

Homens idosos e o HIV/Aids no campo da Saúde Coletiva: vulnerabilidades e desafios na quarta década da epidemia

Elderly men and the HIV in the field of Collective Health: vulnerabilities and challenges in the fourth decade of the epidemic

Renato Barboza¹

Resumo

O artigo analisa as vulnerabilidades às DST/Aids dos homens idosos, na perspectiva de gênero/geração, identificando lacunas e caminhos para o fortalecimento das ações programáticas de prevenção primária e secundária no Sistema Único de Saúde (SUS). Realizou-se um estudo descritivo e exploratório baseado em uma revisão não sistemática dos artigos publicados na base SciELO após 2005 e na consulta às políticas, portarias e documentos de gestão publicados pelo governo federal após 2006. Os resultados evidenciaram o papel indutor do tema HIV/Aids na produção científica nacional e internacional no campo da Saúde Pública/Coletiva; o aumento da incidência dos casos de Aids notificados no país na população com 50 anos ou mais, em especial nos homens; a importância do reconhecimento das vulnerabilidades dos idosos na infecção pelo HIV/Aids associadas a uma baixa percepção de risco, ao desconhecimento e uso limitado dos métodos de prevenção, ao diagnóstico e tratamento tardio dos soropositivos e a processos de estigmatização, ancorados no duplo preconceito, envelhecimento e soropositividade para o HIV. Concluiu-se que os gestores da saúde, em parceria com a sociedade civil e a Academia, devem emvidar esforços para desmistificar a invisibilidade e as vulnerabilidades da população idosa, aperfeiçoando as ações programáticas na perspectiva do envelhecimento ativo.

Palavras-chave: Saúde do homem, Vulnerabilidade em saúde, Envelhecimento

Abstract

This article analyzes the vulnerabilities to STD/HIV in elderly men, in the perspective of gender/generation, identifying lacks and ways to strengthen the programmatic actions for primary and secondary preventions of the Brazilian public health system (Sistema Único de Saúde - SUS). A descriptive and exploratory study was carried out, based on a not systematic review of the published articles of the SCIELO basis, after 2005, and on the consultation to the published policies, management documents and acts of the federal government after 2006. The findings showed the inductive role of the theme HIV in the domestic and international scientific production of the Public/Collective Health; the increase of the incidence of notified cases in the country of HIV in the population of 50 years or more, especially in men; the importance of the recognition of vulnerabilities of the elderly in the infection of HIV associated with the low perception of risk, with the unfamiliarity and limited use of preventive methods, with the late diagnosis and treatment of seropositives and with the processes of stigmatization, anchored on the double prejudice: aging and seropositivity to HIV. The conclusion of the study was that the health managers, in partnership with civil society and universities, should improve their efforts to demystify the invisibility and the vulnerabilities of the elderly population, improving the programmatic actions in the perspective of an active aging.

Keywords: Men's health, Vulnerability in health, Aging

¹ Renato Barboza (renato@isaude.sp.gov.br) é cientista social, mestre em Saúde Coletiva, pesquisador científico IV do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e pesquisador do Núcleo de Estudos para a Prevenção da Aids da Universidade de São Paulo (NEPAIDS/USP)



Introdução

No Brasil, desde a década de 1960, os estudos populacionais evidenciam um intenso processo de urbanização e transição demográfica. Dentre os fatores determinantes desse processo destacam-se: a queda da fecundidade, o aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil²⁵.

As pessoas com 60 anos ou mais representavam, no início do século XX, somente 3,3% da população; em 1970 chegaram a 5,1%; em 1990 atingiram 7,4%. No último censo demográfico, realizado em 2010, os idosos corresponderam a 10,8% dos brasileiros²¹. Projeções indicam que, em 2050, a população idosa brasileira acima de 60 anos representará um contingente populacional maior do que os menores de 15 anos de idade²⁵.

O envelhecimento é um fenômeno heterogêneo, condicionado e determinado por processos sociais, econômicos, culturais, regionais, étnicos e de gênero¹⁴. No caso brasileiro, do ponto de vista demográfico, observa-se no último censo uma tendência de feminização da velhice, sobretudo em contextos urbanos¹⁴. Esse fato está associado à menor mortalidade da população feminina comparada à masculina.

Em 2010, as mulheres corresponderam a 57,1% da

população idosa. Já nas áreas rurais, o maior contingente, 52,8%, foi constituído por homens idosos¹⁴. Esses diferenciais na distribuição da população nos territórios urbanos e rurais são fundamentais para a compreensão das vulnerabilidades nos planos individual, social e programático, associadas ao recorte de gênero e geração no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Esses contextos de vulnerabilidade³ são multideterminados e podem facilitar ou dificultar a percepção de risco dos idosos sobre os agravos à saúde; o acesso e o uso dos serviços; as necessidades e especificidades incorporadas ou não pelos gestores e pelos profissionais da saúde na oferta e na organização das linhas de cuidado geriátrico e gerontológico, desde a atenção primária até a alta complexidade.

Nessa perspectiva, o aumento da prevalência das doenças crônicas no país, como a hipertensão e o *diabetes mellitus*, entre outras, e mais recentemente a infecção pelo HIV/Aids¹¹, reforça a necessidade urgente da implementação de ações contínuas e contextualizadas para a promoção, a prevenção e a atenção à saúde dos idosos nos municípios.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, atualizou a Po-

¹ Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids)

¹¹ Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), também chamadas de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

lítica Nacional de Saúde do Idoso de 1999 e definiu um marco legal, assegurando direitos sociais – entre eles, o direito à saúde. Posteriormente, em 2003, foi editado o Estatuto do Idoso (Lei nº. 10.741), determinando que o SUS deve assegurar e priorizar a integralidade da atenção e o acesso dos idosos à rede de saúde e de assistência social nos municípios²².

Cabe registrar que, em 2006, a Saúde do Idoso foi contemplada como uma das seis prioridades elencadas no Pacto pela Saúde¹³, que inclui o Pacto pela Vida. Contudo, o Pacto não definiu metas para a gestão municipal ou estadual, atendo-se apenas à proposição de um conjunto de diretrizes e recomendações técnicas⁹.

No Ministério da Saúde, desde 2008, as áreas técnicas responsáveis pela Saúde do Idoso e das DST/Aids^{III} atuam em interface para implementar políticas baseadas no conceito do envelhecimento ativo e saudável e no reconhecimento da vivência da sexualidade do idoso, passo fundamental para a adoção de práticas e atitudes preventivas, elegendo como público prioritário as pessoas com 50 anos ou mais⁹.

No período mais recente, em 2009, a partir da publicação da Portaria Ministerial nº. 1.944, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no SUS, que visa reduzir o perfil de morbimortalidade da população masculina, circunscrito à cardiologia, à urologia, à saúde mental, à gastroenterologia e à pneumologia, bem como ampliar o acesso dos homens aos serviços de saúde, priorizando a atenção primária à saúde¹².

A população-alvo da PNAISH compreende os homens adultos na faixa de 25 a 59 anos¹². Os homens com 60 anos ou mais, considerados idosos pelo estatuto legal, não constituem um grupo prioritário para as estratégias e ações definidas nessa política. Eles são mencionados apenas como “sujeitos de direitos sexuais” ou como um grupo que gera demandas aos serviços de saúde por não ter adotado práticas de prevenção aos agravos ao longo da vida.

No que se refere às DST/Aids, a PNAISH enfatiza a atenção à saúde sexual e reprodutiva; a prevenção das DST, em especial a infecção pelo HIV, por meio da interface com a área técnica das DST/Aids; e a oferta do preservativo masculino como uma estratégia para ampliar a dupla proteção da gravidez não programada e das DST/Aids.

O presente artigo tem como objetivo analisar as vulnerabilidades às DST/Aids dos homens idosos, na perspectiva de gênero e geração, identificando lacunas e possibilidades para o fortalecimento das ações programáticas de prevenção e atenção implementadas no SUS.

Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório desenvolvido por meio de uma revisão da literatura não sistemática dos artigos publicados em periódicos disponibilizados na base SciELO^{IV} após 2005. O levantamento utilizou os descritores: gênero e saúde, saúde do homem, AIDS e HIV. A seleção final dos artigos foi intencional, priorizando-se aqueles que abordavam a saúde dos homens na perspectiva de gênero e geração. Também foram consultadas e discutidas as principais políticas, portarias e outros documentos de gestão publicados pelo governo federal após 2006 que versam sobre a interface entre a saúde da população idosa e as DST/Aids.

Resultados e discussão

Os resultados e a discussão estão organizados nas seções: a) Homens e Aids na produção científica na Saúde Coletiva; b) Perfil epidemiológico da Aids entre idosos no Brasil; c) Vulnerabilidades dos idosos ao HIV/Aids.

Homens e Aids na produção científica na Saúde Coletiva

No campo da Saúde Pública, a denominação “saúde do homem” é um fato recente. A referência bibliográfica mais antiga, segundo o descritor *men's health* na base Medline^V, é de 1984. Segundo Aquino², a totalidade da produção científica até 1994 versava sobre a infecção pelo HIV/Aids, sobretudo entre homens *gays*, fato que pode demonstrar a relevância da epidemia associada à visibilidade da população masculina no quadro sanitário internacional. O levantamento da autora² destaca ainda, no final da década de 1990, a publicação de artigos abordando a questão da disfunção erétil e dos tratamentos com drogas hormonais.

Corroborando esse cenário, Villela, Monteiro e Vargas³¹ demonstraram o protagonismo do tema HIV/Aids associado ao tema da saúde sexual e reprodutiva ao conduzirem um amplo levantamento bibliográfico, entre 1991 e 2008, dos artigos indexados na base SciELO,

^{IV} Scientific Electronic Library

^V Medical Literature Analysis and Retrieval System Online



baseado nos descritores gênero e saúde. Dentre 307 artigos, 30,3% referem-se ao tema, o que pode refletir uma indução das agências internacionais a partir do reconhecimento das desigualdades sociais de gênero entre homens e mulheres, como produtoras de vulnerabilidades relacionadas ao HIV/Aids. Discutem, ainda, a complexidade de gênero como categoria analítica da Saúde Coletiva e a sua operacionalização em estudos quantitativos que, ao investigarem os agravos à saúde, reduzem a abordagem dessa categoria ao sexo biológico. Também ressaltam a pouca produção acadêmica sobre os processos de envelhecimento, da juventude e da saúde mental, segundo as desigualdades de gênero.

Na mesma perspectiva, o estudo conduzido por Gomes e Nascimento²⁰ sobre o estado da arte da saúde do homem no país, entre 1998 e 2004, encontrou 36 artigos, classificados nos temas: “sexualidade masculina”, “masculinidade e reprodução” e “masculinidade e poder”. As DST/Aids são destacadas como uma “sexualidade infectante, heterossexualidade e sexualidade não-monogâmica” (p. 904). Em síntese, os autores²⁰ demonstram o quanto os “modelos hegemônicos de masculinidade” dificultam a adoção de práticas e estilos de vida protetores entre os homens; e as “ideologias hegemônicas de gênero” aumentam a vulnerabilidade das mulheres e do próprio homem. Apontam²⁰ ainda a necessidade de novos estudos para aprofundar a compreensão da homo e da heterossexualidade no campo da sexualidade masculina.

A inserção dos homens nas pesquisas nacionais também está relacionada a algumas problemáticas que envolvem uma abordagem relacional de gênero, elencadas por Schraiber, Gomes e Couto²⁸, como a violência, a anticoncepção, as DST e o HIV/Aids, ancoradas nas masculinidades como eixo estruturador para maior compreensão das necessidades de saúde dos homens.

Em síntese, os estudos evidenciam o quanto a produção científica sobre os homens no campo da Saúde Coletiva foi fortemente marcada pela emergência da epidemia do HIV/Aids e, posteriormente, fomentada pelos efeitos da discussão do tratamento das disfunções sexuais e da prevenção do câncer de próstata. Esse fato reforça a tese de um processo de medicalização dos corpos masculinos¹⁵, influenciando inclusive a definição da atual PNAISH.

Perfil epidemiológico da Aids entre idosos no Brasil

O Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde notificou, no período de 1980 até junho de 2011, um total de 608.230 casos de Aids^{VI}. Em 2010, a taxa de incidência no país foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes, apresentando uma razão de sexo de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres. Estima-se que 630.000 pessoas sejam portadoras do HIV no Brasil¹⁰.

Entre os homens adultos, com 13 anos ou mais, de 1980 a junho de 2011 a principal categoria de exposição foi a sexual, alcançando 64,1% das notificações. A maior prevalência foi verificada entre heterossexuais (31,9%), seguido dos homossexuais (20,7%) e bissexuais (11,5%); e na categoria de exposição sanguínea, o uso de drogas injetáveis, com 16,8%¹⁰. Cabe destacar que, entre as mulheres adultas, a categoria heterossexual representou 87,6% dos casos informados, evidenciando uma tendência de feminização e de heterossexualização da epidemia desde a década de 1990¹⁰. Os dados também indicam uma tendência da heterossexualização entre os homens. Contudo, a categoria de homens que fazem sexo com homens (HSH), que agrega os homens homossexuais e os bissexuais, correspondeu a 32,2% das notificações no período¹⁰, apontando para a relevância desse grupo populacional, pouco priorizado pelos gestores nas ações programáticas de prevenção.

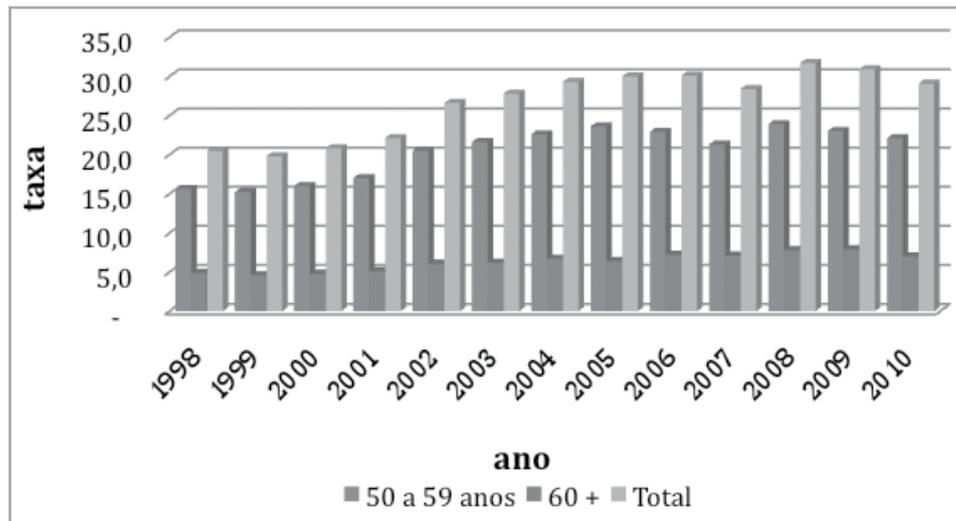
Como podemos observar no Gráfico 1, na população brasileira mais velha, com 50 anos ou mais, a análise da série histórica dos casos de Aids até 2010 indica uma taxa de incidência por 100 mil habitantes crescente. No país, desde os anos 2000, essa taxa se mantém acima do patamar de 20,0 casos por 100 mil habitantes tendo alcançado 30,0 no biênio 2005-2006, fechando a década com 29,1 dos casos notificados. Nos idosos na faixa entre 50 e 59 anos, desde 2002 a taxa de incidência se manteve acima de 20,0 casos por 100 mil habitantes e entre aqueles com 60 anos ou mais, houve um aumento dos casos novos desde 1998 (4,9) até 2009 (7,9).

Entre os homens idosos, o pico da taxa de incidência foi registrado em 2008, atingindo 41,2 casos de Aids por 100 mil habitantes. Pode-se observar no Gráfico 2 que essa taxa apresentou uma tendência crescente

^{VI} Para o cálculo dos casos de Aids, o Ministério da Saúde considera o total de casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Saúde (Sinan) - 524.547 acumulados no período -, relacionando também as

informações disponíveis nos bancos de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), registradas no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom)

Gráfico 1 - Taxa de incidência por 100.000 habitantes de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo faixas etárias selecionadas por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2010



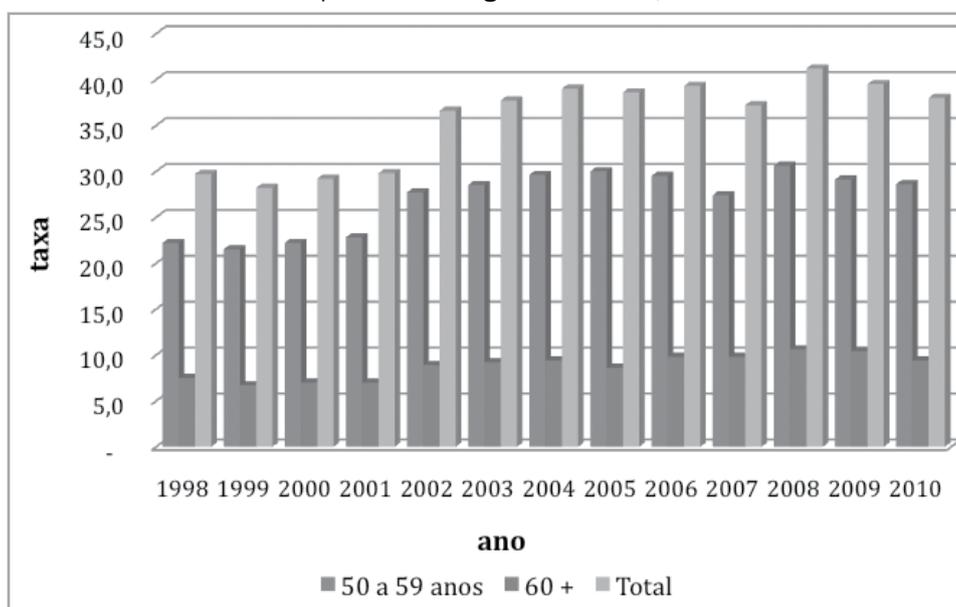
Fontes: Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico AIDS, 2011

desde 1998 (29,7), chegando a 37,7 em 2003 e encerrando a década com 38,0 em 2010. Contudo, deve-se observar para o período mais recente da série histórica um possível atraso das notificações. Esse pico foi maior no grupo etário entre 50 e 59 anos, alcançando 30,6 dos casos reportados, contra 10,6 entre aqueles com 60 anos ou mais.

No cenário epidemiológico brasileiro, ainda são pou-

cos os estudos que investigaram a dinâmica do HIV/Aids na população idosa. Dentre esses, destaca-se a pesquisa realizada por Matsushita e Santana²³, que verificaram um incremento na incidência dos casos de Aids entre 1981 e 1994, observando que o contingente na faixa etária entre 50 e 59 anos foi maior do que o dos adultos na faixa de 30 a 39 anos. Os autores²³ enfatizam, ainda, que a partir de 1995 houve um aumento

Gráfico 2 - Taxa de incidência por 100.000 habitantes de casos de Aids notificados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, segundo sexo masculino e faixas etárias selecionadas por ano de diagnóstico. Brasil, 1998-2010



Fontes: Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico AIDS, 2011

na incidência dos idosos entre 60 e 69 anos, conferindo no período o quarto lugar no ranking nacional.

Corroborando essa tendência, Sousa³⁰ também concluiu que houve um aumento dos casos de Aids nas pessoas com 50 anos ou mais em todas as macrorregiões brasileiras, entre 1990 e 2003, em especial nas regiões mais desenvolvidas – Sudeste e Sul, respectivamente com 10,5 e 8,3 casos por 100 mil habitantes. A pesquisa também demonstrou essa tendência, mesmo que em menor velocidade, após a introdução no Brasil, em 1998, dos medicamentos para o tratamento da disfunção erétil³⁰.

Em síntese, a análise do perfil epidemiológico do HIV/Aids na população idosa, sobretudo entre os homens, evidencia a relevância desse grupo no cenário nacional, bem como a necessidade de envidar esforços do poder público na implementação e avaliação de políticas e ações de prevenção primária e secundária, dada a tendência de incremento da longevidade da população. Os gestores e as equipes de saúde devem prestar atenção às vulnerabilidades dos idosos brasileiros, especialmente no que se refere à exposição e à infecção pelo HIV e as outras DST, como a sífilis e as hepatites B e C, via relações sexuais desprotegidas.

Vulnerabilidades dos idosos ao HIV/Aids

Assim como os estudos epidemiológicos, aqueles que abordam a sexualidade dos idosos ainda são raros em nossa realidade. Em uma pesquisa⁶ realizada em Porto Alegre com 938 idosos, entre 60 e 95 anos, para 16,6% dos homens e 7,0% das mulheres, o sexo foi avaliado como “muito importante”, somando-se 57,8% as respostas “muito importante” e “importante”. Entre os idosos que atribuíram maior importância para o sexo em suas vidas, constatou-se melhor autopercepção da saúde⁶.

Um inquérito nacional¹¹, em 2008, também verificou que 66,3% da população entre 50 e 64 anos foi sexualmente ativa no último ano. Desses informantes, 21,5% declararam relações sexuais com mais de dez parceiros na vida; 4,2% com mais de cinco parceiros ocasionais no último ano; e 5,6%, relações homossexuais¹¹. Quanto às práticas de prevenção, o uso do preservativo na última relação sexual com parceiro casual foi de 37,9% e com qualquer parceiro, incluindo o fixo, foi de 20,5%¹¹. Esses dados corroboram os achados do estudo de Porto Alegre e evidenciam que os idosos brasileiros são sexualmente

ativos; contudo, demonstram como é limitada a adoção das práticas de prevenção nesse segmento.

A vulnerabilidade dos homens idosos às DST/Aids está associada ao desconhecimento dos métodos de prevenção e à resistência ao uso do preservativo masculino e sua negociação com as parcerias sexuais, mesmo entre casais sorodiscordantes. No entanto, observam-se mudanças positivas no comportamento sexual e na percepção de risco dos idosos soropositivos aderentes aos serviços de saúde^{8,16}.

No país, a população adulta testada para o HIV aumentou de 20% em 1998 para 32,9% em 2005, mas a proporção de pessoas testadas, em ambos os sexos, diminuiu com o aumento da faixa etária⁷. Nesse período, a prevalência de homens testados na faixa de 56 a 65 anos passou de 3,4% para 21,8%, e nas mulheres, na mesma faixa etária, de 1,0% para 12,2%⁷. Outro estudo em São Paulo revelou que a sorologia foi mais solicitada pelos médicos (73,3%) do que por iniciativa do idoso (26,7%) e sem o aconselhamento prévio (85,1%)¹⁶ preconizado pelo Ministério da Saúde.

Apesar da iniciativa favorável dos profissionais médicos aqui apontada, a baixa prevalência do teste anti-HIV na população idosa evidencia uma vulnerabilidade programática importante que se traduz em barreiras no acesso ao diagnóstico precoce, em razão da pouca qualificação das equipes de saúde para lidar com as especificidades desse grupo. A investigação das situações de risco, em especial as práticas sexuais desprotegidas, não tem sido objeto das ações de acolhimento e aconselhamento nos serviços, sobretudo na atenção primária, lócus de maior frequência dessa população no SUS. O não reconhecimento dos idosos como sujeitos de direitos sexuais também aumenta a sua vulnerabilidade às DST/Aids, reduzindo as chances de oferta de sorologias com o aconselhamento adequado para o HIV, a sífilis e as hepatites virais, e conseqüentemente o encaminhamento precoce e oportuno para o tratamento em serviços especializados. Um estudo¹⁶ aferiu que o tempo do diagnóstico do HIV nos idosos é muito alto e variou entre 18 meses e 17 anos, com média de oito anos.

Assim, qualificar o acesso às ações de prevenção secundária é essencial para o aumento da sobrevivência dos idosos soropositivos. Atualmente, um dos grandes desafios na quarta década de enfrentamento da epidemia refere-se à adesão ao tratamento antirretroviral; no

entanto, ainda são poucos os estudos nacionais que investigam essa problemática entre os mais velhos.

Barbosa⁴ conduziu uma pesquisa de corte transversal com 118 pacientes soropositivos, 73 homens e 45 mulheres, na faixa de 60 anos ou mais em 15 serviços municipais para DST/Aids em São Paulo, obtendo uma taxa de adesão ao tratamento de 80,5%. No perfil etário analisado, a maioria dos homens, 82,2%, tinha entre 60 e 69 anos; 41,1% até três anos de escolaridade; e a categoria de exposição predominante foi a heterossexual (58,9%), seguida da bissexual (21,9%) e da homossexual (4,1%). A pesquisa demonstrou que o maior risco de não adesão ocorreu entre os homens com 70 anos ou mais, os menos escolarizados, os não aposentados e aqueles que tomavam seis ou mais comprimidos/dia. A associação entre adesão ao tratamento e a escolaridade foi proporcional ao aumento do número de anos de estudo. Vale frisar que este estudo não encontrou diferença estatisticamente significativa na adesão ao tratamento, segundo o gênero, entre outras variáveis.

Desde os anos 1980, o estigma associado ao HIV/Aids é um importante fator de vulnerabilidade social, devendo ser enfrentado ativamente pela sociedade civil e pelo poder público, por meio de políticas intersetoriais e de ações inclusivas e de combate à discriminação em todos os setores, sobretudo na saúde, na educação, no trabalho, na segurança pública, entre outros⁵. Na contemporaneidade, os idosos também são estigmatizados em nossa sociedade e tratados como seres “descartáveis”²⁴. Essa posição contribui negativamente para alimantar mitos e preconceitos, como a perda dos espaços e dos papéis sociais e econômicos conquistados e desempenhados pelos idosos na sua trajetória de vida. Em que pese, nos últimos anos, o pequeno avanço das políticas públicas, ancoradas em concepções mais plurais e inclusivas, cabe ainda, na atualidade, posicionar e reconhecer o envelhecimento como algo positivo para o desenvolvimento social, um desafio premente no campo da gestão pública²⁴.

Nessa ótica, o duplo preconceito que amalgama o envelhecimento e a soropositividade para o HIV deve ser considerado pelas equipes de saúde na definição e no desenvolvimento das ações programáticas e dos cuidados ofertados aos idosos, pois são dois fatores que aumentam as vulnerabilidades e podem se constituir em barreiras na procura e na adesão aos serviços de saúde. O “velho” e o “aidético” são rótulos que corporifi-

cam esses processos de estigmatização produzidos socialmente e relacionados à geração/idade e à infecção pelo HIV em nossa sociedade. Nesse sentido, Crochík¹⁷ adverte que

não vemos a pessoa que é objeto do preconceito a partir dos diversos predicados que possui, mas reduzimos esses diversos predicados ao nome que não permite a nomeação: judeu, negro, louco etc. Uma pessoa que é portadora do vírus da Aids, no entanto, não é somente portadora do vírus, mas é, também, homem ou mulher, adulto ou criança, branca ou negra, pobre ou rica (...) o que se quer dar ênfase é que, independentemente das inúmeras características que a pessoa vítima do preconceito possuía, a que passa a caracterizá-la é o termo que designa o preconceito (Crochík, 2006, p. 20, grifo nosso).

Outra questão a ser enfrentada nos contextos de vulnerabilidade do HIV/Aids nos idosos refere-se à desmistificação dos padrões heteronormativos da sexualidade, abordagem ainda pouco valorizada pelas equipes nas ações de educação em saúde. Não obstante a tendência da heterossexualização da Aids no Brasil, a categoria de HSH abordada anteriormente também é relevante no segmento dos idosos, devendo ser observada no planejamento das ações de prevenção primária e secundária. O estudo etnográfico realizado por Simões²⁹ com homens gays entre 59 e 79 anos em São Paulo evidenciou essa questão, destacando que há uma grande preocupação desses homens direcionada aos cuidados com o corpo e com a própria saúde, relacionada não só às tecnologias cosméticas vigentes, mas também à associação entre homossexualidade e doença vocalizada pelo advento da Aids na contemporaneidade.

Considerações finais

No âmbito do SUS, a oferta de ações programáticas que incorporem as necessidades de saúde dos idosos demandará do poder público um aporte crescente de recursos financeiros e humanos para programar as linhas de cuidado geriátrico e gerontológico. Recomenda-se que as especificidades das DST/HIV/Aids discutidas neste artigo sejam incorporadas no desenho, na implementação e na avaliação das políticas, ações e tecnologias de saúde desenvolvidas nesse contexto.

Não obstante os avanços científicos e tecnológicos alcançados nas últimas décadas no controle e tratamento do HIV/Aids no Brasil, diversos grupos populacionais ainda apresentam uma alta vulnerabilidade e

estão suscetíveis à infecção pelo HIV e o adoecimento pela Aids, como é o caso dos idosos. No cenário internacional, alguns autores chamam a atenção para um processo de “fadiga da prevenção”²⁷, orientada por ações, discursos e estratégias ancorados na oferta e no uso sistemático de preservativos, às vezes defendendo posições conservadoras e descontextualizadas, observadas em alguns atores que veiculam a abstinência sexual como uma prática de “sexo seguro”¹⁸.

No contexto nacional, estudos sobre o monitoramento das políticas públicas e das metas para a prevenção do HIV/Aids assumidas pelo Brasil na Organização das Nações Unidas também ressaltam esse esgotamento e a necessidade premente de novas estratégias e de referenciais teóricos no campo da educação preventiva na ótica dos direitos humanos²⁶.

É mister que os gestores e as equipes de saúde desmistifiquem a invisibilidade e as vulnerabilidades nos planos individual, programático e social da população idosa às DST/Aids, aperfeiçoando ações, agendas e processos de trabalho em interface com a Academia, com os conselhos afins e com as organizações da sociedade civil que atuam na perspectiva da defesa e da promoção do envelhecimento ativo no campo da Saúde Coletiva⁵.

Cabe ainda ressaltar que a baixa densidade tecnológica das ações programáticas de prevenção às DST/Aids em vigência no SUS¹⁹, sobretudo na atenção primária à saúde, dificulta o avanço das ações e das práticas dos profissionais, norteados equivocadamente pelo senso comum e por juízos de valores sobre a sexualidade dos idosos.

Por fim, no que tange à implementação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem, cabe ressaltar a relevância dos processos de monitoramento e avaliação dessa estratégia, nem sempre realizada a contento pelos gestores, com vistas ao aprimoramento das ações programáticas no SUS e à redução dos contextos de vulnerabilidade da população masculina, inclusive dos idosos, pouco contemplados nessa política.

Referências bibliográficas

1. Alencar TMD, Nemes MIB, Velloso MA. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(6):1841-1849.
2. Aquino EML. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005; 10(1):19-22.
3. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 375-417.
4. Barbosa ASM. Adesão ao tratamento anti-retroviral entre

- idosos vivendo com Aids na Grande São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.
5. Barboza R. Aids, envelhecimento e vulnerabilidades: uma nova agenda no campo da Saúde Coletiva. In: Belkis T, Rosa TEC, organizadores. Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. p. 297-320.
 6. Bastos CB, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, Carli GA, et al. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Rev Bra Geriatr Gerontol.* 2012; 15(1):87-95.
 7. Berquó E, Koyama MAH. Notas preliminares sobre o teste do HIV e seus diferenciais por sexo, idade, escolaridade, raça e região: análise comparativa entre 1998 e 2005. São Paulo: CEBRAP; 2005.
 8. Bertoncini B, Moraes K, Kulkamp I. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2007; 19(2):75-79.
 9. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília(DF); 2010. (Pactos pela saúde, 12).
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Bol Epidemiol Aids DST.* 2012;8(1).
 11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos. Brasília (DF); 2011.
 12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes) [monografia na internet]. Brasília(DF); 2008 [acesso em 10 de maio de 2012]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
 13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006, consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. [acesso em 18 de abril de 2012]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
 14. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: continuação de uma tendência. *Coletiva.* 2011; 5(3).
 15. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis.* 2009; 19(3):659-78.
 16. Castro MP. O viver com HIV/aids na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado na cidade de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP; 2007.
 17. Crochík JL. Preconceito, indivíduo e cultura. 3.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
 18. Dourado I, Bastos FI. HIV/AIDS como modelo de doença emergente. In: Almeida Filho N, Barreto ML. *Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.452-457.
 19. Ferraz DAS, Nemes MIB. Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(2 Supl): 240-250.
 20. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22:901-911.
 21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2011.
 22. Keinert TMM, Rosa TEC. Direitos humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional. *Bol Instituto de Saúde.* 2009; 47(1):4-8.
 23. Matsushita RY, Santana RS. Uma análise da incidência dos casos de aids por faixa etária. *Bol Epidemiol Aids.* 2001(2):1-6.
 24. Minayo MCS, Coimbra Júnior CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
 25. Rede Interagencial de Informações para Saúde. *Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências.* Brasília(DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2009. (Série G. Estatística e informação em saúde. Série informe de situação e tendências)
 26. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(1Supl): 109-119.
 27. Rowniak S. Safe sex fatigue, treatment optimism, and serosorting: new challenges to HIV prevention among men who have sex with men. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2009; 20(1):31-8.
 28. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10(1):7-17.
 29. Simões JA. Corpo e sexualidade nas experiências de envelhecimento de homens gays em São Paulo. In: Belkis T, Rosa TEC, organizadores. Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa. São Paulo: Instituto de Saúde; 2011. p.119-138.
 30. Sousa JL, Silva MDP, Montarroyos UR. Tendência de Aids no grupo etário de 50 anos e mais no período anterior e posterior à introdução de medicamentos para disfunção erétil: Brasil, 1990 a 2003. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007; 10(2):203-216.
 31. Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2009; 14(4):997-1006.