

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ROSÂNGELA MARIA NEVES DA SILVA

ENVELHECIMENTO, LONGEVIDADE E A NOVA FACE DA AIDS

CAXIAS DO SUL

2019

ROSÂNGELA MARIA NEVES DA SILVA

ENVELHECIMENTO, LONGEVIDADE E A NOVA FACE DA AIDS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, do Curso de Serviço Social, da Universidade de Caxias do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Margareth Lucia Paese Capra

CAXIAS DO SUL

2019

ATA DE ARGUIÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

Aos 04 dias do mês julho de dois mil e dezenove, no Bloco H, do Campus da Universidade de Caxias do Sul, reuniu-se a Comissão Examinadora, indicada pelo Colegiado do Curso de Serviço Social desta Universidade, integrada pelos seguintes membros: Elizabete Bertele; Ana Maria Pain Camardelo e Margareth Lucia Paese Capra, para realizar a arguição do Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **Rosângela Maria Neves da Silva** intitulado "Envelhecimento, Longevidade e a nova face da Aids", tendo por palavras-chave: Idoso, Longevidade, HIV, Aids, contabilizando um total de 65 páginas. Este trabalho foi orientado pela professora Dra. Margareth Lucia Paese Capra, tendo sido previamente entregue à Comissão Examinadora e avaliado de acordo com os critérios de avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso estabelecidos pelo Curso de Serviço Social, recebendo as seguintes notas:

(a) Nota de Desempenho do aluno no processo de orientação e construção do TCC

(peso de 20 pontos) - 1,8

(b) Nota do Trabalho Escrito

(peso de 60 pontos) - 5,4

(c) Nota da Apresentação Oral e Arguição

(peso de 20 pontos) - 2,0

- **Nota final** (a) + (b) + (c) = 9,2

Transformada no código 04 (quatro), conforme Regimento Interno da UCS.

Comissão Examinadora:

Aluna:

Ana Camardelo
[Assinatura]
[Assinatura]

[Assinatura]

Dedico este trabalho de conclusão de curso a todas as pessoas que vivem atualmente (*sobrinho amado*) com HIV/AIDS. Em especial, *in memoriam* a meu irmão e cunhada, que tão cedo se foram, mas que no sofrimento nos ensinaram o que é viver e perecer com dignidade e amor. A esperança de um medicamento que aliviasse os sintomas e fosse possível prolongar suas vidas, não chegou a tempo para eles. E o universo os recebeu de braços abertos, afinal, “*as pessoas não morrem, ficam encantadas*”. (Guimarães Rosa)

AGRADECIMENTOS

*“E não importa para onde vamos seguindo,
entre nós sempre haverá a lembrança de um
olhar, de um carinho, e da integridade de
momentos sinceros”*

Mario Quintana

Agradeço a Deus por não permitir que o sonho de me formar se perdesse nos caminhos da vida.

Aos meus filhos, Natália e Rafael que enchem minha vida de significados, a caminhada não seria tão feliz se vocês não estivessem comigo. Obrigado pelos incentivos, palavras de carinho e de apoio tenho muito orgulho de ter vocês como filhos, valeu meus amores a ajuda nas novas tecnologias e por compreenderem a ausência, a causa é nobre e a luta é justa.

A minha mãe pelos chás e bolos durante as tardes frias, desculpe pelas ausências fiz o melhor que pude nesse período, muito obrigado por caminhar comigo durante toda minha vida, por me amparar nas horas difíceis e se alegrar comigo nas horas felizes. Meu sonho se realizou, obrigado, obrigado por tudo!!

A Minha irmã, Amanda que sempre me instigou a realizar ainda que tardiamente meu sonho, seus estímulos me deram força e coragem para seguir, obrigado irmã, amo você.

Ao meu irmão por estar sempre disponível e presente, meu companheiro de vida, sempre lado a lado, obrigado amo você!! Ao meu querido sobrinho João que enche meus dias de leveza e alegria. E ao Cris meu sobrinho, meio irmão e quase filho que amo muito.

Jamais poderia deixar de agradecer aos colegas que me proporcionaram caronas solidarias ao longo da graduação, entre eles o Odimar só papo cabeça; a Carol Sachet e sua irmã, conversa leve e alegre; a Roselene a viagem era curta para tanto assunto; a Silvia Marisa um prazer voltar com você; e a Karina e o Lucas, essa viagem era pautada por discussões, Marx e Smith se pegavam dentro do carro, obrigado queridos, a ajuda foi bem mais que solidaria foi financeira também, vocês são jovens incríveis.

As minhas queridas colegas de estágio, que grupo de meninas generosas, muitas vezes vocês foram minha força, obrigado a Ana (tão doce e disponível para

ajudar) Cléo (sempre presente para ouvir as crises), Ketrilem (dizendo Ro enviando material) e a Manu (sempre com comentários construtivos e alegres) obrigada, obrigada parceria e amizade para a vida!! E as outras queridas colegas do curso de Serviço Social que vivenciaram o dia a dia o processo da graduação, vocês são presentes, a convivência com vocês me transformou, rejuvenesceu, acalmou, instigou, todo o processo valeu a pena ao lado de meninas tão mulheres, tão adultas, comprometidas com a luta e com a profissão.

O que dizer da Daniela, desde o primeiro dia juntas, sempre juntas, amiga, comprometida e generosa para todas as horas. Daniela, adoro você, que possamos ter muitos anos juntas, mas se a vida contrariar, certeza de leva-la comigo para sempre, obrigada amada do meu coração, nada seria o que foi se na caminhada não a tivesse encontrado, faço minhas as palavras do poeta Milton Nascimento: “Amigo é coisa pra se guardar, debaixo de sete chaves, dentro do coração [...] amigo é coisa pra se guardar do lado esquerdo do peito [...] mesmo que o tempo e a razão digam, não, Pois, seja o que vier, venha o que vier, qualquer dia amigo, a gente vai se encontrar”.

A minha supervisora de campo Neide, que ser humano extraordinário você é, que profissional comprometida, ética, dedicada, obrigada pelas conversas, reflexões, dicas e críticas, foram bem assimiladas e as levarei não somente para vida profissional, mas também para a vida, obrigada, obrigada!!

A supervisora acadêmica Elizabete Bertele, foi um presente conviver com você na graduação, você é inspiradora. Te ter como supervisora de estagio foi maravilhoso pois, você transborda energia, competência e postura. Para sempre serás minha referência enquanto profissional, obrigada por suportar minhas crises e alegrias, te levarei comigo no meu coração, afinal ainda acho que você é perfeita...

Meus agradecimentos a prof. Heloisa Teles que representa conhecimento, competência e desafio, nunca vou esquecer sua frase: é o maior barato ser assistente social, valeu Helo! A vida é mais leve junto ao mar. A Prof. Ana é pura afetividade e conhecimento conviver com você é um prazer, suas palavras sempre doces e compreensivas, seu olhar é um afago obrigado, obrigado tens um lugar definitivo no meu coração!! Prof. Rosane, chegou a pouco tempo e se mostrou tão disponível, humana, você nos faz sentir especiais, obrigado, minha admiração por você é para sempre, você é especial!!

Com delicadeza, suavidade e muita competência a doce prof. Margarete me conquistou, na primeira disciplina da graduação. Você tem o dom de me acalmar, de transformar todas minhas angustias em expectativas!! Marga agradeço pela generosidade, paciência e leveza que conduziu este momento tão importante quanto difícil e trabalhoso, obrigado, obrigado, você é especial, estar a seu lado me instigou a ser melhor, sentirei muitas saudades das tuas doces palavras e do seu olhar sereno e tranquilo, adoro você!!

A todos os profissionais e trabalhadores do Ceclinucs, neste espaço encontrei pessoas comprometidas com os usuários, que desempenham seu trabalho apesar das adversidades diárias, com comprometimento e competência. Em especial gostaria de agradecer a Dr. Viviane (infectologista) a qual fiz parte da equipe, por seu olhar humanizado para o usuário, aqui neste espaço com esta profissional entendemos o significado das categorias do método, totalidade, historicidade e muitas outras, pois o tratamento dispensado ao usuário vai além da saúde, perpassa pela família, vida social e profissional, pois entende a saúde como um todo, obrigado Vivian, você representa o profissional que queremos ter na saúde. Gostaria de agradecer aos usuários do Ceclinucs que me oportunizaram conhecer suas demandas, ouvir suas falas, partilhar de seus medos, e que principalmente me fizeram crescer enquanto futura assistente social.

Gostaria de agradecer a todas as pessoas que chegaram e partiram da minha vida, vocês me tornaram o ser humano que sou, mais forte e com mais coragem para enfrentar as mazelas do mundo e lutar por justiça social. Como diz Ana Jácomo “que as dificuldades que eu experimentar ao longo da jornada não me roubem a capacidade de encanto”.

*“Pediram-me para falar de Aids na linguagem da poesia.
Parece coisa difícil, mas não é [...]*
*A Aids faz as pessoas falarem em sussurros
como se estivessem diante do terrível vergonhoso.
Por mais longos e divergentes que sejam os seus caminhos,
todos conhecem a sua filiação:
nasceu de dois amantes abraçados,
num abraço de amor amaldiçoado e proibido.
Lugar de segredo, deveria ter permanecido fechado
como um quarto proibido.
Todos temos um quarto secreto, onde ninguém deve entrar:
mora ali a nossa intimidade mais profunda,
que nenhum olhar deve contemplar.
Por isso nos cobrimos de roupas,
para proteger a nossa nudez dos olhos cruéis dos estranhos.
Mas a doença arromba a porta e transforma a intimidade
numa sala de museu, aberta à visita pública.
E quando isso acontece, aquilo que foi vivido como paixão
se transforma em pornografia.
A pornografia não está no abraço,
mas nos muitos olhos que o contemplam, como espetáculo.
A Aids tem, assim, duas dores:
a dor da enfermidade e a dor dos olhos dos outros
A sua morte, então, se cobre de palavras de vergonha,
palavras mal ditas, que devem ser ditas num sussurro [...]*
*Quem sabe haverá poesias
que saberão dizer aos doentes de Aids
as palavras que os arrancarão dos túmulos
onde os nossos olhos os colocaram.
E então até os outros se alimentarão da mesma comida...”*

Rubem Alves

RESUMO

O presente estudo se constitui como um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), sendo um dos requisitos para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul. A temática discorre sobre o envelhecimento, longevidade e a nova face da Aids. O objetivo deste estudo é construir reflexões para o debate sobre a temática da Aids em idosos no contexto da longevidade. Para alcançar os objetivos propostos buscou-se responder as seguintes questões norteadoras para encaminhar o estudo a) no que consiste o processo do envelhecimento e o fenômeno da longevidade; b) quais os principais desafios que se interpõem no contexto na longevidade; c) quais são os fatores que têm contribuído para o crescimento da incidência de HIV/AIDS em idosos; d) quais os reflexos dessa epidemia na população idosa. Para isso, usou-se a pesquisa bibliográfica como procedimento metodológico, buscando-se embasamento em artigos científicos e literatura especializada, afinados com a perspectiva social crítica. Nesse percurso foi importante compreender o processo do envelhecimento como fenômeno natural e inevitável, semelhante a outras etapas da vida, mas que envolve, aspectos biopsicossociais peculiares. Foi situado no contexto nacional demarcando uma nova realidade brasileira. Isto posto, verificou-se que tanto a longevidade quanto o aumento da incidência de HIV em idosos, desafiam a construção de políticas públicas de proteção social específicas para idosos vivendo com HIV, tendo como base uma concepção ampliada de vulnerabilidade que incorpore as dimensões individuais, sociais e programática envolvidas. Entende-se que somente por meio de políticas públicas e ações que contemplem a integralidade poderão ser construídas estratégias e ações correspondentes às necessidades da população idosa. A temática da Aids é de grande relevância para a sociedade, e precisa ser reconhecida na velhice e nas suas especificidades, pois, somente assim, poderá se avançar no controle da doença. É preciso, portanto, formular políticas públicas específicas com capacidade de prevenir, tratar e proteger, e, também de interferir positivamente na vida da pessoa idosa, livrando-os dos estigmas e preconceitos tão presentes na sociedade.

Palavra-Chave: Idoso. Envelhecimento. Longevidade. HIV. Aids

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da expectativa de vida no Brasil	29
Gráfico 2 - População idosa no Brasil no período de 1940 a 2000	30
Gráfico 3 - Taxa de fecundidade no Brasil	31
Gráfico 4 - Taxa de fecundidade por região no Brasil no período de 1940 a 2010 .	32
Gráfico 5 - Pirâmide populacional brasileira por faixa etária e sexo	33
Gráfico 6 - Envelhecimento em países desenvolvidos e em desenvolvimento	34
Gráfico 7 - Casos de Aids em idosos no Brasil (2005 a 2016)	44
Gráfico 8 - Taxa de detecção de Aids em homens	44
Gráfico 9 - Taxa de detecção de Aids em mulheres	45
Gráfico 10 - Número de artigos publicados sobre idosos vivendo com HIV	46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Aids veiculada pela imprensa negativamente	37
Figura 2 - Peste gay no Brasil	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana
AIVD	Atividades Instrumentais da vida Diária
ARV	Medicamentos Antirretrovirais
CF	Constituição Federal
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à Aids
CV	Carga Viral
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
HAART	Terapia antirretroviral altamente ativa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência humana
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UCS	Universidade de Caxias do Sul
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A LONGEVIDADE	18
2.1	ASPECTO BIOPSIKOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO HUMANO	18
2.2	A LONGEVIDADE NO CENÁRIO BRASILEIRO	28
3	HIV EM IDOSOS: A NOVA FACE DA AIDS	36
3.1	BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTÓRIA DA AIDS E SUA INCIDÊNCIA EM IDOSOS	36
3.2	REFLEXOS E DESAFIOS DA AIDS NA POPULAÇÃO IDOSA	46
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
	REFERÊNCIAS	58

1. INTRODUÇÃO

“Quem não se movimenta, não sente as correntes que o prendem”.

Rosa de Luxemburgo

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) é uma das exigências do Curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul (UCS) para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. O TCC se caracteriza como um trabalho de nível científico e monográfico em nível de graduação, que de acordo com a Regulamentação do Trabalho de Conclusão de Curso da Universidade de Caxias do Sul deve estar relacionada ao percurso formativo.

[...] deverá versar sobre tema relacionado à realidade social vivenciada no campo de estágio ou relativo às diversas expressões da questão social, objetos de análise e intervenção, incorporando os conhecimentos teórico-metodológicos e as estratégias utilizadas pelo Serviço Social. (UCS, 2011, p. 46).

De acordo com as Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, o TCC pode ser compreendido como um “[...] momento de síntese e expressão da totalidade da formação profissional. É o trabalho no qual o aluno sistematiza o conhecimento resultante de um processo investigativo, originário de uma indagação teórica [...]” (ABEPSS, 1996, p. 19).

Nesse sentido, o tema deste TCC teve como principal influência, as experiências pessoais da autora deste trabalho, que vivenciou na sua particularidade com pessoas com HIV/Aids. Além disso, outras vivências se deram também no campo de estágio obrigatório do curso, realizado no Centro Clínico da UCS na área da infectologia e da geriatria.

No período de estágio, foi possível ressignificar conceitos e até mesmo o olhar diante dessa epidemia, que outrora era uma doença desconhecida e fatal. Contudo, hoje sabe-se muito sobre o HIV, a doença, suas causas, formas de transmissão, evolução clínica, dificuldades emocionais e sociais. Após anos de estudos e conquistas podemos dizer que é uma doença crônica tratável, ainda sem a cura, mas entendemos que a prevenção e o cuidado integral ainda é a melhor resposta para o controle dessa epidemia.

Desse modo, a temática desta monografia versa sobre “Envelhecimento, Longevidade e a Nova Face da Aids”, enfocando o seguinte problema: *reflexos e desafios da Aids na população Idosa*. A partir desse problema de pesquisa foi possível definir as questões norteadoras: a). No que consiste o processo do envelhecimento e o fenômeno da longevidade?; b) Quais os principais desafios que se interpõem no contexto na longevidade?; c) Quais são os fatores que têm contribuído para o crescimento da incidência de HIV/Aids em idosos?; d) Quais os reflexos dessa epidemia na população idosa?

Considerando essas perspectivas, o objetivo geral é construir reflexões que possam contribuir para o debate sobre a temática da Aids em Idosos no contexto da longevidade, o qual desdobrou-se em quatro objetivos específicos: a) Refletir conceitualmente sobre o envelhecimento e a longevidade; b) Contextualizar brevemente a história do HIV/AIDS; c) Identificar as causas da incidência de HIV em idosos; d) Refletir sobre os impactos e desafios das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Para elaboração deste trabalho e para responder ao problema e as questões norteadoras e, conseqüentemente alcançar os objetivos propostos, buscou-se bibliografias afinadas com o método dialético crítico¹ que é também o método adotado pelo Curso de Serviço Social para a leitura da realidade. Para Konder (2008, p.8), a dialética é “o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação”.

Com a finalidade de apreender a realidade, é indispensável a utilização das categorias do método dialético, entre elas estão: a contradição, a totalidade e a historicidade. Em primeiro, a categoria *contradição* para Cury;

Não é apenas entendida enquanto categoria explicativa do real, mas também como sendo ela própria existente no movimento do real, como motor interno do movimento, já que se refere ao curso do desenvolvimento da realidade. (CURY, 1995, p.30).

Essa categoria objetiva fazer a discussão quanto à realidade, refletindo os seus aspectos contraditórios para melhor apreender a temática em estudo, com ênfase nos preconceitos, estigmas, discriminações cometidas contra os idosos que

¹ O método dialético provoca um modo crítico de pensar e refletir acerca dos processos históricos e de transformação da realidade. Conforme Konder (2008, p. 83) “uma das características essenciais da dialética é o espírito crítico e autocrítico. Assim como examinam constantemente o mundo em que atuam, os dialéticos devem estar sempre dispostos a rever as interpretações em que se baseiam para atuar”.

vivem com HIV/Aids no processo do envelhecimento, bem como nos reflexos e desafios quanto à efetivação de políticas públicas de proteção a essa população.

A segunda é a categoria *totalidade*, conforme Konder “[...] para encaminhar uma solução para os problemas, o ser humano precisa ter uma certa visão de conjunto deles: é a partir da visão do conjunto que a gente pode avaliar a dimensão de cada elemento do quadro [...]” (2008, p. 35). Por meio dessa categoria, busca-se compreender, por exemplo, de que forma o preconceito, estigma, discriminação ao idoso que vive com HIV/Aids afeta a vida do idoso na sociedade.

A terceira categoria *historicidade*, diz respeito à percepção da própria história, as relações que compõem a realidade, reconhecendo assim, os contextos sociais, econômicos, políticos e simbólicos que fundaram a sociedade sendo imprescindível para desvelar o presente. (KONDER, 2008). Essa categoria contribui para analisar o processo de envelhecimento e a história da Aids no Brasil.

Cabe referir que para obter os resultados esperados, além do método dialético, usar-se-á como procedimentos metodológicos a pesquisa bibliográfica na construção desta monografia. Para Marconi e Lakatos (2001, p.43-44), pesquisa bibliográfica é um “levantamento de toda bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser considerada também como o primeiro passo de toda a pesquisa científica”.

Nesse sentido, o presente trabalho foi desenvolvido a partir da pesquisa bibliográfica e por meio de suas etapas metodológicas, as quais envolvem:

- a) escolha do tema; b) levantamento bibliográfico preliminar; c) formulação do problema; d) elaboração do plano provisório de assunto; e) busca das fontes; f) leitura do material; g) fichamento; h) organização lógica do assunto; e i) redação do texto. (GIL, 2002, p. 59).

Sendo assim, esta monografia foi organizada em três capítulos. Seguindo após o corrente capítulo de *Introdução*, o segundo capítulo, intitulado: “*O processo de envelhecimento e a longevidade*”, faz um apanhado geral sobre o envelhecimento e o fenômeno da longevidade desdobrando-se em dois subitens assim dispostos. 2.1 “*Aspectos biopsicossociais do envelhecimento humano*”, que discute o processo de envelhecimento; algumas concepções e vertentes sobre o envelhecimento; as visões positivas e negativas; e por fim os aspectos biopsicossociais do envelhecimento que afeta a todos os indivíduos, porém dependendo de como a vida

foi vivida pode significar em oportunidade ou problema. O item 2.2 “*A longevidade no cenário brasileiro*”: discorre sobre o fenômeno da longevidade, sistematizando quais os principais determinantes desta conquista na história da humanidade.

O terceiro capítulo, intitulado: “*HIV em idosos: A nova face da Aids*”, apresenta uma síntese sobre a história da Aids no Brasil e sua incidência nos idosos, ainda traz os reflexos e desafios para as políticas sociais em relação aos idosos vivendo com HIV. Este capítulo se dividiu em dois subitens que são: 3.1 “*Breve contextualização da história da Aids no Brasil e sua incidência em idoso*”, onde contextualiza-se a história da Aids de 1980 até os dias atuais, seus mitos, verdades, as conquistas a incidência em idosos, e os estigmas de viver com HIV na velhice. E no item seguinte, 3.2 “*Reflexos e desafios da Aids na população idosa*”, discute-se sobre os fatores determinantes da incidência de Aids nos idosos, impactos e desafios da associação da velhice com HIV/Aids.

Por fim, seguem as *Considerações Finais* que pontuam brevemente os resultados deste trabalho de conclusão de curso, além das referências usadas para embasar cientificamente esta monografia.

2. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E A LONGEVIDADE

Este capítulo tem o objetivo de fazer uma breve contextualização sobre o envelhecimento humano, suas concepções e os processos biopsicossociais envolvidos, tomando como referência a concepção de alguns autores que possam contribuir na discussão sobre esta fase do ciclo vital. Além disso, no tópico 2.2, aborda-se o fenômeno da longevidade no Brasil, que teve início no século passado, e que tem demandado a necessidade de ampliar estudos no sentido de projetar e dar visibilidade a este contingente de pessoas na última fase do ciclo vital humano.

Trata-se de um embasamento relevante para amparar o debate proposto no segundo capítulo que irá discutir a problemática da Aids em idosos, pois ao mesmo tempo em que o segmento social de idosos tem elevado a sua expectativa de vida, têm aumentado os riscos de contaminação por HIV.

2.1. ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO HUMANO

*“[...] Antes todos os caminhos iam.
Agora todos os caminhos vêm.
A casa é acolhedora, os livros poucos.
E eu mesmo preparo o chá para os fantasmas.”*

Mario Quintana

Inicialmente parte-se do pressuposto de que a etapa da vida caracterizada como velhice só pode ser apreendida mediante o entendimento de que neste ciclo vital há a interação de diferentes aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais implicados no processo de envelhecer. Além disso, é preciso ter claro que a concepção da velhice está diretamente relacionada às condições históricas, políticas, econômicas, geográficas e culturais. Assim como reiteram os autores;

As concepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias. (SCHNEIDER;IRIGARAY,2008, p. 587).

Na mesma linha de pensamento, Rodrigues e Soares apontam que a visão sobre a velhice e o envelhecimento depende de muitos fatores e diz respeito a uma construção sócio-histórica;

A forma de conceber e viver o envelhecimento depende do contexto histórico, dos valores e do lugar que o idoso ocupa na escala classificatória dessa sociedade, que ao final serão os responsáveis pela construção social do envelhecer e da velhice [...] São novos valores que configuram uma nova visão de mundo, de sociedade, de um novo período histórico que se constrói globalmente. (RODRIGUES; SOARES, 2006, p. 5).

Mesmo levando em conta essa compreensão, pode-se dizer que o envelhecimento ou senescência² é um fenômeno natural e inevitável semelhante a outras etapas da vida;

[...] é universal, por ser natural, não depende da vontade do indivíduo, todo ser nasce, desenvolve-se, cresce, envelhece e morre. É irreversível, apesar de todo o avanço da medicina [...] nada impede o inexorável fenômeno, nem o faz reverter. (VERAS et al, 2015, p. 2).

Embora existam diversas terminologias e entendimentos que definem as diferentes etapas do ciclo vital, Papaléo Neto (apud RODRIGUES; SOARES, 2006) destaca a importância de conceber o *envelhecimento como um processo, a velhice como uma fase da vida, e o velho ou idoso como o produto final desse conjunto*, cujos componentes estão intimamente relacionados.

Entre as diferentes formas de se definir e conceituar a velhice, como informam Schneider e Irigaray (2008, p. 588), uma delas é a definição preconizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde), que é baseada na idade cronológica, na qual a definição de idoso inicia aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento. No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003), são definidas como idosas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, embora alguns direitos como o benefício de prestação continuada e a gratuidade no transporte coletivo público urbano e semiurbano só é concedida obrigatoriamente aos maiores de 65 anos.

Schneider e Irigaray (2008, p. 587) alertam que: “ao mesmo tempo em que a sociedade potencializa a longevidade, ela nega aos velhos o seu valor e sua importância social”, o que contribui para uma visão equivocada sobre o envelhecimento. Estes autores afirmam que vivemos em uma “sociedade de consumo na qual apenas o novo pode ser valorizado, caso contrário, não existe produção e acumulação de capital. Nesta dura realidade, o velho passa a ser

² *Senescência* : Caráter do que é senescente, do que está envelhecendo; velhice.[Medicina] Processo natural que torna alguém mais velho ou passado por quem está se tornando mais velho, envelhecimento. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/senescencia/> . Acesso em 10 de maio de 2019.

ultrapassado, descartado, ou já está fora de moda”. Esses termos pejorativos distorcem e desvalorizam o curso natural do envelhecimento.

Os estereótipos refletem ideias errôneas comuns, como: as pessoas idosas são doentes, são rabugentas e excêntricas [...] Esses estereótipos são prejudiciais e geram uma imagem distorcida da velhice, o envelhecimento aparece associado a doenças e perdas, e é na maioria das vezes entendido como apenas um problema médico. (SCHNEIDER, IRIGARAY, 2008, p. 587).

Esses estereótipos e preconceitos relativos à velhice contribuem significativamente para uma visão distorcida do envelhecimento, revelando a forte presença de uma visão negativa a respeito da população idosa. Neste sentido, segundo Neri e Freitas (apud SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 586), o envelhecimento desponta relacionado à deterioração do corpo, ao declínio e a incapacidade, afirmando que; “existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência”.

De outra parte, sobre a visão negativa da velhice, Ferreira et al (2012, p. 2) explica que costuma-se associar a velhice ao sofrimento, aumento da dependência física, declínio funcional, isolamento social, depressão e improdutividade, entre outros fatores. Entretanto, percepções como estas corroboram para arraigar na sociedade uma visão negativa do envelhecimento, reduzindo essa fase somente a perdas, desconsiderando o fato de que para viver muito (uma idealização presente na própria sociedade), é necessário de fato envelhecer. Como o pensamento que Charles Saint-Beuve escreveu; *“envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo”*.

Convém destacar que, segundo Camarano (2004, p. 7) no meio social pode-se identificar a coexistência de duas grandes visões sobre o envelhecimento. A primeira como já destacou-se anteriormente, diz respeito a uma percepção negativa, concebendo a pessoa idosa como dependente e vulnerável, tanto economicamente quanto nos aspectos sociais, de saúde e de autonomia. Já a segunda visão, aponta para uma perspectiva positiva que leva a compreender que viver muito tempo permite o desenvolvimento de potencialidades, buscando realizações pessoais, elevando as possibilidades de fazer coisas que ficaram por fazer em outro momento. Conquistas essas, que contribuem para desfazer a imagem depreciativa do envelhecimento. Nesse sentido entende-se que;

Esta fase do ciclo vital é um momento propício para novas conquistas e para a continuidade do desenvolvimento e produção social, cognitiva e cultural. As experiências e os saberes acumulados ao longo da vida seriam vistos como ganhos que podem ser otimizados e utilizados em prol do próprio indivíduo e da sociedade. (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p.590).

Sendo assim, sob uma ótica afirmativa entende-se, que os idosos podem contribuir com sua experiência de vida e sua sabedoria, as quais podem ser desfrutadas por todos aqueles que convivem com eles. Como refere Dias (apud RODRIGUES, SOARES, 2006, p. 9) estamos diante de um envelhecimento moderno que exige pensar o ciclo vital da velhice numa nova perspectiva;

[...] vinculada a ações positivas como participar, questionar, mudar e evoluir, onde o idoso ocupa uma posição ativa dentro do seu processo de envelhecimento, tornando-se responsável pelo seu estilo de vida. Diz respeito também à aceitação das limitações sob o aspecto biológico, no vislumbamento da possibilidade de busca de novas alternativas e adaptação às perdas; a busca de novas práticas visando o autodesenvolvimento e a auto-realização e a busca também de novos espaços onde houver possibilidades de expressão (RODRIGUES, SOARES, 2006, p.9).

Conclui-se, portanto, que a velhice, precisa ser entendida como uma fase de um ciclo vital peculiar, que assim como os outros ciclos apresenta particularidades e limitações. E cada fase de nossas vidas carrega consigo, em sua singularidade, a importância e porção que complementa a outra, e que nos mostra nas relações com o próximo a importância da empatia e da cooperação na vida em sociedade. Bem como cita Moragas (2010, p.36); “uma pessoa idosa possui várias experiências, conhecimentos e saberes que um jovem não pode ter, mas, este possui a força e a vitalidade de que o velho carece”.

Ainda, que não exista uma definição fácil para a velhice algumas concepções merecem destaque quanto às problematizações pretendidas nesse trabalho, situando o envelhecimento como um processo atravessado por múltiplas determinações.

Entre as diversas abordagens, tem-se inicialmente a vertente que trata a velhice no sentido *cronológico* definindo-a pelo fator tempo, ou pelos anos vividos e tendo por base a idade convencional de afastamento do trabalho profissional. Quanto a isso, Moragas (2010) considera que;

[...] todas as pessoas nascidas no mesmo ano têm a mesma idade, assim como os nascidos num espaço de cinco anos são membros de um mesmo grupo [...], a vantagem da objetividade da idade cronológica para definição de um ciclo vital transforma-se em inconveniente, quando se observa a

diferença de impacto do tempo para cada pessoa, de acordo com a sua maneira de viver, sua saúde, suas condições de trabalho etc. (MORAGAS, 2010, p. 20).

O autor ainda exemplifica afirmando que;

Um trabalhador braçal de um país em desenvolvimento pode morrer por excesso de trabalho e de desnutrição aos 40 anos, enquanto, com a mesma idade, um cidadão de uma nação desenvolvida está quase no início da vida profissional [...] uma mesma idade apresenta diferentes resultados sem saúde, aptidão funcional, inteligência, educação etc. e indivíduos de diferentes idades podem ter características físicas e psíquicas semelhantes. A idade constitui um dado importante, mas não determina a condição da pessoa, pois o essencial não é o mero transcurso do tempo, mas a qualidade do tempo decorrido, os acontecimentos vivenciados e as condições ambientais que a rodearam (MORAGAS, 2010, p. 21).

Moragas (2010) continua o pensamento ressaltando que a *velhice cronológica* não define suficientemente as possibilidades vitais dessa fase da vida e, como esclarece Alberte (2009, apud KATZ, p. 21), “a construção das classes etárias com base num sistema cronológico de datação está fortemente relacionada com o que ele chama de “curso de vida moderno””.

Há também uma concepção de *velhice funcional* que, em geral, leva ao emprego de termos pejorativos que são erroneamente empregados para descrever a velhice, enaltecendo a limitação ou incapacidade da pessoa idosa.

Nas palavras de Moragas:

É preciso lutar contra a ideia de que o velho é funcionalmente limitado. Embora exista a possibilidade de que seja, esta não é a realidade da maioria da população idosa, apesar que possa parecer a muita gente. A velhice humana origina reduções na capacidade funcional devidas ao transcurso do tempo, como ocorre em qualquer organismo vivo, mas essas limitações não impossibilitam o ser humano de desenvolver uma vida plena como pessoa que vive, não somente, como físico, mas, sobretudo, como psíquico e o social. (MORAGAS, 2010, P.21).

A *capacidade funcional* conforme enfatiza Ferreira (2012) diz respeito às condições de realizar atividades do dia a dia e que favorecem a autonomia do idoso estando relacionada a fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais, bem como o estilo de vida

A capacidade funcional pode ser definida como a manutenção da capacidade de realizar Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), necessárias e suficientes para uma vida que independente e autônoma. Para o idoso, a realização das ABVD aparece como algo presente e necessário para a sua sobrevivência, mantendo-o participativo na gestão e nos cuidados com a própria saúde, e no desenvolvimento de tarefas domésticas (FERREIRA et al, 2012, p.2).

Dessa maneira é importante reconhecer que a velhice como em outras etapas da vida possui suas “próprias funcionalidades dependendo, entre outros fatores, do modo de inserção na sociedade” (MORAGAS, 2010).

Há ainda outra vertente que trata a velhice como *etapa final* levando em conta justamente as limitações que podem se acentuar nos últimos anos da existência, sem desconsiderar, no entanto, as potencialidades únicas e distintas, que podem compensar essas limitações vivenciadas pelas pessoas longevas.

Baseia-se no reconhecimento de que o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa, que entra numa etapa diferente das vividas previamente [...] limitada unicamente por condições objetivas externas e subjetivas. [...] possui certas limitações que, com o passar do tempo, vão se agravando, especialmente nos últimos anos de vida. Por outro lado, tem potencialidades únicas e distintas: serenidade, experiência, maturidade, perspectiva de vida pessoal e social, que podem compensar, caso se utilizem adequadamente as limitações desta etapa da vida. (MORAGAS, 2010, p. 22).

A velhice nessa perspectiva se insere nas modernas teorias e práticas da psicologia do desenvolvimento humano, da sociologia do possível, do trabalho social integrador. (MORAGAS, 2010)

É importante refletir que mesmo que haja diferentes concepções para definir o ciclo vital da velhice, é preciso compreender que essa etapa da vida vem acompanhada de especificidades marcadas por mudanças biopsicossociais que poderão repercutir de modos diferenciados nos indivíduos. Portanto, faz-se necessário levar em conta todos esses aspectos, de modo a não reduzir a velhice a apenas uma dimensão restrita, pois como já enfatizado, trata-se de um processo que vai se estabelecendo ao longo do tempo e que tem implicações diversas.

Do ponto de vista biológico, sabe-se que existem alterações concretas, as células vão envelhecendo, algumas se renovam, outras diminuem em número, outras se tornam menos efetivas, e também há aquelas que não se renovam, como é o caso dos neurônios. Cavalcanti sinaliza que:

O envelhecimento biológico é um processo natural, dinâmico, progressivo, morfológico e fisiológico. As principais alterações biológicas causadas pelo envelhecimento são: diminuição da massa muscular e da densidade óssea; perda da força muscular; deficiência da agilidade da coordenação motora do equilíbrio da mobilidade articular e das funções hepáticas e renal; maior rigidez das cartilagens, dos tendões e dos ligamentos, redução da capacidade termo reguladora, maior trabalho ventilatório aos esforços, menor número e tamanho de neurônios, queda do tempo de reação e da condução nervosa (CAVALCANTI, 2012, p.12).

As alterações fisiológicas que perpassam o processo de envelhecimento demarcam a passagem de um estado de plena capacidade física e fisiológica para algumas alterações que podem deixar o organismo humano mais vulnerável a uma série de agravos, como explicam Smeltzer e Bare:

Diminuição da capacidade de aprender e adquirir novas capacidades, especialmente por volta dos setenta anos, idade que mais se verifica o esquecimento natural (esquecimento senescente benigno); ocorrência de alterações orgânicas, celulares e teciduais que alteram a composição do corpo e fazem com que o sistema orgânico não atue com toda a sua eficiência em função dos déficits celulares e teciduais, deixando o organismo humano mais vulnerável a uma série de doenças. (SMELTZER, BARE, 1998, p. 18).

Trata-se pois, sob o ponto de vista biológico, de uma fase de maior vulnerabilidade a adoecimentos justamente porque as mudanças normais associadas à idade aumentam a suscetibilidade para certos tipos de doença e para acidentes.

As doenças associadas à velhice não são parte do processo normal de envelhecimento. Câncer, doenças cardíacas, doenças de Alzheimer e derrames tornam-se mais prevalentes à medida que envelhecemos devido à nossa menor capacidade de combatê-los [...] embora as perdas funcionais que ocorrem em nossos sistemas vitais com o envelhecimento sejam eventos normais, elas realmente aumentam nossa vulnerabilidade a doenças ou acidentes [...] (HAYFLICK, 1996, p. 36).

Convém destacar que as modificações internas que vão acontecendo no sistema fisiológico muitas vezes se revelam sob a forma de sintomas da velhice, como assinala Zimermann:

os ossos endurecem; os órgãos internos atrofiam-se, reduzindo seu funcionamento; cérebro perde neurônios e atrofia-se, tornando-se menos eficiente; metabolismo fica mais lento; a digestão é mais difícil; a insônia aumenta, assim como a fadiga durante o dia; a visão de perto piora devido à falta de flexibilidade do cristalino; a perda de transparência (catarata), se não operada, pode provocar cegueira; as células responsáveis pela propagação dos sons no ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos, degeneram-se; endurecimento das artérias e seu entupimento provocam arteriosclerose; olfato e o paladar diminuem. (ZIMERMANN, 2000, p. 21-22).

Além das alterações internas há também as externas, que são visíveis e que podem ser observadas por todos, a exemplo dos cabelos brancos e das rugas, que vão demarcando alguns sinais clássicos do envelhecimento.

as bochechas se enrugam e embolsam; aparecem manchas escuras na pele (manchas senis); a produção de células novas diminui, a pele perde o tônus, tomando flácida; podem surgir verrugas; nariz alarga-se; os olhos

ficam mais úmidos; há um aumento na quantidade de pelos nas orelhas e no nariz; os ombros ficam mais arredondados; as veias destacam-se sob a pele dos membros, enfraquecem; encurvamento postural devido a modificações na coluna vertebral; diminuição de estatura pelo desgaste das vértebras. (ZIMERMANN, 2000, 21-22).

No tocante aos aspectos psicológicos, recorre-se a Guimarães para dizer que estes assumem relevância na qualidade do processo de envelhecimento.

O componente psicológico tem enormes possibilidades para transformar o envelhecimento em pior ou melhor. A rendição psicológica ao tempo, dando destaque ao lado negativo da vida e olhando o futuro como caminho do fim, acaba por tornar a vida sem sentido, cor ou significado [...] conseguem diminuir o impacto do envelhecimento. (GUIMARÃES, 2007, p. 40).

Entre os vários desafios nesse plano, está a representação social que é atribuída ao idoso. Essa tem impacto significativo na velhice, podendo trazer sérios prejuízos à forma de viver da pessoa idosa. Por exemplo, o fato de ser reconhecido como ultrapassado, aquele que já deu sua contribuição e que agora não serve mais para a sociedade, tende a prejudicar consideravelmente as condições da passagem por este ciclo vital. Essa cultura descartável cultivada pela sociedade de consumo vai engendrando um imaginário social, que enaltece o novo como símbolo de avanço e modernidade, e, assim o velho, passa a ser esse entendido como inútil e ultrapassado.

A partir desta lógica, cria-se em torno do segmento idoso um sentimento de preconceito, repulsa e rejeição, porque o envelhecimento passa a ser visto como uma fase de inutilidade, de que nada mais será produzido e que ser idoso não é bom. Isso faz com que as pessoas que estão vivendo essa fase, se sintam excluídas do meio social em que estavam habituadas. (SILVA, 2008, p.38).

Não se pode deixar de fazer referência também às alterações psicológicas que decorrem das perdas cognitivas:

[...] essas alterações são de inúmeras ordens. Do ponto de vista comportamental, as observações indicam que manifestam uma redução da capacidade de processamento, uma dificuldade em selecionar as informações, uma diminuição na acurácia em tarefas cognitivas. Essas modificações trazem consequências na qualidade de vida dessas pessoas idosas e de quem com elas convivem. (DELGADO, LIMA, 2010, p.9).

Quanto a isso, Shephard (apud FECHINE, TROMPIERI, 2012, p.21) destaca que, em decorrência da redução da capacidade cognitiva, o ritmo de aprendizado torna-se mais lento em uma pessoa idosa, levando-a a ter dificuldades para recordar nomes, números de telefones e objetos guardados. Em geral, essa situação

preocupa muito as pessoas idosas, fazendo com que elas passem a temer o risco de evoluir para a um quadro de demência.

Em razão de todas essas transformações que vão ocorrendo na vida do idoso, Zimermann, (2000) complementa, destacando alguns desafios que vão se impondo na perspectiva psicológica do processo de envelhecimento.

[...] dificuldade de se adaptar a novos papéis, falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro, necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais, dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas que têm reflexos dramáticos nos velhos, alterações psíquicas que exigem tratamento, depressão, hipocondria, somatização, paranoia, suicídios, baixas autoestima. (ZIMERMAN, 2000, p. 25),

Alguns estudos realizados com idosos, apontam que os adoecimentos nessa etapa da vida também contribuem para a ativação de processos depressivos. Pois, a fragilidade causada pela doença gera sentimento de insegurança com o que pode acontecer, o medo de ficar dependente e de ocasionar transtornos para familiares, havendo assim, repercussões psíquicas inevitáveis, como; preocupações, angústias, medos, alterações na autoimagem e algum nível de dependência. Nesse sentido, torna-se importante atentar para os sintomas depressivos, tendo em vista que eles podem ser preditores de incapacidades, além de serem fatores de risco para a incidência da mortalidade e até suicídio em casos mais graves. (DELGADO, LIMA, 2010).

Quanto às mudanças de ordem social, o envelhecimento tende a modificar o status do idoso e a sua forma de se relacionar com as pessoas, já que a sociedade determina certas funções para cada idade, com isso, atribuindo certos papéis sociais a cada um (estudante, marido, trabalhador, aposentado, etc.). (FECHINE; TROMPIERI, 2012, p. 21).

Nesse sentido, há uma forte tendência a transformações negativas na vida do idoso.

O ser velho representa um conjunto de atribuições e transformações negativas que estão ligadas ao conceito tradicional de velhice. No imaginário social o velho está diretamente associado à estagnação e perdas que levam à ruptura e ao isolamento; inflexibilidade decorrente de apego a valores ultrapassados e cristalizados que também levam ao isolamento social; imagem negativa do aposentado, significando um final de vida, falta de capacidade pessoal e a exclusão da rede produtiva; pessoa que necessita de cuidados, sem força, sem vontade, sem vida, doente, incapacitado e que por todos esses motivos fez opção pela passividade. (RODRIGUES, SOARES, 2006, p. 8).

Assim em decorrência dessa realidade, há uma modificação no status do velho e no seu relacionamento social. Cria-se com isso, certa “crise de identidade”, determinada pelas próprias mudanças de papéis, aposentadoria, perdas diversas e também pela diminuição dos contatos sociais.

No que concerne à aposentadoria, reproduz-se na sociedade capitalista em que vivemos a ideia de que os aposentados são improdutivos e inativos, visão essa que traz consequências negativas para a pessoa idosa;

A aposentadoria aparece nesse contexto como uma faca de dois gumes. Por um lado, alguns a encaram como uma recompensa merecida; por outro lado, ela é entendida, muitas vezes, como um passo definitivo para a exclusão social [...] além disso, surge um outro desafio: ser aceito dentro de sua própria família; muitos aposentados e seus familiares encontram dificuldade em lidar com a nova situação. [...] não são mais solicitados para a resolução de um problema e seus comentários são, geralmente, entendidos como ultrapassados. Passa assim, a existir o não poder fazer e atuar em muitas coisas que antes eram gratificantes e estimulantes (AYRES, 2007, P.6)

Para corroborar com essa análise, Delgado e Lima (2010, p. 11) apontam a dificuldade dos idosos em se adaptar na nova realidade, pois “a dificuldade de inserção grupal leva o idoso a se fechar em seus pares ou isolar-se socialmente, evitando os conflitos que possam surgir desta diversidade de interesses e hábitos entre ele e as gerações mais novas”. Assim, pelas dificuldades impostas de interação social, os idosos tendem ao isolamento.

Um aspecto social muito comum nessa fase da vida, onde esses indivíduos por estar com sua autoestima comprometida, devido o ambiente em que ele vive e as pessoas com as quais convive desconhecem ou desconsideram o envelhecimento, a partir daí surgem cobranças familiares e sociais, e a pessoa antes ativa, participativa, contribuinte, é isolado (DELGADO, LIMA, 2010, p. 86).

Conforme Rautio et al (2001) quando analisados os vários aspectos sociais implicados, o estado civil dos idosos se destaca sobre os outros na questão do idoso ser dependente. Pois, viver para eles significa uma motivação à manutenção da habilidade para realizar as atividades da vida diária, devido, muitas vezes, à ausência de um companheiro para ajudar.

Por fim, com base nas formulações apresentadas, conclui-se que o envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por mudanças psicológicas e sociais que podem determinar a progressiva perda da

capacidade de adaptação ao meio ambiente, bem como uma maior vulnerabilidade a processos patológicos, que podem contribuir para a finitude. Considerando os importantes desafios, além dos preconceitos e estigmas atribuídos às pessoas idosas em nossa sociedade, talvez o maior dos desafios ao idoso seja lutar permanentemente para continuar sendo cidadão.

Entretanto, como já dito anteriormente pode-se vivenciar o envelhecimento de muitas formas, pois como consta na política de envelhecimento ativo “[...] existem variações significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade” (BRASIL, 2005, p. 6), e essas condições dependerão, entre outros aspectos da otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, dispensados para melhorar a qualidade de vida das pessoas que vão ficando mais velhas (BRASIL, 2005)

O fato é que todos nós um dia seremos velhos, por isso é importante valorizar todas as fases da vida, superando os conflitos inerentes a cada ciclo, na busca de um equilíbrio cada vez maior. (MORAES et al, 2010).

2.2 A LONGEVIDADE NO CENÁRIO BRASILEIRO

“O futuro não é um lugar qualquer para onde estamos indo, mas que estamos construindo. Os caminhos que a ele conduzem não precisam ser encontrados, mas criados, e o ato de criá-los transforma tanto o criador quanto a sua destinação.”

John Schaar

Nunca se viveu tanto, no Brasil e no mundo o fenômeno da longevidade é uma conquista humana do século XX. Segundo Vilione (2016, p. 1) esse fenômeno “[...] é mundial, heterogêneo, multidimensional, complexo e contraditório, reflexo de lutas sociais, avanços tecnológicos e transformações societárias”, que impõe novos desafios para sociedade como um todo.

No caso brasileiro, pode ser exemplificado por um aumento da participação da população maior de 60 anos no total da população nacional: de 4% em 1940 para 8,6% em 2000. Nos últimos 60 anos, o número absoluto de pessoas com mais de 60 anos aumentou nove vezes. Em 1940 era de 1,7 milhão e em 2000, de 14,5 milhões. Projeta-se para 2020 um contingente de aproximadamente 30,9 milhões de pessoas que terão mais de 60 anos (CAMARANO, et al. 2004, p. 25).

Ainda, cabe destacar que a “proporção da população “mais idosa”, ou seja, a de 80 anos ou mais, também está aumentando, alterando a composição etária dentro do próprio grupo. Isso quer dizer que, a população considerada idosa também está envelhecendo” (CAMARANO et al, 2004).

A alteração no desenho da pirâmide etária, com o crescimento vertiginoso de pessoas idosas, apresenta rebatimentos em todos os setores da vida humana, inclusive para a velha classe-que-viveu-do-trabalho, e, em demasia sofre com o pauperismo, os estigmas e pseudovalorizações mantidas pela sociedade neoliberal (VILIONE, 2016, p. 2).

Para melhor situar a longevidade, torna-se necessário demonstrar alguns dados estatísticos. O gráfico adiante evidencia o aumento da expectativa de vida de 1940 (século passado) até 2015 da população brasileira.

Gráfico 1 - Evolução da expectativa de vida em anos.

(Estamos ficando grisalhos)

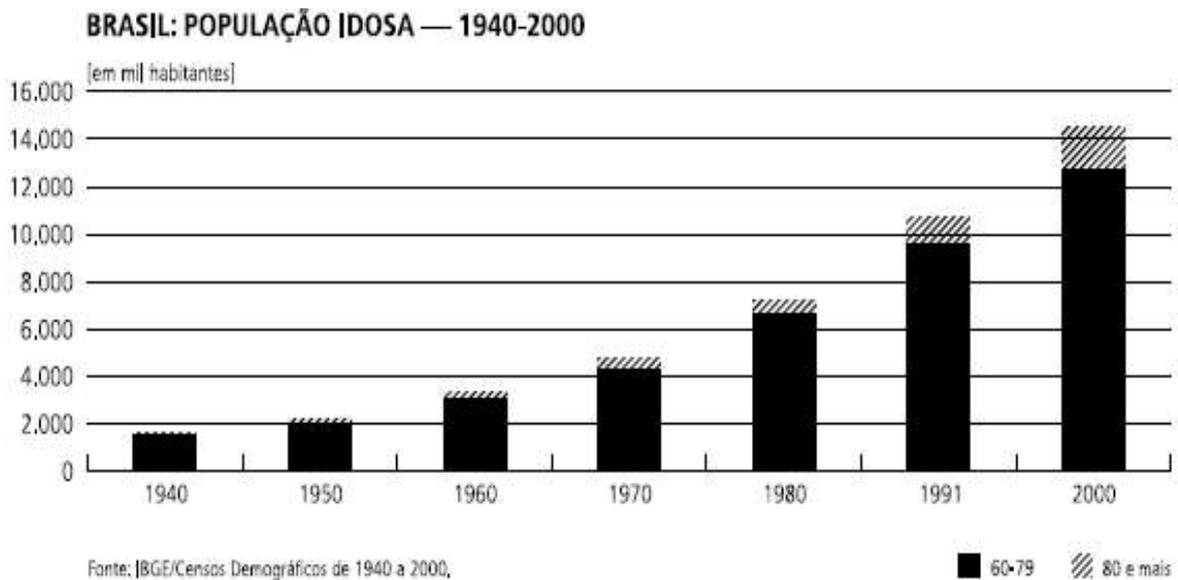


Fonte: GONZAGA, 2015.

Como pode-se observar no gráfico apresentado, em 1940 a expectativa de vida era de 45.5 anos e com as conquistas que apontaremos ao longo deste trabalho, fica evidente que as pessoas estão vivendo mais, já em 2015 passamos a viver 75.5 anos, acrescentamos anos significativos à nossa existência.

No gráfico 2, pode-se verificar o modo progressivo de crescimento da população idosa no Brasil.

Gráfico 2 - População idosa no Brasil no período de 1940 a 2000

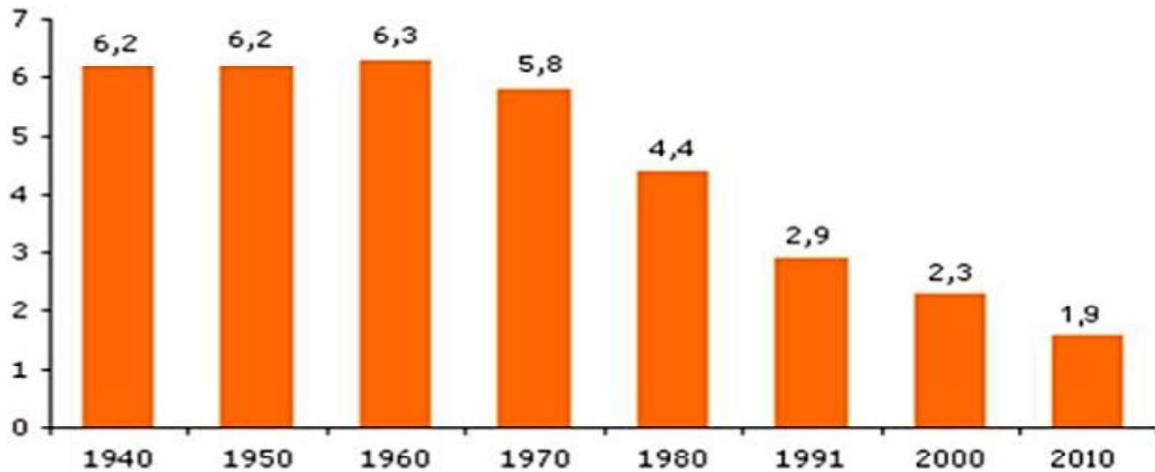


Fonte: CAMARANO, et al, 2004, p. 28

O gráfico mostra a evolução da população idosa e da mais idosa de 1940 a 2000, como pode ser observado uma categoria que cresce dentro dela mesma. Camarano (2002) nos sinaliza dois grandes processos responsáveis por este aumento da senescência, sendo eles a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960 e a redução da mortalidade da população idosa.

Nesse mesmo sentido, Alves (2011), afirma que as taxas de mortalidade adulta e infantil começaram a reduzir com a melhoria das condições de alimentação, o avanço na medicina e a melhoria nas condições sanitárias. Para este autor, a transição da fecundidade é um dos fenômenos sociais mais importantes da contemporaneidade. Ainda reitera que, ao longo da história humana as taxas de fecundidade eram altas para compensar as altas taxas de mortalidade.

Para ilustrar essa etapa social, o gráfico a seguir demonstra que nos anos 40/60 do século passado alcançou-se o auge da fecundidade se comparado aos dias atuais, observa-se um acentuado declínio o que tem contribuído para o fenômeno que estamos vivenciando no Brasil.

Gráfico 3 - Taxa de fecundidade Brasil.

Fonte: GONZAGA, 2015.

Os indicadores revelam que as mulheres tinham em média 6,2 filhos na década de 40/50 e em 1960 esse percentual teve um leve aumento e foi a 6,3% filhos por mulher e, a partir de lá esse número foi sendo reduzido até chegar em 2010 com uma taxa de fecundidade de 1,9 filhos por mulher. Dentre os fatores que contribuíram para queda da fecundidade podemos citar alguns que foram determinantes estruturais e institucionais que explicam a queda da fecundidade no Brasil. Como aponta Alves (2011, p.2), entre os primeiros destacam-se:

- Urbanização e transição urbana;
- Industrialização, assalariamento E “proletarização”;
- Monetarização da economia;
- Ampliação e diversificação do consumo;
- Redução da pobreza e queda da mortalidade infantil;
- Inserção da mulher no mercado de trabalho
- Aumento dos níveis de educação formal e maiores exigências de qualificação da força de trabalho;

Já entre os determinantes institucionais da queda da fecundidade o autor elenca os seguintes:

- Fortalecimento das políticas públicas de telecomunicações, previdência, crédito, saúde e educação.
- Telecomunicações (TV, Internet, celulares, etc.);
- Previdência (+ BPC, aposentadoria rural, etc.);
- Política de crédito (+ programas de transferência de renda);
- Saúde e medicalização (inclusive saúde sexual e reprodutiva);
- Educação (inclusive com a reversão do hiato de gênero e o maior avanço da educação feminina);
- Secularização e “desencantamento do mundo”;
- Diversificação dos arranjos familiares;
- Mudanças nas relações de gênero e empoderamento das mulheres
- Reversão do fluxo intergeracional de riqueza. (ALVES, 2011, p.2)

É importante observar que o declínio da fecundidade vem ocorrendo em todas as regiões do país desde os anos 1940, o que se observa no próximo gráfico.

Gráfico 4 - Taxa de fecundidade por região do Brasil no período de 1940 a 2010.



Fonte: GUEDES (2015).

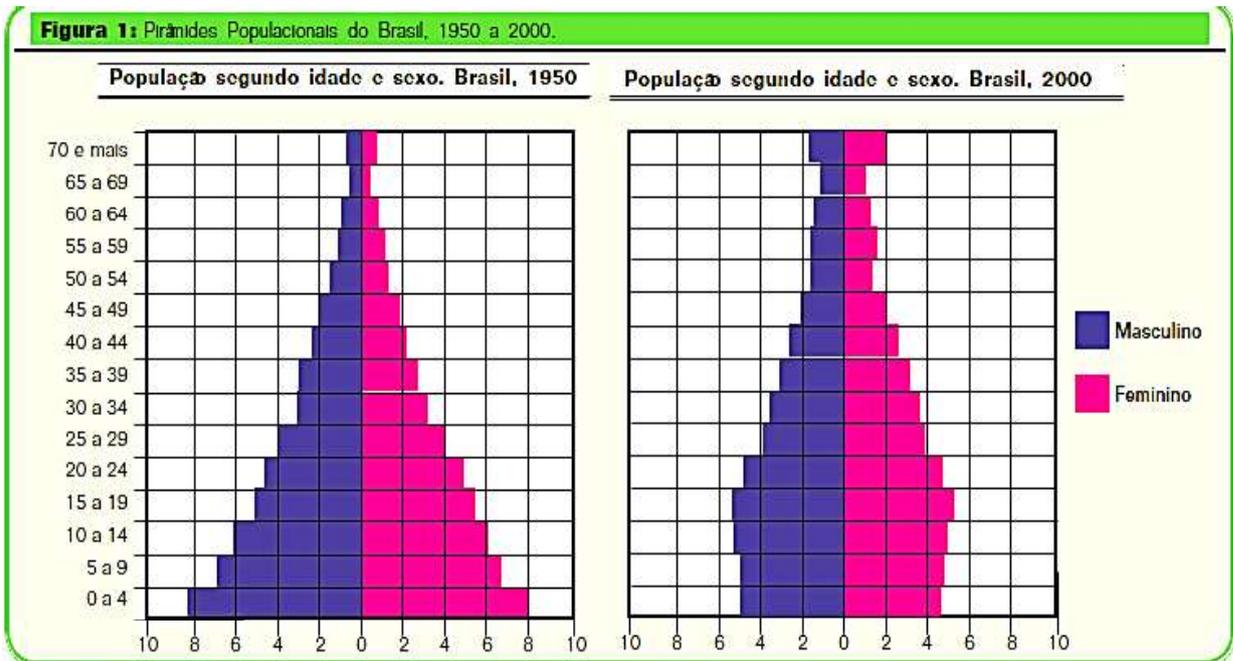
Os dados apontam que em 1940 a incidência de fecundidade era alta em todos os estados brasileiros, mas que com os adventos citados anteriormente iniciou-se a desaceleração das taxas de fecundidade.

Por um lado, a queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base. Por outro, a redução da mortalidade trouxe como consequência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento (CAMARANO et al, 2004, p. 26).

Pode-se observar, a partir de então o alargamento da pirâmide populacional e, ao mesmo tempo a tendência a feminização da velhice já que, as mulheres têm vivido mais do que os homens em quase todas as partes do mundo (LEBRÃO, 2007).

O gráfico seguinte, expressa essas características demográficas, relacionando a crescente expansão da vida idosa segundo a idade e o gênero, em um período de cinquenta anos no Brasil.

Gráfico 5 - Pirâmide Populacional brasileira por faixa etária e sexo.



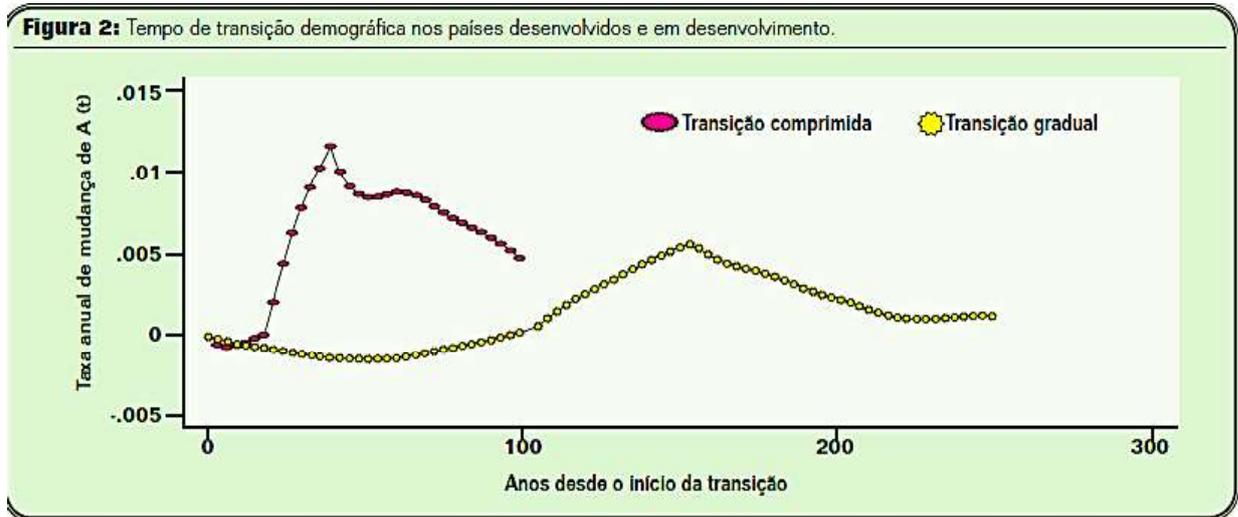
Fonte: LEBRÃO, 2007, s/p.

Ao observar a pirâmide, pode-se constatar que nos últimos 50 anos mudanças significativas ocorreram em termos de mortalidade e fecundidade no Brasil, que passou de alta natalidade e mortalidade à baixa fecundidade, determinando o envelhecimento da população. Lebrão (2007) analisa esse fenômeno no contexto mundial.

O processo de envelhecimento nos países desenvolvidos ocorreu muito tempo depois de eles terem adquirido padrões elevados de vida, reduzido desigualdades sociais e econômicas, e implementado um número de estratégias institucionais para compensar os efeitos das desigualdades residuais, ao menos na área de acesso aos serviços de saúde. O desenvolvimento social e econômico na América do Norte e Europa Setentrional e Ocidental já estavam determinados quando as demandas de uma sociedade que envelhecia (e mesmo as preocupações sobre isso) foram reconhecidas. Ou seja, “os países desenvolvidos primeiro ficaram ricos e depois envelheceram; os países da América Latina e Caribe estão ficando velhos antes de serem ricos (LEBRÃO, 2007, p. 4).

O próximo gráfico evidencia o tempo de transição demográfica nos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

Gráfico 6 - Envelhecimento em países desenvolvidos e em desenvolvimento.



Fonte: LEBRÃO, 2007, s/p.

O gráfico anterior mostra que os países desenvolvidos há mais de duzentos anos estão fazendo esta transição, o que não aconteceu com os países em desenvolvimento como na América Latina e o Caribe.

De maneira esquemática, pode-se dividir os países, quanto à sua transição demográfica, em três tipos: os de iniciação precoce da transição; os de iniciação tardia e aqueles que ainda não iniciaram a sua transição. No primeiro grupo estão, por exemplo, os países europeus ocidentais, que fizeram a sua transição há séculos. No segundo grupo estão os países da América Latina e Caribe, que iniciaram esse processo há cerca de 50 anos. E, finalmente, os países africanos, que ainda não iniciaram seu processo de transição demográfica, ou seja, ainda têm uma estrutura jovem de população (LEBRÃO, 2007, p. 3).

É importante refletir sobre as questões que envolvem esse progresso, compreendendo que a longevidade é uma conquista da humanidade. Portanto, “[...] requer um redirecionamento das ações do Estado destinadas ao segmento social idoso e a todas as gerações” (SILVA, 2016, p.5). Em relação a esses avanços, pode-se dizer que existem algumas contradições, como sinaliza Goldman (apud OLIVEIRA, LIMA, 2015, p. 17/18

O aumento da expectativa de vida traz uma contradição, de um lado revela o progresso e o alcance de uma meta desejada pelas gerações, sendo que as conquistas médico-sanitárias são as principais responsáveis pelo aumento de vida média e os estudos geriátricos e gerontológicos se aperfeiçoam a cada dia no sentido de estudar e intervir no processo de envelhecimento, por outro lado a idade avançada encontra dificuldades em se adaptar as condições de vidas atuais, pois além das dificuldades físicas, psíquicas e sociais encontram problemas também no mercado de trabalho,

na família, na sociedade em geral (GOLDMAN,2009 apud OLIVEIRA, LIMA, 2015, p. 17-18).

Como informa Camarano et al (2004, p. 26) a longevidade tem constituído um novo cenário para os países, principalmente àqueles em desenvolvimento, tanto em termos etários e socioeconômicos, trazendo com isso demandas diferenciadas, o que tem rebatimento na formulação de políticas públicas para o segmento.

3. HIV EM IDOSOS: A NOVA FACE DA AIDS

Neste capítulo aborda-se a epidemia da Aids no Brasil. Desde seu surgimento na década de 1980 até os dias atuais, com o objetivo de embasar a discussão sobre como a Aids passa a incidir no ciclo vital da velhice.

No item 3.1 apresenta-se uma breve contextualização da história do HIV/Aids e a incidência em idosos, como esta população está se contaminando e o porquê desse acontecimento e; no item 3.2 aborda-se os reflexos e desafios da Aids na população idosa no contexto de uma sociedade preconceituosa que estigmatiza o idoso.

Abordar esta temática instiga a desvelar os mistérios que ainda hoje a envolvem, os estigmas e preconceitos que marcam as PVHA (Pessoas Vivendo com HIV/Aids), que apesar dos avanços alcançados ainda persistem no imaginário da sociedade.

3.1. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA HISTORIA DA AIDS E SUA INCIDÊNCIA EM IDOSOS

Mas gostaria de terminar, dizendo o seguinte: creio que podemos transformar a tragédia da AIDS, da enfermidade e da doença num desafio, numa oportunidade, numa possibilidade de recuperar na nossa sociedade, em nós mesmos, em cada um de nós e em todos nós, o sentido da vida e da dignidade. E, com esse sentido da vida e da dignidade, seremos capazes de lutar pela construção de uma sociedade democrática, de uma sociedade justa e fraterna.

Herbert de Souza, o “Betinho”

Há mais de trinta anos a humanidade se deparou com uma doença desconhecida, que chegou com extrema fúria, e por onde passava deixava uma trilha de morte. No início não sabíamos nada a respeito, nem que era causada por um vírus, não compreendíamos como se comportava no organismo e como se exteriorizava e tampouco como progredia, tudo era desconhecido.

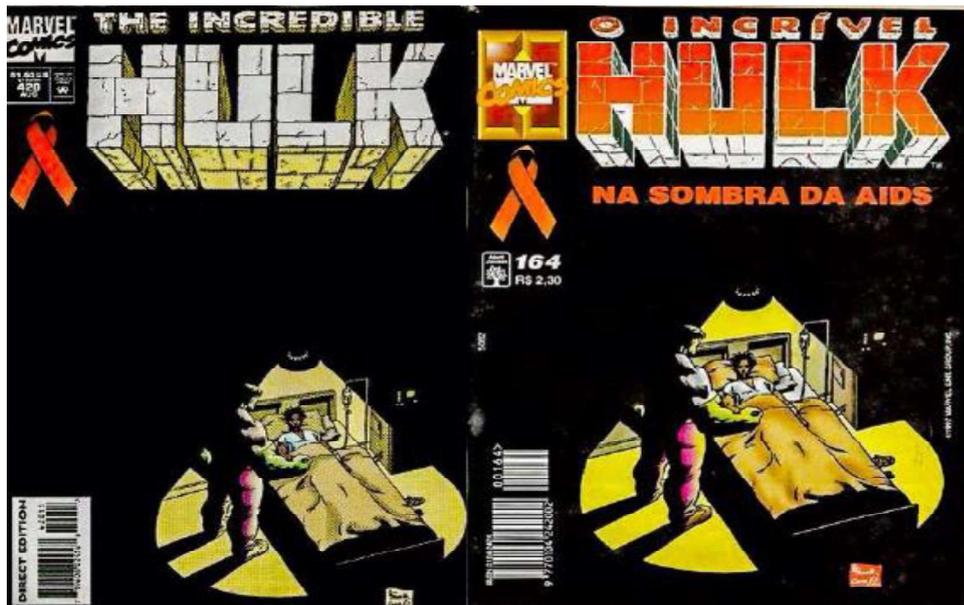
Mas era preciso lutar... a noite era escura e fria, as chances ínfimas, as perspectivas funestas. A Aids matava (e rápido) implacavelmente, não havia tratamento, não havia remédio, só preconceito³ e discriminação....

³ “Uma atitude hostil ou preventiva a uma pessoa que pertence a um grupo, simplesmente porque pertence a esse grupo” (GALVÃO, 2009).

Experimentávamos mais uma amarga faceta da miséria (BATISTA, GOMES, 2000, p.82).

Este era o cenário do início da epidemia da Aids. Desde as primeiras notícias foi vista como um monstro prestes a nos consumir, como mostra a capa de um quadrinho do famoso escritor *Peter David* e do desenhista *Gary Frank*.

Figura 1 - A Aids veiculada negativamente como monstro.



Fonte: Edição de o Incrível Huck nº 420 de agosto de 1994, (versão americana/bras).

Entretanto, de 1980 até os dias atuais se conquistou muitos avanços. Mesmo que, não tenhamos ainda alcançado a cura, a Aids passou a ser uma doença crônica⁴, tratável, com aparato jurídico legal.

É importante esclarecer o significado das siglas que identificam o HIV e a Aids ou (SIDA). HIV é a sigla atribuída ao vírus da imunodeficiência humana pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS, sigla em inglês). Importa destacar que ter HIV não é o mesmo que ter Aids, já que, um é o vírus (HIV) e o outro (Aids) é a doença⁵, (CHAVES et al (2005, p. 2).

⁴ *Doença crônica* é um estado patológico que seja permanente, produzindo incapacidade residual e alterações patológicas não reversíveis, requerendo reabilitação ou necessidade de controle e cuidados por um período prolongado (SANTOS E SEBASTIANI, 2003, s/p).

⁵ A doença possui três estágios: o primeiro caracteriza-se pela latência do vírus HIV, antes de sua replicação. Nessa fase, o portador ainda se caracteriza como assintomático, pois não possui nenhum dos sintomas da soropositividade nem da AIDS. Não obstante, apesar de não externar os sintomas, possui a capacidade de infectar, podendo transmitir o vírus para outra pessoa. "Existem casos de

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que é caracterizada pela destruição progressiva e gradativa das células responsáveis pela defesa do nosso organismo, passando a fazer parte do código genético. É o indicador da capacidade imunológica do indivíduo, podendo tornar a pessoa vulnerável a outras infecções oportunistas, aos cânceres incomuns e outras anormalidades distintas, surgindo, assim, no momento em que o sistema imunológico do indivíduo estiver enfraquecido (CHAVES et al, 2005, p. 2).

No fim dos 70 e início dos anos 80, surgiu nos Estados Unidos, Haiti e África Central os primeiros casos de uma doença que seria definida em 1982 como *Aids*, quando foi classificada a nova síndrome (BRASIL, 2019). Tratava-se de uma doença desconhecida e com diagnóstico mortal.

É importante pontuar que num primeiro momento, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi chamado pelas autoridades médicas de “doença dos 5H” (BRASIL, 2019) que representava os (Homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (denominação em inglês para profissionais do sexo). Nesse sentido, Camargo e Capitão explicam que pelo fato de haver inicialmente uma importante incidência de Aids em homossexuais, suspeitou-se que a doença tivesse alguma associação ao estilo de vida.

Os primeiros casos da nova síndrome foram reconhecidos devido à aglomeração de casos de Sarcoma de Kaposi e Pneumonia pelo *Pneumocistis carinii* em pacientes homossexuais masculinos, procedentes de grandes cidades norte-americanas (Nova Iorque, Los Angeles e São Francisco). Muitos dos pacientes inicialmente diagnosticados eram homossexuais, o que fez suspeitar que a doença estivesse de alguma forma ligada a este estilo de vida. Tratava-se então de uma doença aparentemente ligada a uma conduta sexual, o homossexualismo; e às classes sociais mais abastadas (CAMARGO, CAPITÃO, 2010, p. 1-6).

Neste cenário, e diante ao alvoroço da nova doença, autoridades médicas, cientistas norte-americanos e europeus foram em busca de respostas e um modo de combater o agente causador da nova síndrome (CAMARGO, CAPITÃO, 2010). Assim, deu-se início as ações contra o inimigo que se apresentava, e antes mesmo de ser desvelada pelos médicos a síndrome já se encontrava arraigada de estigmas e preconceitos.

Camargo; Capitão (2010) elucidam que diferentes autores concordam que “com a doença apareciam identidades do viver com Aids, algumas auxiliadas pela divulgação de indivíduos famosos como artistas e esportistas vistos como vítimas ou

peças que permanecerão como portadores assintomáticos pelo resto da vida, sem manifestar a doença.” (VALENTIM, 2003, p.34).

sobreviventes com os quais a sociedade sentiu-se simpatizada.” Mas, segundo os mesmos autores, outros arquétipos a exemplo dos usuários de drogas, não tiveram o mesmo destino ao gerar sentimentos de medo e isolamento.

Desse modo, os autores supracitados entendem que “a Aids emergiu em uma sociedade “alarmada” ante a uma doença desconhecida que anunciava a morte para aqueles sujeitos com condutas desviantes” (CAMARGO;CAPITÃO.2010, p.14). Em decorrência disso, é importante atentar para o fato que no Brasil a Aids num primeiro momento, ficou conhecida como a “peste gay” ou “câncer gay” (RAMOS, 2014), era dessa forma que a imprensa noticiava os primeiros casos de Aids no país.

Em relação á imprensa, temos a colaboração de Campo (apud LIMA, 2014, p. 19) afirmando que; “a mídia tem na sociedade atual o poder de configurar mentes”, em se tratando de Aids foi o que aconteceu.

Figura 2 - Peste Gay no Brasil



Fonte: Cristiano Casado Revista

Segundo Ramos (2014 p. 3), desde o início a doença tem carregado o teor estigmatizador derivado da associação direta entre a homossexualidade e a Aids. Isto corrobora, com o pressuposto do mesmo autor que comenta; “esta associação acabou por culpar esta parcela da sociedade pelo surgimento de uma moléstia que viria a ser considerada a praga do século XX”.

Assim, a Aids passou a ter uma simbologia bastante negativa, como destaca Guzmán:

Vestiu-se com adereços de comportamentos homossexuais [...] usuários de drogas, marginais e filhos de uma classe economicamente favorecida que pregava a liberdade ante ao sexo, álcool [...]. As “roupagens” que identificaram a doença e, conseqüentemente, a marginalizaram tiveram um impacto no simbolismo popular (GUZMÁN, 2007, p.3)

Em se tratando do Brasil são identificados os primeiros casos de Aids em 1980, embora que só tenham sido notificados em 1982 pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica inicialmente na cidade de São Paulo (BRASIL, 2019). Em nosso país, como destacam Villarinho et al (2013) a luta contra a Aids iniciou-se numa época de redemocratização e de grande mobilização no campo da saúde, num contexto de emergência da Reforma Sanitária.

Já em 1983 aponta-se o primeiro caso de possível transmissão heterossexual, entendendo-se que os homossexuais, usuários de drogas seriam os difusores do vírus para os heterossexuais que também fizessem o uso de drogas. Neste sentido, relatam-se casos em profissionais de saúde (BRASIL, 2019) e, neste mesmo ano é notificado o primeiro caso da doença em uma mulher, embora os “gays e haitianos” ainda fossem as maiores vítimas da Aids no período, (Brasil, 2019).

Seguindo nesta linha do tempo da Aids, os anos de 1984/85 foram marcados por muitos acontecimentos, o que colocava a Aids cada vez mais no cotidiano da sociedade e demandava estudos, esforços e ações como evidencia-se a seguir:

É instituído o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), primeira ONG do Brasil e da América Latina na luta contra a aids; Diferentes estudos buscam meio diagnóstico para a possível origem viral da aids; O primeiro teste anti-HIV é disponibilizado para diagnóstico; Caracterizados os comportamentos de risco no lugar de grupo de risco; Descobre-se que a aids é a fase final da doença, causada por um retrovírus, agora denominado HIV (Human Immunodeficiency Virus, em inglês), ou vírus da imunodeficiência humana; É criado um programa federal de controle da aids (ver Portaria nº 236/85); Registra-se o primeiro caso de transmissão vertical (da gestante para o bebê (BRASIL, 2019).

Diante deste cenário em 1986 foi criado o programa de Doença Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS do Ministério da Saúde e o primeiro teste para o diagnóstico do HIV, e com os avanços dos estudos foi neste ano que foi

disponibilizado o primeiro medicamento antirretroviral (ARV)⁶ para o tratamento da Aids no país (Brasil, 2019)⁷, o medicamento a Zidovudina (AZT) teve sua eficácia comprovada em 1987 com a queda da mortalidade das PVHA, oferecendo respostas positivas e dando início ao tratamento do HIV. (GRECO, 2016).

A partir de 1988, com a promulgação da “Constituição Federal” foi promulgada uma nova proposta de política pública no setor de saúde, sendo instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), abrindo-se uma nova perspectiva para a saúde da população brasileira, conforme esclarece Greco:

É pouco provável que a resposta brasileira teria avançado o que avançou sem o SUS, realmente o grande marco na mudança na saúde pública brasileira, tendo sua criação definida em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS). Esta CNS estabeleceu as bases para a seção “Da Saúde” da Constituição brasileira de 1988, explicitando-a como um “direito de todos e dever do Estado”. A Lei 8.080/1990⁸ fundou o SUS, baseado nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, tendo como importante marco o controle social, com a participação dos usuários (GRECO, 2016, p.5).

Com o advento do SUS passou-se a ter respaldo legal para as ações, programas e projetos que foram criados a fim de dar respostas para a sociedade em termos de saúde e prevenção, segundo PAIN (1991), a partir de então o Estado passou a adotar políticas que visam à melhoria da qualidade de vida da população em geral, possibilitando que a década de 1990 fosse marcada por muitas conquistas para as PVHA.

O Brasil inicia a distribuição pelo SUS do AZT, fabricado localmente a partir de 1993. Este acesso confirmava a política dos direitos sociais e humanos explicitados na Constituição de 1988 e nos preceitos do SUS. E, pouco depois, o Brasil adota, pressionado pelos movimentos sociais e apoiado pela academia, a política do direito ao acesso aos medicamentos no SUS e aprova a Lei 9.313/1996⁸ (GRECO, 2016, p. 1556).

A partir desses avanços, uma importante mudança na evolução do controle da doença, foi a redução da mortalidade, elevando a esperança e qualidade de vida, (ZORNITTA, 2008). Neste sentido, Ramos (2014, p.4), ressalta que “a eficácia do

⁶ Medicamentos antirretrovirais (ARV) são medicamentos que impedem a multiplicação do vírus dentro das células do indivíduo infectado, reduzindo a quantidade do vírus no organismo e tornando a pessoa mais resistente às chamadas “doenças oportunistas”, as quais acometem os indivíduos infectados, quando o sistema imunológico está debilitado.

⁷ Disponível em: http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linha_dotempo.html Acesso em: 8 maio 2019.

⁸ Que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamento às PVHA. Art. 1º. Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm>, acesso em: 22 maio 2019.

coquetel é notória, mas é preciso levar em consideração que o caminho até este tratamento não foi trilhado sem disputas políticas, econômicas e sociais”.

Entre 1996 e 2002, ocorre a era da “terapia altamente ativa”, onde a combinação de medicamentos mostra-se eficaz no tratamento e é possível observar a “cronificação” da doença. Entre 2003 e 2007, ocorre a “terapia de resgate” que significou a busca por novos medicamentos úteis para pacientes com insucesso na terapia anterior. E por fim de 2008 aos dias atuais, observa-se o “tratamento como prevenção” que tem evidenciado que alguns medicamentos antirretrovirais reduzem a transmissão do HIV, podendo combinar o tratamento com a prevenção (RAMOS, 2014, p. 4).

Greco (2016, p. 5) complementa dizendo que, o Estado brasileiro se mobilizou precocemente para o enfrentamento da Aids sendo os resultados desse investimento reconhecidos internacionalmente. A exemplo disso, no Brasil o percentual de vírus resistentes se mantém igual ou até menor que nos países centrais. Diante dessas afirmações, e dos feitos alcançados pelo tratamento do HIV/Aids, sinaliza-se que;

Após 30 anos de epidemia do HIV no Brasil, a capacidade nacional para produzir e usar informações estratégicas, a adequação dos sistemas de informação, a qualidade e as limitações dos dados precisam ser avaliados para orientar sua melhoria no curto e médio prazo para atender as recomendações internacionais de vigilância longitudinal do HIV. Ressalta-se especial atenção à notificação do HIV, incorporada na Portaria GM/MS nº 1.271, de 6 de junho de 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional (BRASIL, 2013a).

Assim, diante de muitas descobertas e avanços chega-se no século XXI com uma nova percepção da doença, como diz Ramos (2016) a imagem da doença se modificou e também a forma de se relacionar com a AIDS. O uso de medicamentos antirretrovirais é fundamental, demarcando uma nova realidade para as pessoas vivendo com HIV. O primeiro momento da Aids antes do tratamento com antirretrovirais (TARV), foi marcado pela imagem da morte e, posteriormente, o uso contínuo destes medicamentos, acena para a possibilidade de viver e manter a doença controlada. Todavia, como esclarece Ramos, ainda permanecem muitos desafios.

A AIDS não acabou. O coquetel não trouxe a cura. Ele ressignificou a imagem do doente e recolocou o controle da doença nas mãos da medicina. O indivíduo se medicaliza, aceita o tratamento, insere-se no contexto das políticas públicas de saúde ao aderir ao tratamento. Mas a prevenção à doença continua dependente da ação direta e individual de cada membro da sociedade uma vez que o comportamento de risco é determinante na infecção. (RAMOS, 2014, p. 7-8).

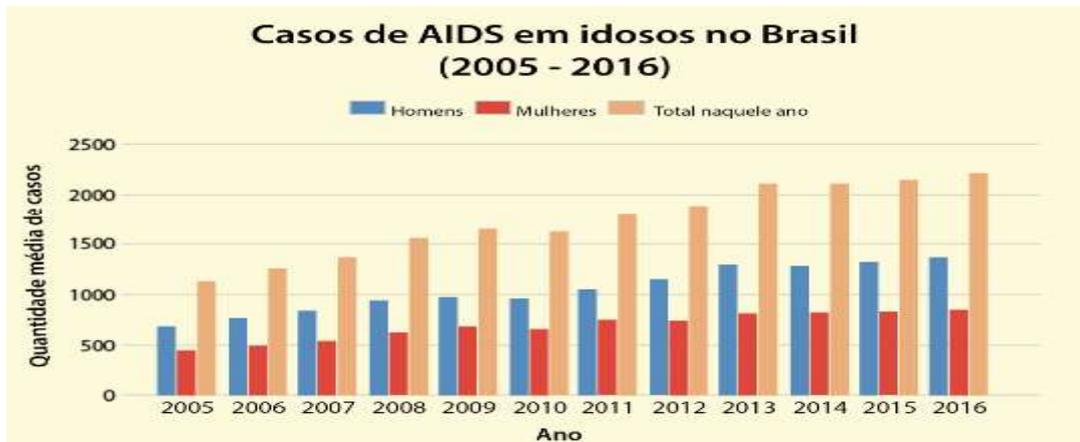
Pode-se dizer que a infecção por HIV vem disseminando-se entre a população, atingindo crianças, mulheres grávidas (transmissão vertical)⁹ e não demorou para afetar os idosos, afinal estamos vivendo mais, conquistamos a longevidade nunca antes conseguida, e a Aids passou a fazer parte do cotidiano da população idosa, adquirindo assim uma nova face. Tem-se verificado um aumento progressivo na incidência de idosos infectados pelo HIV/Aids, sendo inclusive, o percentual de crescimento maior que em outras faixas etárias, (SANTOS, ASSIS, 2009).

A partir de 2003 começou-se a observar, tanto nos ambulatórios quanto nas enfermarias de aids, um aumento significativo de pacientes em idades mais avançadas 50, 60, 70 anos e mais. Parte deles, formada por pacientes que, graças ao controle da doença pelos anti-retrovirais (ARVs), conseguiu não só sobreviver, como também manter uma qualidade de vida satisfatória e envelhecer com aids; e outra parte, formada por idosos que se souberam contaminados, recentemente. Ou seja, [...] uma “nova geração” de idosos com aids – expondo uma sexualidade, até então, negada/ignorada e, a vulnerabilidade desse segmento populacional às DSTs e à aids (ZORNITTA, 2008.p.130).

Quanto ao aumento de idosos infectados pelo HIV/Aids podemos observar nos dados dos boletins epidemiológicos o número de casos notificados entre idosos na faixa etária de 60 anos ou mais no país (BRASIL, 2019).

Por exemplo, de acordo com Gomes e Silva (2008) na década de 1980 o número de casos de Aids em idosos era de 240 homens e 47 mulheres infectadas, e autores como Casséte et al (2016) apontam que de 2002-2014 esse número foi a 17.861 casos; num intervalo de 12 anos ouve um aumento de 577,77%. Como pode-se observar no gráfico a seguir o número de casos passou a aumentar ano após ano, o que coloca o idoso em evidencia no cenário do Aids.

⁹ A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cêrvico-vaginais e sangue materno) ou durante a amamentação. (BRASIL, 2007, p. 12).

Gráfico 7 - Casos de Aids em idosos no Brasil (2005– 2016)

Fonte: imagem online. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv aids-2017>

Conforme o gráfico 7, desde 2005 vem aumentando significativamente a incidência de idosos infectados pela Aids, evidenciando-se que na população masculina o índice permanece maior que na população feminina.

Verifica-se no próximo gráfico que o aumento da população idosa masculina vem em constante crescimento desde o ano de 2007, o que leva a pensar que os homens são responsáveis por contaminar suas esposas.

Gráfico 8 - Taxa de detecção de Aids (X 100 mil hab.) em homens 2007-2017, Brasil

Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM¹⁰.

¹⁰Casos notificados no Sinan e Siscel/Siclom até 30/06/2018; no SIM, de 2000 a 2017.

Já entre as mulheres, verifica-se que, nos últimos dez anos, a taxa de detecção apresentou queda em quase todas as faixas etárias, exceto na de 60 anos e mais: nesta, foi observado aumento de 21,2% quando comparados os anos de 2007 e 2017, como demonstra-se a seguir.

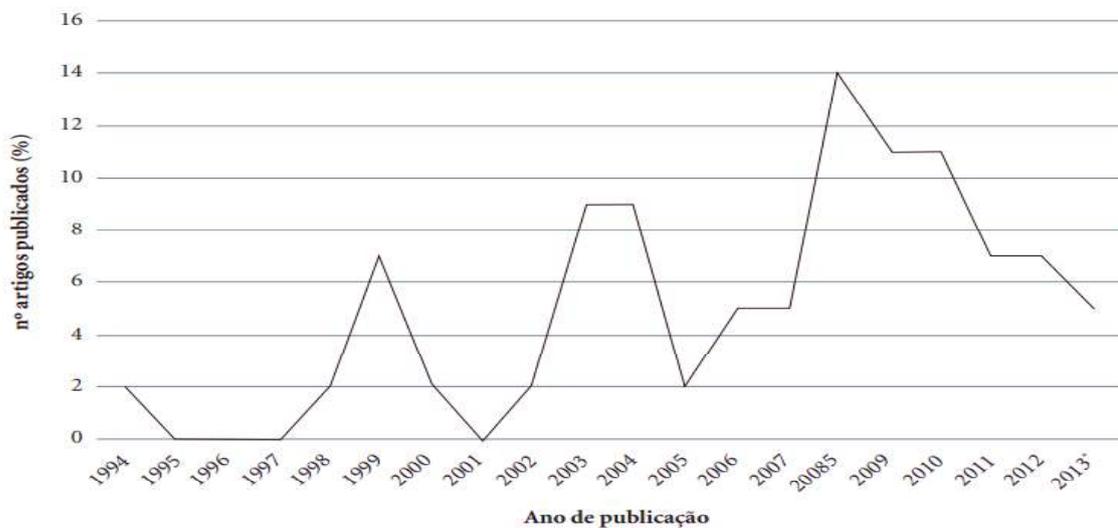
Gráfico 9 - Taxa de detecção de Aids (x100 mil hab.) em mulheres 2007-17, Brasil



Fonte: Sinan; Siscel/Siclom; SIM

Santos e Assis (2009) sinalizam que a literatura destaca o conhecimento sobre HIV/Aids em indivíduos jovens, mas há poucas informações relacionadas à Aids em idosos. A partir desta carência, torna-se necessário desenvolver estudos nessa área, pois o conhecimento é importante tanto para reduzir o preconceito com pessoas que vivem com HIV, quanto para o planejamento de medidas de prevenção.

No gráfico seguinte, é possível visualizar que o número de artigos publicados por ano referente aos idosos teve crescimento, mas, mesmo assim, trata-se de um número infimamente menor do que os artigos publicados a outros seguimentos da população. Como pode-se observar, as publicações desde o ano de 1994 tem momentos estáveis que se alternam com aumento no número de publicações e queda, mas mesmo nos anos que são publicados estudos sobre a incidência de HIV/Aids em idosos o número segundo os autores é bem menor que nos grupos que a sociedade entende como vulneráveis ou situação de risco.

Gráfico 10 - Número de artigos publicados sobre idosos vivendo HIV

Fonte: NETO, et al 2015, p.4

A partir do momento que o idoso desponta no cenário da Aids, emerge a necessidade de valorização dessa temática, tanto no que se refere às pesquisas, quanto ao do planejamento de políticas públicas voltadas para promoção da saúde da pessoa idosa, como condições essas indispensáveis para a prevenção e o enfrentamento da Aids.

3.2 REFLEXOS E DESAFIOS DA AIDS NA POPULAÇÃO IDOSA

*"De repente, dei-me conta de que tudo havia mudado porque havia cura.
 Que a ideia da morte inevitável paralisa. Que a ideia da vida mobiliza...
 Mesmo que a morte seja inevitável, como sabemos.
 Acordar, sabendo que se vai viver, faz tudo ter sentido de vida.
 Acordar pensando que se vai morrer faz tudo perder o sentido.
 A ideia da morte é a própria morte instalada.
 De repente, dei-me conta de que a cura da AIDS
 existia antes mesmo de existir, e de que seu nome era vida.
 Foi de repente, como tudo acontece."*

Herbert de Souza, o "Betinho"

Como já abordado anteriormente, ao longo das últimas três décadas a epidemia de HIV/Aids vem sofrendo muitas modificações em seu perfil, dentre as quais, tem-se os fenômenos de feminilização, heterossexualização, pauperização, juventudilização e envelhecimento (SANTOS; ASSIS, 2009, p.4). De acordo com os

dados epidemiológicos pode-se identificar o HIV em indivíduos de todas as classes sociais, etnias e idades, inclusive nas pessoas idosas.

Embora a maioria dos casos de infecção pelo HIV seja detectada na faixa etária de 15 a 49 anos, o aumento progressivo da morbidade e mortalidade pela Síndrome da Imunodeficiência Humana (AIDS) no grupo etário acima de 50 anos vem sendo retratado mundialmente e adquirido relevância nos países com crescimento acelerado de envelhecimento populacional (NOGUEIRA et al, 2014, p. 2).

Okuno (2014, p. 2) problematiza que os idosos não estavam entre a população vulnerável à exposição do HIV. Entretanto, o surgimento de medicamentos que melhoram o desempenho sexual, e a disponibilidade da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART)¹¹, são fatores que têm contribuído para o crescimento da incidência de HIV/Aids em idosos. Além disso, outras variáveis também importantes podem ser mencionadas, como a falta de conhecimento sobre a doença, as formas de prevenção, transmissão e tratamento, e a baixa adesão ao uso de preservativos.

A comercialização em larga escala dessa categoria medicamentosa teve e ainda tem impacto na vida sexual e na saúde dos usuários idosos, posto que esse grupo social dispôs de uma convivência bastante breve, em sua adolescência ou na fase adulta, com métodos preventivos, de forma que não se veem como potenciais infectados por HIV/AIDS ou outras DSTs. (RUFFINO, ARRAIS, 2011, p. 7).

A partir dos estudos realizados, foi possível apreender que o tema da AIDS na velhice, é bastante complexo, entre outros aspectos. Devido à negação existente na sociedade quanto à sexualidade no idoso, bem como o uso de drogas injetáveis nessa idade, situações essas em geral carregadas de preconceitos, são muitas vezes negligenciadas pela própria pessoa idosa.

Araújo et al (2011) afirmam que a grande maioria das infecções por HIV/AIDS na velhice ocorrem por meio do ato sexual, o que tem incentivado uma ruptura dos mitos e crenças arraigados na sociedade contemporânea, exigindo a ultrapassagem da visão reducionista que considera os idosos assexuados. Essa visão conservadora leva a conceber a prevenção adstrita somente aos jovens. Santos e Assis (2009, p. 6) chegam a dizer que, “não causa surpresa o fato de os idosos não adotarem medidas de prevenção para o HIV, pois, além da questão

¹¹ Terapia antirretroviral potente (HAART, sigla em inglês).
Disponível em: <http://saberviver.org.br/publicacoes/dez-anos-de-haart/>.

cultural, os programas de prevenção são mais voltados para a camada mais jovem da população”.

Estudos sobre a Aids com grupos de idosos mostram que esse seguimento ainda compreende a vulnerabilidade ao HIV como no tempo em que era jovem, considerando a AIDS como resultante de relações casuais ou promíscuas (RUFFINO, ARRAIS, 2011). Os mesmos autores apontam também que os idosos do sexo masculino ainda são os grandes responsáveis pela contaminação de suas esposas, pois muitos mantêm relações sexuais desprotegidas fora do casamento.

Além da dificuldade do idoso de se perceber como suscetível às doenças sexualmente transmissíveis, outro problema está no despreparo dos profissionais de saúde, que têm dificuldade em reconhecer a vulnerabilidade desse segmento social. Deixando com isso, de fazer diagnósticos precoces, não atribuindo alguns sintomas sugestivos a uma possível infecção por HIV. Assim, em grande parte dos casos, o diagnóstico da AIDS é feito tardiamente em serviços secundários, trazendo sérias consequências para a vida do idoso (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

Cassette et al (2016) destacam estudos apontando processos de depressão, culpa, vergonha, raiva, medo, rejeição, isolamento, diminuição drástica dos intercursos sexuais ou até mesmo a ausência destes em pessoas soroconvertidas. Ressaltam ainda que, esses aspectos denotam a complexidade que envolve a promoção da saúde, as especificidades do trabalho em saúde e os atuais desafios que se colocam àqueles que atuam junto a pessoas vivendo com HIV.

Uma vez que os estereótipos sociais e os preconceitos são elementos da cultura e, portanto, contribuem no processo de formação dos indivíduos e no conjunto de relações sociais, parece fundamental que tais discussões sejam incluídas ao longo do processo de formação em saúde, tanto na graduação quanto nas ações de formação permanente dos profissionais de saúde, com vistas a compreender a importância desses elementos nos processos de saúde e adoecimento e na promoção de saúde. A visão sobre a velhice e o envelhecimento; as temáticas da sexualidade e das práticas sexuais, especialmente em idosos, seguem como desafios para a atuação em saúde e promoção da saúde da pessoa idosa (CASSÉTTE, 2016, p. 10).

Seguindo por essa mesma linha de raciocínio, Santos e Assis (2009, p. 7) apontam que o aumento da Aids entre os idosos pode “estar associado a uma falha nos esforços de prevenção com este grupo de idade. Campanhas para a população idosa são fundamentais, mas somente o conhecimento não é suficiente para mudar o comportamento para que o indivíduo seja capaz de adotar práticas” (UNAIDS (2005). A invisibilidade da sexualidade do idoso tem levado os profissionais de

saúde a não avaliarem a vulnerabilidade dessa parcela da população, justamente por desconsiderarem a existência do desejo sexual, os avanços no processo do envelhecimento e as parceiras sexuais. Os mesmos autores entendem que, somente a partir do enfoque da integralidade na atenção à saúde os profissionais da área passarão a perceber os idosos como um grupo vulnerável ao HIV/Aids.

Para que a vulnerabilidade seja concretizada, o profissional abordará o paciente no contexto da integralidade, escutando suas preocupações e dúvidas, desenvolvendo habilidades para perguntar sobre a vida íntima, com a finalidade de propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades, adotando práticas seguras em busca da promoção da qualidade de vida. Para que todos esses objetivos sejam alcançados, é fundamental que, durante todo o atendimento, a linguagem utilizada seja acessível ao usuário (SANTOS, ASSIS, 2009, P.8).

Nesse sentido, Silva et al, (2010), enfatizam que o conceito de vulnerabilidade cunhado por Ricardo Ayres na década de 1990 muito pode contribuir nas práticas de enfrentamento ao HIV/Aids. Trata-se de um conceito resultante de um esforço de produção e conhecimento derivado da necessidade de melhor compreender a suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, compreendendo uma abordagem que contempla o conjunto de aspectos individuais, sociais e programáticos implicados com o problema (AYRES, 2003).

Para discutir os desafios relativos à prevenção de HIV/Aids na velhice, considera-se importante discorrer os eixos conceituais de Ayres. A vulnerabilidade na **dimensão individual** corresponde ao grau e a qualidade de informação que os indivíduos possuem sobre os problemas de saúde, a elaboração das informações e sua aplicação prática no seu cotidiano. (ALENCAR, CIOSAK, 2014, p.3). Nas palavras de Ayres (2003), nem os comportamentos individuais associados à maior chance de contaminar-se podem ser atrelados imediata e exclusivamente à vontade dos indivíduos, mas;

Ocupa-se, basicamente, dos comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical). Considera, entretanto, que os comportamentos associados a maior chance de exposição à infecção, adoecimento ou morte não podem ser entendidos como decorrência imediata e exclusiva da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau de consciência que esses indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e, especialmente, ao poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência (AYRES et al, 2003, p. 3).

De outra parte, a vulnerabilidade na **dimensão social** diz respeito à “estrutura econômica, às políticas públicas, em especial às de educação e saúde, à cultura, à ideologia, às relações de gênero, raciais e entre gerações, às crenças religiosas e à religiosidade viva, à pobreza, à exclusão social, modos de inclusão que mantenham a desigualdade” (ALENCAR, CIOSEK, 2014, p. 3). Nesse sentido, a vulnerabilidade implica nos seguintes aspectos:

a) acesso à informação; b) quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais; c) acesso e qualidade dos serviços de saúde; d) nível geral de saúde da população, mediante comportamento de indicadores de saúde, como o coeficiente de mortalidade infantil; e) aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específicos, como a situação da mulher (menores salários, ausência de legislações de proteção específica, exposição à violência; restrições de exercício de cidadania etc.); f) grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade desses sujeitos fazerem ouvir suas necessidades nas diversas esferas decisórias; g) grau de prioridade política (e econômica) dada à saúde; h) condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, entre outros (AYRES et al, 2003, p. 3).

Por último a vulnerabilidade **programática** (ou institucional) remete ao modo como os serviços de saúde e os demais serviços sociais (com destaque a educação), operam na mobilização de recursos necessários para a proteção das pessoas, à infecção e ao adoecimento pelo HIV. Trata-se, portanto, da existência de ações institucionais voltadas para o problema da Aids, com ênfase nos seguintes elementos:

a) grau e tipo de compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema; b) ações efetivamente propostas por estas autoridades; c) coalizão interinstitucional e Inter setorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.) para atuação específica; d) planejamento das ações; e) gerenciamento dessas ações; f) capacidade de resposta das instituições envolvidas; g) financiamento adequado e estável dos programas propostos; h) sustentabilidade das ações; i) avaliação e retroalimentação dos programas, entre outras possibilidades (AYRES et al, 2003, p.3).

Com base nessas formulações acerca da noção de vulnerabilidades o autor anteriormente referenciado, enfatiza que o aprimoramento das ações de prevenção exige transcender as ideias de grupo de risco e comportamento de risco. Pois, esses conceitos; “rotulam, generalizam, descontextualizam e despolitizam”. Ainda, alerta que, é preciso “incluir como referência para essas práticas a compreensão das vulnerabilidades e, considerando os direitos humanos, as formas de combatê-las, bem como ter a redução de danos como atitude orientadora das práticas de prevenção.” (AYRES, 2002, p. 16).

Rufino e Arrais (2011) complementam dizendo que é necessário, para a ciência, a sociedade, e o idoso, o conhecimento da sexualidade para além das fronteiras biológicas, e que não podemos confundir. Segundo as mesmas autoras, (2011, p. 7) a “perda ou redução da capacidade física durante a velhice com a perda da capacidade humana de amar, desejar e sonhar, facilitando [...] a vida sexual do idoso [...] sua qualidade de vida e [...] enfrentamento de questões tão negadas quanto á sexualidade [...]”.

O medo da rejeição social, vivenciado duplamente pela associação entre AIDS e velhice, levam a comportamentos que tendem ao isolamento do idoso, que acaba por não revelar seu diagnóstico e, assim, ao mesmo tempo em que escapa de possíveis críticas negativas, discriminação da sociedade, estigma ou rompimento de laços afetivos que alteram a forma de ser ou agir do indivíduo e que ensejam sentimentos de finitude existencial, desviam-se também do apoio, solidariedade e compreensão de amigos e familiares (RUFINO E ARRAIS, 2011, p. 8).

Nesse tópico de discussão, pretende-se justamente atentar para os reflexos e desafios postos à sociedade e ao Estado, diante do fenômeno da longevidade e da crescente incidência da infecção HIV/Aids na população idosa. Como já vimos no capítulo anterior, o aumento da expectativa de vida em si já traz consigo enormes desafios para a sociedade como um todo, pois em nosso país ainda estamos muito distantes das prerrogativas para o envelhecimento ativo e saudável preconizado pela Organização das Nações Unidas. Ademais, o país está se deparando com uma nova face da Aids, demarcando uma importante presença no segmento idoso da população.

Destaca-se que a Aids tem se tornado cada vez mais uma doença de caráter biopsicossocial que exige estratégias e ações multidimensionais e interdisciplinares, posto que afeta tanto as pessoas contaminadas pelo HIV, quanto seus familiares, parceiros, cuidadores, governos, sistemas jurídico-legais, instituições e a própria sociedade como um todo. Foi com base nisso que em 1987, o médico Jonathan Mann, antigo responsável na Organização Mundial de Saúde (OMS) pelo programa de controle da AIDS, alertava que a doença representava três epidemias: “a primeira, da infecção pelo vírus; a segunda, das doenças infecciosas, e a terceira, das reações sociais, culturais, econômicas e políticas”.

Essa terceira representação da epidemia, que envolve as reações sociais, econômicas e políticas, foi se constituindo a partir de um modelo societário que

produz e reproduz relações preconceituosas e estigmatizantes. Se o próprio envelhecimento já traz para a pessoa idosa um conjunto diverso de desafios, como pensar a vivência deste processo com a vivência do HIV/Aids? Essa parece uma questão importante a ser colocada na pauta das políticas públicas sociais, já que a velhice não está imune a essa realidade, pelo contrário, a suscetibilidade para a contaminação pelo HIV tem crescido significativamente no ciclo vital do idoso.

A síndrome da Aids já nasceu estigmatizada, fazendo associação a certos grupos sociais, constituindo-se como parte de uma matriz cultural e social que constrói diferenças, criando hierarquias e legitimando estruturas de desigualdades sociais (GARCIA; KOYAMA, 2008).

Para Goffman (1963, p. 2) o estigma “é uma construção social, que nasce na relação entre os indivíduos e os estereótipos sociais e que define de forma simbólica ou concreta os territórios de normalidade”. Significa uma marca, altamente pejorativa, que tem a intenção de depreciar um sujeito em favor de outro dito “normal”. Assim, “ultrapassar os limites definidos para o que seja considerado como normalidade social pode promover a discriminação, acompanhada de acusação, isolamento, rejeição e a adoção de medidas punitivas e corretivas, tanto por parte dos sujeitos ditos “normais”, quanto por parte dos próprios sujeitos estigmatizados”. Em outras palavras, quem não se encaixa nos padrões de normalidade, passa a ser excluído, como diz Casães e Guimarães (apud CASSÉTTE et al, 2016).

O estigma vai penetrando na rede de relações sociais, sendo internalizado a tal modo que passa a dominar os sentimentos e atitudes dos indivíduos, “[...] gerando culpa, vergonha, raiva, confusão e desorganização da identidade”. Se o processo de envelhecimento é arraigado de estigmas, preconceitos, estereótipos, parece tornar-se assustador envelhecer e viver com Aids. Trata-se de uma realidade complexa e de difícil aceitação, uma vez que “contraria os estereótipos especificamente vinculados aos idosos, principalmente relacionados às concepções de assexualidade nesse momento da vida” (CASSÉTTE, 2016, p. 2/3).

O envelhecimento é um direito personalíssimo garantido pela legislação brasileira e a sua proteção, um direito social. Segundo a lei federal nº 10.741, de 1º de outubro de 2003¹², destinada a assegurar os direitos de pessoas com idade igual

¹² Instituído pela Lei 10.741 em outubro de 2003, o Estatuto do Idoso visa a garantia dos direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (art. 1º). Aborda, assim, questões familiares, de saúde, discriminação e violência contra o idoso. E resguarda-o, desse modo.

ou superior a 60 anos, é dever do Estado e da sociedade a preservação da saúde física e mental dos idosos, em condições de liberdade e dignidade.

Desse modo, é dever da sociedade de um modo geral garantir a efetivação desse direito de forma digna, e também uma obrigação do Estado a efetivação de políticas públicas que contribuam para garantia desses direitos. Afinal, como dispõem os artigos 2º e 3º do Estatuto do Idoso:

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º Direito à vida; direito à saúde; direito à alimentação; direito à educação; direito à cultura; direito ao esporte; direito ao lazer; direito ao trab.; direito à cidadania; direito à liberdade; direito à dignidade; direito ao respeito; direito à convivência familiar e comunitária.

Em relação às políticas públicas destinadas à pessoa vivendo com HIV/Aids (PVHA), tem-se a Política Nacional de DST/Aids que definem princípios e diretrizes. Com o objetivo de sistematizar as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da promoção da saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/Aids; da prevenção da transmissão das DSTs, do HIV/Aids e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas com DST/HIV/Aids; e do desenvolvimento e fortalecimento institucionais dos gestores locais de programas e projetos na área. (BRASIL, 1999).

O Brasil marcou presença no cenário mundial em 1996 quando garantiu o acesso universal ao tratamento do HIV, e hoje une-se ao UNAIDS na ousada meta de atingir o controle da AIDS até 2020. Quando a infecção deixaria de ser um problema de saúde pública. (BRASIL, 2019). Ou seja, sua ocorrência se daria em níveis mínimos, até que ao longo do tempo desaparecesse, estabelecendo então parâmetros para sua erradicação (UNAIDS, 2017).

Metas:

A chamada 90-90-90, que prevê que, até 2020: 90% das pessoas vivendo com HIV estejam diagnosticadas; que dessas pessoas diagnosticadas, 90% estejam em tratamento; e que desse grupo, 90% tenha carga viral indetectável. Diversos estudos científicos comprovam que uma pessoa vivendo com HIV em tratamento e com carga viral indetectável, além de experimentar uma melhor qualidade de vida, tem praticamente zero probabilidade de transmitir o vírus a outra pessoa – mostrando a eficácia do tratamento como uma ferramenta de prevenção (UNAIDS, 2017).

O alcance das metas recomendadas é, sem dúvida, um grande desafio global ao mesmo tempo que particular para cada país. A determinação política e o reconhecimento da magnitude da epidemia demanda desafios no sentido de ampliar as ações de prevenção, de assistência e de fortalecimento institucional, exigindo esforço no envolvimento dos diversos setores governamentais e não-governamentais (BRASIL, 1999).

Por fim, conclui-se que tanto a longevidade quanto o crescimento do número de casos de HIV/Aids em idosos nos desafiam a pensar o quanto precisamos avançar no modo de sociabilidade e de convivência, bem como na construção de políticas consistentes de proteção social. Defende-se que é preciso constituir políticas específicas para a população idosa vivendo com Aids, fundadas na concepção ampliada de vulnerabilidades, abarcando medidas que envolvam a dimensão individual, social e programática (AYRES, 2003). Pois, somente por meio de políticas e ações que contemplem a integralidade da atenção à população idosa, poder-se-á constituir perspectivas mais afirmativas que correspondam às reais necessidades da pessoa idosa.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Sou capaz de imaginar uma sociedade [...] onde os soropositivos e os doentes de Aids recebam uma atenção e um carinho especiais de todos e de cada um, onde não se sintam discriminados, nem isolados, nem identificados como perigo mortal para a saúde pública da nação ... A AIDS não é mortal, mortais somos todos nós. A AIDS terá cura, e o seu remédio hoje é a solidariedade! ”.

Herbert de Souza, o “Betinho”

A construção da presente monografia se deu a partir de uma breve revisão acerca da temática “Longevidade, Envelhecimento e a Nova Face da Aids”. Para dar conta dos objetivos propostos, transitou-se por estudos considerando o tema proposto. Assim, ao se direcionar as reflexões finais faz-se necessário revisitar os itens pontuados.

Inicialmente, de maneira sucinta, procurou-se situar o processo de envelhecimento e a longevidade, com o objetivo de embasar o debate proposto, qual seja, a problemática da Aids em idosos.

Identificou-se com base bibliográfica que a velhice é um processo natural, individual e inevitável, nós nascemos, crescemos, envelhecemos e morremos. Mas não é somente isso, o processo do envelhecimento depende de muitos outros fatores, como as condições históricas, políticas, econômicas e culturais vividas pela pessoa idosa. Todos estes fatores influenciam diretamente na velhice e também podem determinar visões positivas ou negativas do envelhecimento.

Uma visão afirmativa entende que, o idoso pode contribuir com as experiências acumuladas ao longo da vida. E a sabedoria do idoso é valorizada no sentido de cooperar com a sociedade em geral. Já numa ótica negativa, o idoso é percebido como um peso, criando-se estereótipos e estigmas bastante desfavoráveis, particularmente no que se refere às políticas públicas.

É preciso compreender que essa etapa da vida vem acompanhada de especificidades marcadas por mudanças biopsicossociais que poderão repercutir de modos diferenciados nos indivíduos. Nesse sentido é importante considerar os vários aspectos biológicos, psicológicos e sociais implicados, de modo a ultrapassar visões reducionistas acerca do processo de envelhecimento.

O fenômeno da longevidade foi uma conquista da humanidade, é mundial, e acontece de forma diferenciada trazendo muitos desafios. O fato é que estamos ficando grisalhos! Sim, o Brasil ocupa um lugar significativo neste quesito, estamos

envelhecendo progressivamente. De acordo com dados do IBGE, em 1940 a expectativa de vida era de 45.5 anos e em 2015 de 75.5 anos, havendo um aumento significativo de anos a nossa existência, que se deve a muitos fatores, entre eles, melhoria nas condições de alimentação, avanço na medicina, nas condições sanitárias, declínio da taxa de natalidade.

Essa transição ocorreu de forma desigual em países em desenvolvimento e desenvolvidos, o que acarretou ou está acarretando implicações socioeconômicas, Apresentando demandas que têm rebatimento nas políticas públicas, e que exigem dos governos muito mais ações e investimentos na proteção social desse seguimento populacional.

Após essa discussão preliminar foi abordada a questão da Aids e sua incidência em idosos. Considerou-se importante contextualizar a história do HIV no Brasil. Verificou-se que na década de 1980 os casos de Aids, no Brasil e no mundo despontaram causando pânico na população mobilizando esforços os médicos, cientistas e autoridades políticas para dimensionar os vários aspectos da doença e construir estratégias de enfrentamento. Em 1986 os primeiros medicamentos antirretrovirais deram uma resposta positiva, reduzindo significativamente a mortalidade das pessoas vivendo com HIV. E, com o advento da criação do SUS o Estado passou a adotar políticas públicas nessa área, e dar respostas para sociedade principalmente em relação à prevenção.

Desde o início até os dias atuais, já se percorreu um longo caminho. A Aids já é considerada uma doença crônica e tratável, já foram identificados os meios de transmissão e prevenção, mas nem com isso a Aids deixou de lado o estigma, a discriminação e o preconceito em relação à doença e às pessoas que vivem com HIV/Aids. Contudo, os avanços conquistados proporcionaram uma nova percepção da Aids e agora já se sabe que a Aids pode afetar a qualquer indivíduo em qualquer idade do ciclo vital.

Estamos vivendo mais, conquistamos a longevidade nunca antes alcançada todos estes fatores aliados aos medicamentos antirretrovirais, medicamentos que melhoram o desempenho sexual, a falta de conhecimento das formas de prevenção, transmissão e tratamento e a baixa adesão aos preservativos colocaram os idosos no cenário da Aids. Alguns outros fatores, como o mito com que é tratado a sexualidade dos idosos pelos profissionais da área, também corroboram para a incidência de HIV na população idosa.

Nesse sentido, destacou-se o conceito de vulnerabilidade criado por Ricardo Ayres na década de 1990 por entender que essa formulação muito pode contribuir nas práticas de enfrentamento ao HIV/Aids. Trata-se de um conceito resultante de um esforço de produção e conhecimento derivado da necessidade de melhor compreender a suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV. Os eixos conceituais propostos por Ayres ampliam a concepção de vulnerabilidades, considerando as várias dimensões implicadas nos processos de adoecimento, especialmente no que se refere à Aids. Estes eixos são divididos em três categorias, a saber: individual, social e programática.

São muitos desafios em se tratando de HIV/AIDS e somados ao processo de envelhecimento ficam ainda mais potencializados, tendo implicações na convivência familiar e social mais ampla. Pois a condição de viver com Aids parece ser bem desafiadora, devido aos estigmas da doença, o medo da discriminação e o preconceito que envolve o diagnóstico.

Uma grande convocação que se coloca para a sociedade é mudar o olhar em relação ao envelhecimento e a AIDS. É preciso compreender que trata-se de uma doença crônica e tratável, importante é dispor de políticas públicas que divulguem as formas de contágio, de prevenção e que se humanize o olhar para as pessoas que vivem com HIV. Que o preconceito, estigmas e a discriminação em relação à doença sejam superados.

Entende-se que a temática da Aids é de grande relevância para a sociedade, para governantes, profissionais da área da saúde, gestores, estudantes, pesquisadores, pois com o conhecimento dos meios de transmissão, de prevenção pode-se ter o controle da doença, mesmo que a meta 90-90-90 não seja atingida na sua totalidade, que isso seja um sonho, uma utopia, é preciso pensar políticas públicas com capacidade para prevenir, tratar e proteger, e, também de interferir positivamente na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV.

Ao terminar este processo de aprendizado faço minhas as palavras de lamamoto;

“O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais de que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperança para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretiza-los dia a dia nos horizontes de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários”

Marilda lamamoto

REFERÊNCIAS

ABEPSS, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Diretrizes gerais para o curso de serviço social** (Com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf. Acesso em: 05 jun. 2019.

ALBERTE, Josiane Souza Pinto. **Fatores Biopsicossociais no envelhecimento e percepções da qualidade de vida do idoso: ---**. 2009. 110 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2009. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/310907/1/Alberte_JosianeSouzaPinto_D.pdf Acesso em: 30 maio 2019

ALENCAR, CIOSAK. **AIDS in the elderly: reasons that lead to late diagnosis. Rev Bras Enferm.** 2016, P.69(6):1076-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672016000601140&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 mar. 2019.

ALENCAR, Rúbia Aguiar; CIOSAK, Suely Itsuko. **O diagnostico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids**. Revista Esc. Enferm. Vsp. 2014, 49(2), p. 1-8.

ALVES, J. E. D. **Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil**. 152f. Tese (Doutorado), Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, UFMG, Belo Horizonte, 2001. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/teses/1994/Jose_Eustaquio_Diniz_Alves.pdf Acesso em: 2 abr. 2019

ANDRADE, Laurinete Sales de; CALENDONIO, Luna Pinheiro. **Aids na terceira idade: Sentimentos, percepções e perspectivas de mulheres vivendo com Hiv/Aids: Serv.soc. & Saúde**, Campinas, v. 13, n. 1, p.47-60, 1 jan. 2014. Semestral. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634914>. Acesso em: 18 maio de 2019.

ARAÚJO, V.,BRITO, D., GIMENIZ, M., QUEIROZ, T.. & TAVARES. **Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. Rev. Bras. Epidemiol.**, 2011. 10(4): 544-54.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita et al. **Adolescência e Aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares: --. Interface: Comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v. 7, n. 12, p.113-138, 1 fev. 2003. Mensal. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/icse/v7n12/v7n12a08.pdf. Acesso em:.05 Jun. de 2019.

AYRES, José Ricardo Carvalho; **Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: Lições aprendidas e desafios atuais.** Interface- Comum. Saúde, educ. v6, n11, p.11-24, ago. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/01.pdf>
Acesso em: 9 Jun. de 2019.

BATISTA, Rodrigo Siqueira; GOMES, Andreia Patricia. **AIDS conhecer é transformar**, ed. Vozes. Petropolis, RJ, 2000.

BERTELE, Elisabete; OLIVEIRA, Mara; CAMARDELO, Ana Maria Paim. **Projeto do curso de serviço social.** Caxias do Sul: Universidade de Caxias do Sul, 2011.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO: Secretária de Vigilância em saúde- Ministério da Saúde; HIV/AIDS, 2018, p. 15-16.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, 2013. Disponível em:
<http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em 23 jun. 2019.

_____. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em: <https://blog.sajadv.com.br/estatuto-do-idoso/> Acesso em: 23 jun. 2019.

_____. Lei 9313/96. **Dispõe sobre a distribuição de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids.** Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm> Acesso em 16 abr. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei 8.080, de 19/09/1990. Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde.** Brasília: MS, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes/ Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: MS, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde.** Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids** / Brasília: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde/ OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf Acesso em : 20 jun. 2019.

CAMARANO A.A, KANSO S., MELLO J.L, PASINATO M.T. **Famílias: espaço compartilhamento recursos e vulnerabilidades.** In: Caramano A.A, org. *Os novos brasileiros: muito além dos 60.* Rio de Janeiro: IPEA; 2004. p.137-67 Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_14.12.2017/art_1_.asp. Acesso em 10 de maio de 2019

CAMARANO, A. A.; PASINATNO, M. T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2019.

_____, et al. **Idosos brasileiros: indicadores de vida e de acompanhamento de políticas**. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2002.

CAMARGO, Luiza Azem; CAPITÃO, Claudio Garcia. **Uma abordagem histórica e conceitual da Aids: Novas perspectivas, velhos desafios**, 2010. Disponível em: <http://www.profala.com/artpsico110.htm> Acesso em: 06 abr. 2019

CASSÉTTE, Juniá Brunelli et al. **HIV/Aids em idoso: estigmas, trabalho e formação em saúde**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 19, p.2-12, 1 jan. 2016. Trimestral. Disponível em: <[HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde](#)>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CAVALCANTI, Ana Clara Tenório. **Implantação do núcleo municipal de apoio à pessoa idosa**, Recife, 2012. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012cavalcanti-act.pdf> Acesso em: 24 jun. 2019.

CASADO, Cristiano. **SEMANA ONLINE COM BR: ---**. São Paulo, 20 out. 2012. Disponível em: <<http://www.semanaon.com.br/edicoes/semanaonline.php?edicao=46#page=1>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CHAVES, Eliane Pereira; OLIVEIRA, Rosângela Silva de; VAL, Luciane Ferreira de; VIEIRA, Wilma Soares Fernandes; **HIV/Aids na Terceira idade: a produção científica nos últimos 10 anos**. III Simpósio Internacional de Ciências integradas, UNAERP Campus Guarujá. 2005. Disponível em: <https://www.unaerp.br/documentos/977-hiv-aids-na-terceira-idade-a-producao-cientifica-nos-ultimos-10-anos/file> Acesso em: 13 maio 2019.

CURY, Carlo Roberto Jamil. **Educação e Contradição**. 6º ed. São Paulo: Cortez. 1995.

DELGADO, Evaldo Inácio; LIMA, Alisson Padilha de. **A Melhor Idade do Brasil: Aspectos Biopsicossociais Decorrentes do Processo de Envelhecimento**, Ulbra e Movimento (REFUM), Ji- Paraná v.1 n.2 p. 76-91, set/out. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/actabrasileira/article/view/3063>. Acesso em: 20 de março 2019.

FERNANDES, Valeria Paes Lima. **Idoso e HIV: Discussão sobre o aumento no número de casos**, 2017, p. 9-10.

FERREIRA, (Org) **Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional**, enferm. vol.21 no.3 Florianópolis Jull./set, 2012. Disponível em:

HAYFLICK, Leonard Ph.D; **Como e por que envelhecemos**, ed. Campus, RJ, 1996.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: Trabalho e formação profissional**, 2º ed. São Paulo: Cortez, 1999.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009** - Rio de Janeiro, RJ – IBGE.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

LEBRÃO, Maria Lúcia. **O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica**. *Saúde Coletiva*. 2007

LIMA, Simone de Paula Pessoa; MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de. **Características biológicas e psicológicas do envelhecimento**, *Rev. Med. Minas Gerais*, 2010;20(1):67-73. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/197.pdf>
Acesso em: 31 mar. 2019.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M.. **Metodologia do trabalho científico: Procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalho científico**. 6º ed SP: Atlas, 2001.

MORAGAS, Ricardo. **Gerantologia social: Envelhecimento e qualidade de vida**. 3. ed. São Paulo: Paulinas, 2010.

NASCIMENTO, Milton. **Canção da America, Vagalume** Disponível em: <https://www.vagalume.com.br/milton-nascimento/cancao-da-america.html>

NETO, Jader Dornelas et al. **Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: Uma revisão sistemática**. *Ciência & saúde Coletiva*, Maringá, v. 12, n. 20, p.1-12, 1 jan. 2015. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3853.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2019

NOGUEIRA, Jordana de Almeida et al. **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em adultos com 50 anos e mais: características, tendências e difusão espacial do risco: ---**. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, p.1-9, 1 jan. 2014. Trimestral. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00355.pdf>. Acesso em: 31 de Maio 2019.

OKUNÓ, Meiry Fernanda Pinto et al (Org.). **Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS**. Cód. Saúde Púb. Rj., Rio de Janeiro, p.01-09, 30 jul. 2014. Semestral. Cód. Saúde Púb. RJ. 30(7):1551-1559 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1551.pdf> . Acesso em: 3 abr.2019

OLIVEIRA, Gabriela Duarte de. **Os desafios do Assistente Social do Setor de Geriatria na Orientação de Idosos e Familiares sobre seus Direitos: ---**. 2015. 71 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Escola Superior de Ciências de Santa Casa de Misericórdia de Vitoria, Vitoria, 2015. Cap. 1. Disponível em:

<http://www.emescam.br/arquivos/TCCs/Servi%C3%A7o%20Social/2015_2/02_Gabriela_Duarte_Oliveira_e_Magna_Oliveira.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2019.

OLIVEIRA, Gabriela Duarte de; LIMA, Magda de Oliveira Silva. **Os Desafios Do Assistente Social Do Setor De Geriatria Na Orientação De Idosos E Familiares Sobre Os Seus Direitos**: 2015. 71 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Escola Superior de Ciências de Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Vitória, 2015. Cap. 1

QUINTANA, Mario. **Envelhecer, envelhecer**, Mario uintana, Poema, poesia em 10 10America/Sao Paulo janeiro 10America/Sao Paulo 2018.

Disponível em: <https://www.pensador.com/frase/MTczMDU2Mg/>

PAIM, Jairnilson Silva et al. **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) a Dificil Construção de um Sistema Universal na Sociedade Brasileira**. *Cip-brasil*, Rio de Janeiro, 1991, p.121-133,

RAMOS, Lissandra Queiroga; **Aids no século XXI: novos desafios e estratégias de prevenção à doença pós coquetel**; XXI Encontro Regional de história da Anpuh-Rio, Saberes e práticas científicas. 2014 Disponível em:

http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400538221_ARQUIVO_Texto_completo_ANPUH2014_Lissandra_2_.pdf Acesso em: 13 de maio 2019.

RAUTIO, N., HEIKKINEN, E., HEIKKINEN, R. L. **The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women**. *Arch Gerontology Geriatric*, v. 33, 163-78, 2001.

RODRIGUÊS, Lizete de Souza; SOARES, Geraldo Antonio. **Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea**. *Rev. Agora*, Vitória, v. 4, p.1-29, 1 jan. 2006. Trimestral. Disponível em: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1901-3041-1-PB.pdf> Acesso em: 30 de maio 2019.

RUFINO, Marcia Regina Diniz; ARRAIS, Alessandra da Rocha; **Sexualidade e AIDS na velhice: novo desafio para a universidade da terceira idade**, *Revista temática kairós Gerantologia*, 14 (5), São Paulo (SP), DEZ. 2011, P. 221-241.

SANTOS, Alessandra Fátima de Mattos; ASSIS, Mônica de. **Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura: ---**. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, Rio de Janeiro, p.147-157, 1 jan. 2009. ---. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232011000100015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 maio 2019.

SANTOS, Cláudia Tavares dos; SEBASTIANI, Ricardo Werner. **Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica**. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

SILVA, José A. Souza; VAL, Luciane F. do; NICHIATA, Lucia Y. I.; **A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/Aids: Uma**

revisão da literatura; o mundo da saúde, São Paulo: 2010; 34 (1): 103-108.
Disponível em:
http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/14_revisao_estrategia.pdf

SILVA, Maria do Rosário de Fátima e. **Envelhecimento e Proteção Social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal**. *Serv. Soc.soc.:* ---, São Paulo, v. 126, p.215-234, 2016. Trimestral. --. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282016000200215&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 1 jun. 2016.

SILVA, Aline Oliveira; LORETO, Maria das Dôres Saraiva de; MAFRA, Simone Caldas Tavares. **HIV na terceira idade: repercussões nos domínios da vida e funcionamento familiar**: *Revista EM PAUTA*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 39, p.129-154, 1 jan. 2008. Semestral. Disponível em:
<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/30380>
Acesso em: 31 de Maio 2019

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. **O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia. Porto Alegre, 2008.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koogan, 8ª ed. 1998.

SOUZA, Herbert José de; **A cura da Aids**, Richard Parker, RJ, ed. Relume-Dumará, 1994.

UCS, Universidade de Caxias do Sul. Sistema de Bibliotecas **Guia para elaboração de trabalhos acadêmicos** [recurso eletrônico] / SIBUCS ; organização Michele Marques Baptista [et al.]. – 4. ed. – 2018.

UNAIDS BRASIL. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Organização Mundial de Saúde. Sobre AIDS**. 2017. Disponível em:
<<http://unaid.org.br/informacoes-basicas/>>. Acesso em: 03 abr. 2019

VALENTIN, João Hilário; **AIDS e relações de trabalho: o efetivo direito ao trabalho**. Rio de Janeiro: Impetus, 2003.

VERAS, Maria Luiza de Melo et al. **Processo de Envelhecimento: Um olhar do idoso**: *Revista Interdisciplinar*, São Paulo, p.113-122, 1 jan. 2015. Trimestral. Disponível em:
<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/551>
acesso em: 29 maio 2019.

VILIONE, Gabriela Cristina Carneiro; **Análise crítica sobre o envelhecimento na perspectiva da totalidade: O cotidiano pós-moderno**, *Serv. Soc. & Realidade*, Franca, v.25, n.2, 2016, p. 1-16.

VILLARINO, Mariana Vieira(Org); **Políticas Públicas de saúde face a epidemia da Aids e a assistência às pessoas com a doença.** *Revista brasileira enfermagem*, 66(2), mar.abr, 2013.Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200018
Acesso em: 08 Jun. De 2019.

ZIMERMAN, G. I, **Velhice: aspectos biopsicossociais**, Porto Alegre: Artmed, 2000, editora S.A.

ZORNITTA, Marlene. **Os novos idosos com aids: sexualidade e desigualdade á luz da bioética.** 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestre em Ciências na área da Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2008.