questões culturais o idoso conserva a necessidade sexual, pois não há idade para que os pensamentos sobre sexo ou o desejo se esgotem (BRASIL, 2007).

O diagnóstico do vírus do HIV em idosos é frequentemente adiado já que certos sintomas da infecção, tais como: o cansaço, a perda de peso e da memória são específicos dessa infecção, podendo ocorrer em outras doenças que são comuns nos idosos.

4.3 TRATAMENTO DA AIDS NA MELHOR IDADE

Enganam-se quem pensa que a AIDS é uma doença que abrange, em sua maioria, jovens com a vida sexual ativa, hoje a doença pode atingir qualquer pessoa, em qualquer idade. Apesar dos sintomas parecidos no início, a doença age diferente no organismo das pessoas, de acordo com a idade. O idoso costuma ter uma recuperação mais lenta, pois imunidade é menor. No jovem, a recuperação imune é mais rápida, mas também depende da fase da doença na qual a medicação é introduzida.

A expectativa de vida não diz respeito à idade, e sim aos hábitos saudáveis de alimentação e exercícios físicos que a pessoa tem. Em relação ao sexo, os sintomas são iguais em homens e mulheres, sendo as mais comuns infecções pulmonares e gastrointestinais. Em números, 14% dos contágios na terceira idade são entre relações de homens com outros homens e 48,2% em relações heterossexuais.

Infelizmente a medicina ainda não encontrou a cura para a AIDS. O que temos hoje são medicamentos que fazem o controle do vírus na pessoa com a doença. Estes medicamentos melhoram a qualidade de vida do paciente, aumentando a sobrevida.

O medicamento mais utilizado atualmente é o AZT (zidovudina) que é um bloqueador de transcriptase reversa. A principal função do AZT é impedir a reprodução do vírus da AIDS ainda em sua fase inicial. Outros medicamentos usados no tratamento da AIDS são: DD (didanosina), DDC (zalcitabina), 3TC (lamivudina) e D4T (estavudina). Embora eficientes no controle do vírus, estes medicamentos provocam efeitos colaterais significativos nos rins, fígado e sistema imunológico dos pacientes (BRASIL, 2008).

No tratamento de apoio deve-se fazer uma dieta balanceada, exercícios físicos regulares, conforme a tolerância, com períodos adequados de repouso, orientar a família, cliente, amigos e parceiros sexuais sobre a transmissão da doença. Os inibidores da Protease inibem uma enzima, a protease, responsável pela maturação do vírus quando ele deixa a célula onde foi criado, impedindo assim a infecção de novas células. Quando a protease não consegue mais realizar o seu trabalho, o HIV acaba produzindo cópias defeituosas dele mesmo, incapazes de infectar novas células. Pertencem a esta classe de medicamentos o Saquinavir, o Indinavir, o Ritonavir, o Nelfinavir, e o Amprenavir (em fase de testes). (BRASIL, 2008).

Cientistas do mundo todo estão trabalhando no desenvolvimento de uma vacina contra a AIDS. Porém, existe uma grande dificuldade, pois o HIV possui uma capacidade de

mutação muito grande, dificultando o trabalho dos cientistas no desenvolvimento de vacinas. O tratamento varia de pessoa para pessoa e os coquetéis são indicados após uma análise do infectologista responsável. Normalmente, uma pessoa idosa já toma remédios destinados a outros problemas como coluna, dores e reumatismos, então é preciso ficar atento para que o uso do coquetel não interfira no remédio que a pessoa já vinha tomando anteriormente.

No ano de 2005, a diferença entre portadores homens e mulheres com mais de 60 anos era de 217 casos. Hoje, a mulher acima dessa idade quase se iguala ao homem, sendo que a diferença é de apenas 76 casos. O número de infectados homens diminuiu em maior escala que o número de infectadas mulheres. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) atingiu 5.456 brasileiras em 2006, mas no ano anterior esse valor era duas vezes maior. (BRASIL, 2008)

4.4 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO PORTADOR DE HIV.

5. METODOLOGIA

O estudo foi realizado utilizando a metodologia descritiva de caráter exploratório. De acordo com Antonio Carlos Gil (2002), a pesquisa exploratória visa “proporcionar maior afinidade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. Foi realizada uma revisão de literatura sobre o papel do enfermeiro frente ao portador do HIV na melhor idade. De acordo com Boaventura, (2004), “A revisão de literatura objetiva demonstra o que foi escrito sobre o tema. Consiste na análise e síntese das informações, visando definir as linhas de ações para abordar o problema e gerar idéias novas e úteis”. Baseado nisso foram revisado 04 livros, 15 artigos científicos e 06 sites oficiais.

4.4 A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO IDOSO PORTADOR DE HIV.

O processo de enfermagem é um modelo conceitual na Sistematização da Assistência de Enfermagem que permite ao profissional enfermeiro o desenvolvimento de ações fundamentadas em um referencial teórico que guia a implantação e implementação da assistência de forma individualizada e holística. Na utilização deste método podemos percebermos o ser humano em sua totalidade, contemplando as suas necessidades humanas básicas comprometidas buscando soluções para torná-lo independente da assistência através do ensino do auto cuidado. Com o objetivo de prestar o cuidado a partir dos pressupostos da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, o que permite aos profissionais o planejamento individual e humanizado (HORTA, 1979).

O processo de enfermagem de Wanda Horta compõe-se de Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Plano Assistencial, Prescrição de Enfermagem, Evolução de Enfermagem e Prognóstico de Enfermagem. Esse processo pode ser implantado tanto de forma individual quanto coletiva, ou seja, na comunidade assistida.

A realização das ações de prevenção nas Unidades Básicas de Saúde permitirá capilarização de ações, possibilitando que um número maior de pessoas idosas seja orientado e acessem os insumos. A integração da prevenção do HIV nos serviços específicos para esses grupos e capacitação de seus profissionais, assim como os profissionais de saúde dos serviços de assistência e tratamento de AIDS, em relação ao processo de envelhecimento, tornará tais serviços sensíveis às necessidades das pessoas idosas.

Desse modo os resultados dessa intervenção buscam reduzir o estigma que envolve as necessidades sexuais das pessoas idosas, para que estes possam discutir temas relacionado à sua sexualidade mais facilmente. Estão algumas intervenções de prevenção:

- Estímulo ao acesso e utilização correta de preservativos masculino e feminino e a lubrificação;
- Testagem diagnóstico e tratamento com procedimentos que levem em consideração as necessidades desse grupo populacional;
- Inclusão da prevenção de DST-HIV/AIDS focando as especificidades desse grupo na rede de Atenção Básica;
- Fomento da mobilização de organizações da sociedade civil e do protagonismo para a realização de trabalhos preventivos específicos para idosos;
- Articulação intra e intersetoriais para a garantia de ampliação e continuidade das ações.

6. DISCUSSÃO

De acordo com os trabalhos revisados verificou-se a grande importância do papel do enfermeiro na assistência ao idoso portador de HIV. Alguns estudos chamam a atenção para o panorama geográfico atual da AIDS no Brasil que se apresenta bastante heterogeneia, com coeficientes de incidência expressando ampla magnitude de variação, ao longo do seu território. Hoje, o que denominamos de EPIDEMIA DE AIDS no Brasil, é de fato, o somatório de subepidemias microrregionais em interação permanente, devido aos movimentos migratórios, aos fluxos comerciais e de transportes, aos deslocamentos de mão-de-obra, ao turismo, ou seja, de maneira mais geral, à mobilidade da população.

Sendo assim, a AIDS não está distribuída entre a população de maneira uniforme, o que coloca diante dos profissionais da área da saúde a necessidade de identificar os indivíduos mais expostos, no caso os idosos, ao risco da infecção pelo HIV, para um melhor direcionamento das ações de prevenção e controle.

Portanto, para que esse profissional realize um trabalho eficiente de prevenção e assistência aos portadores do HIV/AIDS, devem atuar da maneira mais adequada no sentido de promover a reflexão sobre a realidade da epidemia. Esta consciência é fundamental para se evitar a infecção e controlar o avanço da AIDS entre essa população.

Nas atuais sociedades, o Estado protege o idoso, mas observa-se que as pessoas idosas estão cada vez mais sendo afastadas da convivência familiar e do círculo de conhecidos, sendo jogado em completa solidão. Analisando a sociedade brasileira, percebeu-se que o estado sozinho não protege os idosos, mas a solidão em que eles são jogados é a mesma.

Desse modo, observou-se com o passar do tempo a necessidade de se estudar e buscar novas formas para trabalhar com esse idoso portador de HIV e seus cuidadores. Definir o real papel do enfermeiro, diante desse paciente e de grande importância, para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Contribuir na melhora do convívio com seus familiares e tentar diminuir o índice de contaminação entre esses idosos.

Nesse sentido, atribui-se dois fatores como responsáveis pelo aumento de casos de AIDS em idades mais avançadas. O primeiro deve-se aqueles idosos que possuem, entre outros fatores, mais recursos, o que contribui para o acesso aos prazeres e serviços disponíveis, permitindo vida sexual mais ativa. O segundo fator deve-se, principalmente, à existência de tabus sobre sexualidade na melhor idade. Pois, velhice sem sexualidade é um mito.

2. O A AIDS na melhor idade se deve muito a falta de uso do preservativo. Se a pessoa nunca usou camisinha, continua não usando. Principalmente viúvos e separados, que sempre tiveram um único companheiro e agora aumentam o número de parceiros, sem a prática do uso do preservativo.

Assim, os grupos de convivência de idosos permitiram aos seus integrantes uma inserção social, mediante espaços para o lazer, sociabilidade, cultura e para a construção de uma consciência de cidadania, fazendo com os idosos adquiram um sentimento de pertença e não de exclusão.

O que se percebe de forma clara, é que idade avançada não é um fator determinante para a falta de uso do preservativo. A falta de informação e a falta de acesso a serviços de saúde são fatores determinantes para a falta de uso do preservativo.

É necessário trabalhar em conjunto com a AIDS e a sexualidade para a prevenção da transmissão do HIV/AIDS. O trabalho deve ser feito em conjunto com a população em geral, com a família e com a comunidade. O trabalho deve ser feito em conjunto com a população em geral, com a família e com a comunidade.

Assim, que trabalho precisa ser feito de maneira a proporcionar aos idosos a possibilidade de acesso à informação e à saúde. O trabalho precisa ser feito de maneira a proporcionar aos idosos a possibilidade de acesso à informação e à saúde. O trabalho precisa ser feito de maneira a proporcionar aos idosos a possibilidade de acesso à informação e à saúde.

Nesse sentido, a realização de programas voltados para o atendimento dos idosos, com a finalidade de proporcionar a eles a possibilidade de acesso à informação e à saúde, é uma das principais ações a serem realizadas.

Por fim, o atendimento de AIDS também vem sendo realizado, pois as doenças sexualmente transmissíveis são responsáveis por uma grande parte das doenças que afetam os idosos. Portanto, é importante o acompanhamento médico e a realização de exames de rotina para a detecção precoce das doenças sexualmente transmissíveis.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mas do que definições conclusivas, o processo de envelhecimento vem ganhando destaque nos debates Sobre políticas de saúde pública, na mídia, enfatizando o sentido das mudanças que esse grupo social, crescente em número, em vigor e em organização, provoca na reorganização do poder, do trabalho, da economia e da inatividade. A tendência atual é de rever os estereótipos associados à envelhecimento, substituindo a idéia de perdas pela consideração de que os estágios mais avançados da vida são momentos propícios para novas conquistas.

O que se percebe, de forma clara, é que idade cronológica não é um marcador importante na vida; outros elementos, relacionados à história de vida, experiências e outros acontecimentos de ordem geral se sobrepõem, evidenciando-os não só como um segmento da sociedade, mas como indivíduos com vontade de viver.

O envelhecer conjugado ao convívio com HIV/AIDS é marcado pela subestimação de risco, em virtude de crenças e mitos sobre sexualidade e falta de informação. O silêncio, em relação à soropositividade, além de sentimentos destrutivos, torna o cotidiano comprometido pela falta de instabilidade emocional e a grande sensibilidade as vicissitudes deste convívio.

Assim, este trabalho procurou através de estudos e pesquisas subsídios ao enfermeiro frente ao portador do HIV/AIDS, além da promoção de recursos para fazer frente à exclusão e vulnerabilidade deste seguimento da sociedade, uma ascensão dos idosos a um patamar de destaque e evidência, restando-os do LIMBO onde muitas vezes são relegados, especialmente no cenário da sexualidade e da AIDS.

Nesse sentido, a realização de programas voltados para o atendimento de pessoas da melhor idade portadora de HIV/AIDS, deveria estar atenta às questões de sexualidade, comprometimento conjugal, relações de gênio e estigma, além de promover a inclusão do idoso como alguém que possui desejos e planos de vida.

Por fim, o tratamento da AIDS atualmente vem sendo bastante eficaz, pois as drogas recém-descobertas têm proporcionado uma qualidade de vida melhor ao portador, além de aumentar a expectativa de vida. Também é importante o acompanhamento psicoterápico e sua participação em grupos de ajuda. Portanto, com a realização desse trabalho, temos como principal objetivo ampliar nossos conhecimentos a respeito da AIDS, sobre tudo, em pacientes idosos.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, F. I. **A feminização da epidemia de AIDS no Brasil**: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Coleção ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva, 3. Rio de Janeiro: ABIA, 2001 Disponível: <<http://www.abiaids.org.br>> Acesso em 05 AG. 2009
- BOAVENTURA, Eduardo Martins. **Metodologia da pesquisa**: Monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2004.
- BRASILEIRO, Mrislei; FREITAS, Maria Imaculada. Representações Sociais Sobre AIDS de Pessoas acima de 50 anos, infectadas pelo HIV. **Revista Latino Americano de enfermagem** Set. Out. 2006
- _____. **Incidência da AIDS na Paraíba**. 2007
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Ativismo e liderança**. Brasília: CNDST/ AIDS 2000. Acesso 07 Ago. 2009 Disponível < <http://www.aids.gov.br>>
- _____. **Boletim epidemiológico – DST/AIDS**. Semana epidemiológica Brasília: Ano II, n. 1, p. 1- 26, jan./ jun. 2005.
- _____. **Definição nacional de caso de DIDS em indivíduos com 13 anos de idade ou mais (adultos)**. Disponível: <<http://www.aids.gov.br/documentos.htm>>. Acesso em 05 jun.2009
- _____. **Incidência da AIDS na Paraíba**. 2007 Disponível < <http://www.aids.gov.br>> Acesso em 30 Ago. 2009
- _____. **Boletim epidemiológico – DST/AIDS** 2008. Acesso 11 nov. Disponível <<http://www.aids.gov.br>> 2009.
- BRUNNER, SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico- cirúrgica**. 10 Ed. São Paulo: Guanabara. (2005).
- CAVALCANTE, J. P. L. **Envelhecimento e morte no mundo ocidental contemporâneo**. Monografia de especialização em gerontologia. Universidade Federal da Paraíba – NIETI. João Pessoa, PB, 2005.
- CRUZ, G. E. C. P. **HIV/ AIDS: um perfil epidemiológico de portadores idosos**. 2005 Disponíveis: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforum/AIDS1.ht>>. Acesso em 08 OUT. 2009.
- GADELHA. K. G. M. **Cura-se das palavras: construções discursivas dos portadores do HIV sobre a AIDS centro de humanidades 2001**, Dissertação (Mestrado em sociologia). João Pessoa, PB: Universidade Federal da Paraíba.

- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- GORINCHTEYN, J.C. **Avanço da AIDS na terceira idade-ver.** (on-line) pratica. Mar./ abr. 2005. Acesso em 09 set.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
- IWASSO, s. (2005). AIDS se alastra entre os mais idosos. O estado de São Paulo em mai. 2005, Hospitalar, 7, (38)Disponível: <<http://www.praticahospitalar.com.br>> Acesso 20 mar. 2009.
- LIMA, M. P. **Sexualidade “de terceira idade” na terceira idade psicologica:** Sexualidades, 41 p.83-102 2006
- LOPES, C. R. **A epidemia mudou e o mundo também**. Radis 40 Comunicações em saúde. Rio de Janeiro: fiocruz, 2005
- PRILIP, N. B. A. **AIDS atingi idosos**. Recuperado em 22 de Nov. 2005: Disponível: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/pforun/aids2.htm>>. Acesso em 22 mai. 2009
- MARQUES, M. C. C. **A história de uma epidemia moderna: a emergência política de AIDS / HIV no Brasil**. São Carlos: RIMA; Meringá: EDUEM, 2003.
- PARKER, R, BARBOSA, R. M. **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA IMS / UERJ, 1996.
- RIBEIRO, C. G, FONTES, K. S, ARAGÃO, T. A., SALDANHA, A. A. W. e COUTINHO, M. P. L. **Representações Sociais da AIDS elaboradas pelos pacientes Soropositivos para HIV**. In xxxv da Reunião Anual DA Sociedade Brasileira de Psicologia, 2005 Curitiba, Anais Universidade Católica, 2005.
- SIFFNER, f. **Atividade profissional e AIDS 2005: Impacto das Situações de morte anunciada**. Recuperado em 20 jul. 2006: Disponível <WWW.unilasalle.edu.br/seffner/artigo02.htm> inda paga: www.oestadodesaopaulo.com.br> Acesso 02 jun. 2009.
- SALDANHA, A. A. W. **Implantação de um programa de pesquisa e atendimento psicossocial a AIDS. Estudo de representação sobre a AIDS e seus determinantes visando à formação profissional para o atendimento psicossocial a pacientes**. Programa de pesquisa financiada pelo CNPQ. São Paulo. 2005
- SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamentos estáveis**. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto, SP: Universidade de Ribeirão Preto – Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto. 2003