

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

ANA KAROLINE BANDEIRA PEREIRA

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS ACERCA DAS SUAS
VULNERABILIDADES PARA O HIV/AIDS**

Barreiras-BA

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS ACERCA DAS SUAS
VULNERABILIDADES PARA O HIV/AIDS**

ANA KAROLINE BANDEIRA PEREIRA

Professor orientador: ARLINDO GOMES MACÊDO JUNIOR

Monografia de conclusão de curso apresentada ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Oeste da Bahia, como requisito parcial à conclusão do componente TCC II.

Barreiras-BA

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

P436 Pereira, Ana Karoline Bandeira.

Análise da percepção dos idosos acerca das suas vulnerabilidades para o HIV/AIDS. / Ana Karoline Bandeira Pereira. – 2022.

82f.

Orientador: Prof. Dr. Arlindo Gomes de Macêdo Junior.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) –. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2022.

1. Síndrome da imunodeficiência adquirida – (AIDS). 2. Idoso. 3. Vulnerabilidade. I. Macêdo Junior, Arlindo Gomes de. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 614.5993

Biblioteca Universitária de Barreiras - UFOB



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**



ATA DE DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos 13 dias do mês de dezembro de 2022, às 19h30 horas, em sessão pública no auditório da biblioteca da Universidade Federal do Oeste da Bahia, na presença da Banca Examinadora presidida pelo(a) Professor Arlindo Gomes de Macêdo Junior e composta pelos examinadores: Bruno Klecius Andrade Teles e Juliane Kely Fagundes Silva, a estudante Ana Karoline Bandeira Pereira apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: Análise da percepção dos idosos acerca das suas vulnerabilidades para o HIV/aids, como requisito curricular indispensável para a integralização do Curso de Bacharelado em Medicina. Após reunião em sessão reservada, a Banca Examinadora deliberou e decidiu pela aprovação do referido trabalho, divulgando o resultado formalmente ao aluno e demais presentes e eu, na qualidade de Presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais examinadores.

Documento assinado digitalmente
gov.br Arlindo Gomes de Macedo Junior
Data: 16/12/2022 17:06:49-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Arlindo Gomes de Macêdo Junior

Prof. Me. Bruno Klecius de Andrade

Documento assinado digitalmente
gov.br JULIANE KELY FAGUNDES SILVA
Data: 15/12/2022 09:36:26-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof^ª. Ma. Juliane Kely Fagundes Silva

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a minha avó, Maria da Conceição, por ser exemplo de força, resiliência e amor. A senhora me inspira e me dá forças todos os dias, além de ter o melhor abraço do mundo.

Agradeço a minha Mãe, Neide, por ser a rocha da minha vida durante toda essa jornada, obrigada por me apoiar, acreditar e lutar por mim quando nem eu mesma consigo. As minhas irmãs, Tamyres e Marina, vocês são a minha saudade diária, crescer com vocês foi o maior privilégio da minha vida. Vocês três me inspiram e me ajudam a me tornar a pessoa que eu sou hoje, sou muito grata por isso e amo vocês mais que tudo.

Aos meus queridos amigos Eros, Carla, Victor, Vitória e Roberta, o meu muito obrigado por aliviarem os momentos difíceis da caminhada até aqui, por serem a risada que faltava no meu dia, por acreditarem e torcerem por mim independente de tudo. Vocês são luz na minha vida.

Aos meus amigos e colegas da faculdade, agradeço por compartilharem momentos únicos da jornada até aqui, pelos dias e noites de estudo, pelas dificuldades ultrapassadas, pelos momentos de descanso e diversão. Obrigada pelos abraços, pelas risadas e por todo o carinho que eu sinto por vocês.

À Tânia, por estar do meu lado durante a escrita deste trabalho, por ser minha melhor companhia, por estar ao meu lado e por acreditar em mim. Tudo fica mais bonito quando você está por perto.

Agradeço ao meu orientador Arlindo Gomes, pela orientação, paciência e por acreditar nessa pesquisa. Obrigada por me ajudar a expandir o meu conhecimento sobre o ser humano e sobre a medicina. Sem o senhor, esse trabalho não seria possível.

Por fim, agradeço imensamente aos idosos participantes das entrevistas que contribuíram diretamente para a construção deste trabalho, aprendi muito com vocês e agradeço todo o carinho que recebi. Que esse estudo possa refletir em um retorno positivo em suas vidas. Agradeço também a Inês, educadora do CRAS II de Barreiras, por ter me auxiliado e sempre contribuído para a realização das entrevistas, me recebendo de braços abertos.

RESUMO

Com o envelhecimento saudável da população ao longo das décadas, as relações sexuais na terceira idade passaram a ser mais frequentes. Nesse mesmo período, pôde ser observado um aumento de casos de HIV/AIDS em idosos no Brasil. O objetivo central deste trabalho foi investigar a percepção dos idosos acerca das suas vulnerabilidades à infecção pelo HIV/AIDS. Para tanto, propõe-se um estudo transversal, exploratório, de natureza qualitativa-quantitativa que foi realizado por meio de entrevistas semiestruturadas e questionário objetivo aplicado a indivíduos de sessenta anos ou mais, residentes do município de Barreiras-BA, no período de março a julho de 2022. Foram entrevistados 34 idosos, sendo 64,70% do sexo feminino (n= 22; média de 68 anos) e 35,29% do sexo masculino (n=12; média de 70 anos). Dos participantes, 82,4% conhecem pelo menos um dos tipos de camisinhas e todos os entrevistados nomearam pelo menos um lugar em que se pode obtê-las. Sobre o uso do preservativo para maiores de 60 anos, 70,5% afirmaram ser importante nessa idade, 23,5% afirmaram que o uso deve ser apenas para relações extraconjugais e 3% acredita não ser necessário. Quanto a frequência de uso pelos participantes, 90% dos sexualmente ativos (12 casados, 6 namorando) responderam não usar camisinha durante o sexo e 10% relataram a utilização apenas em relações extraconjugais. Quando questionados se sentiam-se vulneráveis à infecção pelo HIV, 50% dos idosos responderam que não, 23,5% apenas por perfurocortantes contaminados e 26,5% afirmaram que sim por outros motivos. Apesar de notarmos alguns relatos positivos nas falas dos participantes sobre o HIV e principalmente sobre a camisinha, ainda são necessários esforços para melhorar o conhecimento de idosos sobre o HIV/AIDS, com foco nas formas de prevenção. Já a exploração da própria vulnerabilidade, requer uma abordagem mais ampla que o de conhecimento de risco e deve ser incluído em programas individuais e sociais para desmistificação de narrativas de senso comum e tabus, uma vez que o idoso tem dificuldades de se identificar como vulnerável mesmo desempenhando comportamento de risco. Para isso, tornam-se necessárias políticas públicas aplicadas em locais de vivências sociais e campanhas midiáticas com uso de linguagem e conteúdos apropriados para a faixa etária.

Palavras chaves: Idoso; Infecção; Síndrome da Imunodeficiência adquirida; Vulnerabilidade; HIV.

ABSTRACT

With the healthy aging of the population over the decades, sexual intercourse in old age has become more frequent. In the same period, there was an increase in cases of HIV/AIDS among elderly people in Brazil. The main objective of this work was to investigate the perception of the elderly about their vulnerabilities to HIV/AIDS infection. For this purpose, a cross-sectional, exploratory, qualitative-quantitative study is proposed, which was carried out through semi-structured interviews and an objective questionnaire applied to individuals aged sixty or more, residents of the municipality of Barreiras-BA, from March to July 2022. Thirty-four seniors were interviewed, 64.70% female (n=22; mean age 68 years) and 35.29% male (n=12; mean age 70 years). Of the participants, 82.4% know at least one of the types of condoms and all respondents mentioned at least one place where they can be obtained. Regarding the use of condoms for those over 60 years of age, 70.5% stated that it is important at this age, 23.5% stated that use should only be for extramarital intercourse and 3% believe that it is not necessary. As for the frequency of use of the participants, 90% of the sexually active (12 married, 6 dating) answered that they do not use condoms in sexual relations and 10% reported using them only in extramarital relations. When asked if they felt vulnerable to HIV infection, 50% of the elderly answered no, 23.5% only because of contaminated sharps and 26.5% said yes for other reasons. Although we noticed some positive reports in the participants' statements about HIV and especially about condoms, efforts are still needed to improve the knowledge of the elderly about HIV/AIDS, focusing on forms of prevention. Exploring one's own vulnerability, however, requires a broader approach than risk knowledge and should be included in individual and social programs to demystify common sense narratives and taboos, since the elderly have difficulty identifying themselves as vulnerable even performing risky behaviors. For this, it is necessary to apply public policies applied in places of social experiences and media campaigns using language and content appropriate to the age group.

Keywords: Aged; Infection; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Vulnerability; HIV.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUÇÃO	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO	9
4. OBJETIVO	16
4.1 Objetivo geral	16
4.2 Objetivos específicos	16
5. METODOLOGIA	16
5.1 Desenho do estudo	17
5.2 Tipo do estudo	17
5.3 Local e população da pesquisa	18
5.4 Amostra	19
5.5 Instrumento da coleta de dados	19
5.5 Descrição da coleta de dados	20
5.6 Descrição da análise de dados	20
5.7 Análise quantitativa	20
5.8 Análise qualitativa	21
5.8 Limitações da pesquisa	22
5.9. Ética em pesquisa com seres humanos (Resolução 466/12)	22
8. RESULTADOS	22
8.1 Caracterização da população	22
8.2 Conhecimento sobre preservativo e meios de obtenção	24
8.3 Atividade sexual e uso do preservativo	27

8.4 Poder de escolha ou negociação do uso do preservativo na relação sexual	33
8.5 Conhecimento sobre o HIV/AIDS	36
8.6 Percepção de vulnerabilidade à infecção pelo HIV	39
8.7 Experiências no SUS: atendimentos, prevenção e testagem diagnóstica.	42
8.10 Conhecimento sobre as formas de transmissão, prevenção, tratamento e vulnerabilidades do HIV/Aids	47
9. DISCUSSÃO	50
10. CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	65
ANEXOS	72
ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido	72
ANEXO B - Entrevista semiestruturada	74

1. INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população reflete o avanço no tratamento de doenças crônicas e doenças infecto-contagiosas, melhorias de condições de trabalho e na assistência materna e neonatal, fazendo crescer o número de idosos em todo o mundo (OLIVEIRA, 2019). Esta população, em que se contabilizava alto percentil de óbitos por doenças infecciosas, vem sofrendo uma mudança de perfil onde as doenças crônicas não contagiosas (DCNC) assumem papel nas mortes nas últimas décadas (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Entretanto, o número de diagnósticos de HIV e a mortalidade relacionadas ao quadro da Aids em maiores de sessenta anos se destacam em face dos relatórios dos últimos anos, criando um cenário desafiador.

Dados do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2021 (BRASIL, 2021) revelam que de 2007 a 2021 o Brasil registrou uma média de 381.692 mil casos de aids, destes, 12.268 em maiores de sessenta anos, 7.474 no sexo masculino e 4794 no sexo feminino. Só nos últimos cinco anos foram 6.612 novos casos de HIV nos sexagenários (BRASIL, 2021). No geral, os coeficientes de mortalidade apresentaram queda nos últimos dez anos em todas as faixas etárias, com exceção da faixa de 60 anos ou mais, que mostrou aumento de 27,7%, passando de 4,2 em 2010 para 5,4 óbitos/100 mil habitantes em 2020 (BRASIL, 2021). As principais justificativas discutidas para o surgimento de casos em idosos são: o redescobrimto sexual do idoso frente aos novos medicamentos que proporcionam uma vida sexual ativa, o fato do próprio indivíduo não se reconhecer como vulnerável ao vírus, o que leva a uma redução no uso de medidas preventivas e ainda a falta de preparo de profissionais da saúde que não consideram o idoso um ser sexual, bem como não reconhecem as suas vulnerabilidades à infecção pelo vírus, resultando em falta de ação preventiva e diagnósticos tardios (BEZERRA et al., 2015; BITTENCOURT et al., 2015; ALENCAR; CIOSAK, 2016; ALMEIDA; PINHEIRO, 2017).

Em face disso, é fundamental que se investigue a compreensão do idoso sobre o tema, e que se mapeie as lacunas de vulnerabilidades que podem levar a uma

infecção pelo HIV na população idosa. Isso consiste em compreender e explorar os aspectos da sexualidade do idoso, as vulnerabilidades ao qual está exposto e os comportamentos de risco desempenhados pelos mesmos, refletindo futuramente na possibilidade de uma assistência mais efetiva à saúde sexual e prevenção do HIV no idoso.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Sabe-se que a classificação da idade a partir da qual se considera o indivíduo como idoso sofre variações e adequações conforme a Nação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define idoso como o indivíduo com idade igual ou superior a sessenta anos (OMS, 2002). Na prerrogativa brasileira, a Política Nacional do Idoso (instituída pela lei federal 8.842), de 1994, e o Estatuto do Idoso (lei 10.741), de 2003 baseiam-se nesse parâmetro e adotam a idade igual ou superior a sessenta anos, enquanto a maioria dos países desenvolvidos adotam a idade superior a 65 anos (BRASIL, 2013).

O fenômeno do envelhecimento no Brasil e no mundo é um processo que engloba aspectos socioeconômicos, demográficos e regionais; no Brasil se destaca a diminuição da taxa de natalidade, a redução da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Outros fatores associados à transição demográfica são: o ingresso feminino no mercado de trabalho, ampliação do acesso aos métodos contraceptivos, movimentos migratórios e a urbanização (OLIVEIRA, 2019). Desde a década de 1940 é na população idosa que se observam as taxas mais altas de crescimento populacional, estima-se que em 2025, 15% da população brasileira será idosa, sendo o sexto maior país em número de idosos no mundo (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Atualmente, o Brasil possui uma população de aproximadamente 215 milhões de pessoas, a população do estado da Bahia é estimada em 14 985 284 (IBGE, 2021). Segundo o último Censo demográfico do Brasil (IBGE, 2010), o número de pessoas com 60 anos ou mais representava 20,6 milhões de habitantes no país. Dados de projeção populacional apresentados no DATASUS, mostram que, em 2022, o Brasil pode exibir uma população de idosos dividida em 18 175 356 de

mulheres e 14 318 409 de homens (IBGE e DATASUS, 2018). Em 2019, esse grupo continha 2,262 milhões de representantes na Bahia, configurando 15,3% do total de cidadãos no estado (AVENA, 2020). As projeções atuais apontam para 15 718 indivíduos com 60 anos ou mais no município de Barreiras (BRASIL, 2018).

O envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social (WALDMAN; SATO, 2016). A transição demográfica e epidemiológica pela qual passou o Brasil se tornou um problema na medida em que ela ocorreu em poucas décadas, diferente do contexto de países europeus, nas quais o envelhecimento da população ocorreu através dos séculos (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015). Com o aumento da expectativa de vida houve significativas mudanças no perfil epidemiológico brasileiro, onde as doenças típicas do envelhecimento passaram a ser responsáveis pelo maior número de mortes em detrimento das doenças infecciosas (OLIVEIRA, 2019). As chamadas Doenças Crônicas Não Contagiosas (DCNC) são o maior problema de saúde pública em todos os países e em indivíduos de ambos os sexos, afetando potencialmente a população idosa (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; PIUVEZAM et al., 2015).

As doenças infecciosas e parasitárias que outrora eram responsáveis pela maior parte das mortes da população idosa, cederam espaço para as crônicas devido a diversos fatores, como o aumento da cobertura de saneamento básico, políticas públicas, aumento da obtenção de informações e da qualidade de vida do brasileiro (PIUVEZAM et al., 2015). Sendo assim, o perfil de mortalidade da população com mais de sessenta anos passou a estar relacionado cada vez mais a soma de comorbidades que afetam o sistema circulatório e neoplasias. Contudo, nem todas as doenças infecciosas seguem esse padrão de queda, o HIV por exemplo, cresceu na população idosa nas últimas décadas, fazendo com que os indicadores de mortalidade por doenças crônicas e infecciosas reflitam apenas parcialmente o perfil epidemiológico da população. (PIUVEZAM et al., 2015; WALDMAN e SATO, 2016).

O vírus da imunodeficiência humana (HIV), é um vírus de RNA que infecta linfócitos T auxiliares que interagem com o receptor CD4 presentes nas membranas celulares, estas células de defesa compõem grande parte da resposta imune

adaptativa do indivíduo (MIRANDA et. al., 2019; SANTANA; SILVA; PEREIRA, 2019). A transmissão acontece pela inoculação percutânea de material infectado com sangue, como o compartilhamento de seringas, acidentes com materiais perfurocortantes e transfusão sanguínea, além disso pode ser transmitido por meio da relação sexual. Há ainda a possibilidade de transmissão vertical, ou seja, da mãe para o feto durante a gestação e pela amamentação (SANTANA; SILVA; PEREIRA, 2019; CUNICO et. al., 2008).

A primeira fase de manifestação da doença consiste na apresentação de sintomas inespecíficos como: febre, rash cutâneo, cefaléia, adenomegalia, diarreia, hepatoesplenomegalia e outros. A segunda fase é um período assintomático, denominado fase de latência, na qual o indivíduo não apresenta qualquer sintoma. A terceira fase é a de imunossupressão, onde as células infectadas sofrem lise e o indivíduo entra na fase de imunossupressão, tornando-se susceptível a infecções oportunistas (MIRANDA et al., 2019; TRINDADE et. al., 2019).

Segundo o Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2021 (BRASIL, 2021), em 1996, a taxa de incidência/100.000 habitantes foi de 5,8 em homens acima de 60 anos e de 1,7 em mulheres acima de 60 anos. Já em 2006, as taxas entre os homens atingiram 10,3 e entre as mulheres 5,5 respectivamente. De 2007 a 2021 o Brasil registrou uma média de 381.692 mil casos de aids, destes, 12.268 em maiores de sessenta anos, 7474 no sexo masculino e 4794 no sexo feminino. Em 2020 foram 1219 casos de HIV nessa faixa etária, já em 2021 houveram 530 casos na federação, para os sexos masculino e feminino foram 339 e 191 casos, respectivamente.

Acredita-se que tenha existido a subnotificação de casos no ano de 2021 devido a sobrecarga do sistema de saúde frente à pandemia mundial da covid-19. Quando comparados os anos de 2010 e de 2020, observam-se reduções nas taxas de detecção de aids entre os indivíduos do sexo masculino e feminino em todas as faixas etárias, exceto masculino de 20 a 24 anos. Contudo, em 2020 no grupo acima de 60 anos, o sexo masculino ainda apresenta mais que o dobro de taxa de detecção de aids em comparação com o feminino, sendo 9,4 e 4,5 para 100 000 habitantes, respectivamente, evidenciando o sexo masculino como mais acometido nessa faixa etária (BRASIL, 2020; BRASIL, 2021).

No que diz respeito à mortalidade pelo vírus, de 2016 a 2020, foram registrados 56 601 óbitos por causa básica aids na federação, com 7733 óbitos em maiores de sessenta anos, sendo 4985 no sexo masculino e 2478 no sexo feminino. O Nordeste ocupa o segundo lugar como região com maior mortalidade por aids em 2020, com 2462, sendo 588 no estado da Bahia, que liderou com o maior número de óbitos na região. A Bahia apresentou em 2020 um coeficiente de mortalidade bruto por aids de 3,9 por 100 000 habitantes (BRASIL 2020; BRASIL 2021).

No ano de 2020, não notou-se discrepâncias quanto a mortalidade pelo HIV/AIDS por faixa etária até os 19 ano, porém, esse coeficiente é maior no sexo masculino em todas as outras faixas etárias. No geral, os coeficientes de mortalidade apresentaram queda nos últimos dez anos em todas as faixas etárias, com exceção da faixa de 60 anos ou mais, que mostrou aumento de 27,7%, passando de 4,2 em 2010 para 5,4 óbitos/100 mil habitantes em 2020 (BRASIL, 2021).

Uma das justificativas para o aumento de casos seria o envelhecimento saudável ao longo das décadas, fortalecendo também as relações sexuais na terceira idade, que nem sempre são feitas com o uso de preservativo (ALMEIDA; PINHEIRO, 2017). O idoso busca cada vez mais bem estar físico, emocional e qualidade de vida, sendo muitas vezes independente financeiramente. Nesse contexto, tem-se o redescobrimto sexual da população idosa atrelado ao aumento da expectativa de vida e aos novos tratamentos médicos contemporâneos como a reposição hormonal e medicamentos eficazes contra a disfunção erétil, o que permite ao idoso uma vida sexual ativa (BEZERRA et al., 2015; BITTENCOURT et al., 2015).

Outra causa relacionada com o aumento da prevalência e da contaminação em idosos é o fato do idoso não se reconhecer como indivíduo vulnerável ao vírus. Em alguns casos por falta de informação sobre as formas de contaminação e de prevenção, mas muitas vezes, por associarem a disseminação da doença apenas à população jovem ou a estigmas enraizados como os associados aos homoafetivos e aos profissionais do sexo. Além disso, por não haver praticamente o risco de gravidez na velhice, optam por não usar o preservativo (BITTENCOURT et al., 2015; ALENCAR; CIOSAK, 2016).

Sabe-se também que a atribuição dos sintomas do HIV ao que seria uma outra morbidade mais comum ao envelhecimento, corrobora para o diagnóstico tardio, uma vez que doenças crônicas são muito mais comuns do que doenças infecciosas entre os idosos (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). No mesmo estudo de Alencar e Ciosak (2016), há relatos de pacientes que esperaram até 6 meses pelo diagnóstico de HIV, fato justificado pela ausência de solicitação de exame sorológico por parte da equipe de saúde ou ainda pacientes idosos que vieram a óbito devido à prolongada investigação sem suspeita de HIV.

Em comparativo com a população jovem, um estudo feito por Oliveira et al. (2015) com 146 indivíduos com idade média de 38,4 anos aponta quão o diagnóstico precoce é essencial, uma vez que quanto maior o tempo de diagnóstico maior a qualidade de vida, bem como a possibilidade de aceitação, adaptação, inclusão social e adesão ao tratamento. Contudo, sabe-se do incentivo à testagem de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) em jovens em detrimento da testagem em pessoas idosas, devido à consideração da vida sexual ativa da população jovem e adulta, da maior abertura do diálogo entre estes e os profissionais de saúde. Pode-se citar como exemplo o planejamento 90-90-90 feito pela UNAIDS (2015), que tem como objetivo a detecção precoce e maior testagem de HIV em jovens. Nota-se que não há a mesma quantidade de ações de saúde para o diagnóstico precoce nos mais velhos.

Alencar e Ciosak (2016) reuniram relatos de profissionais da saúde e idosos em que se percebe por parte dos médicos e enfermeiros, insegurança em abordar sexualidade com os idosos, além de considerarem a vida sexual do idoso como nula e apresentarem fragilidades na solicitação da sorologia para os idosos e na orientação sobre métodos preventivos. Há notável dificuldade em se discutir sexualidade com o idoso, sobretudo, devido à timidez ou falta de preparo por parte dos profissionais, sendo importante a inserção da temática na formação de jovens profissionais, bem como educação continuada em saúde para os médicos e enfermeiros já em exercício da profissão.

Mahmud et al (2020) encontraram que a rotina dos médicos da Atenção Básica da Saúde não inclui ações de prevenção primária e secundária ao que se refere à infecção de HIV em idosos. Além disso, a reação reclusa do idoso diante

das indagações, se negando a responder as perguntas ou mesmo alterando a veracidade das respostas, devido ao sentimento de exposição e desconfiança, comprometem a investigação médica e o diagnóstico (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

No que tange à perspectiva de idosos sobre a sua vulnerabilidade e de outros senis ao vírus, Bittencourt, et al. (2015) em seu estudo com 250 idosos, sendo a maioria mulheres de 60 a 65 anos em João Pessoa, Paraíba, relataram a existência de conhecimento sobre comportamento sexual seguro entre os idosos, contudo não utilizam preservativo nas suas práticas sexuais e não há indicativos de que os idosos reconheçam a sua susceptibilidade à infecção pelo HIV. Além disso, o estudo constatou que muitos senis associam a infecção ao medo de morte e à desesperança, havendo a concepção de que a Aids na terceira idade está ligada à promiscuidade e à libertinagem, de modo que o idoso soropositivo pode sofrer mais preconceito do que os jovens, por parte da família e da sociedade.

O estudo de Quadros et al. (2016), avaliou a perspectiva de idosos em tratamento sobre a vulnerabilidade ao HIV/aids. Dos 26 idosos entrevistados, apenas 8 faziam uso de preservativo, sendo observado em dez deles algum comportamento de risco. Além disso, apenas três tiveram acesso a alguma campanha de prevenção sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST), denotando a ausência de educação sexual dessas pessoas ao longo da vida e na terceira idade. Quanto às formas de transmissão, os participantes do estudo apresentavam conhecimento do risco de infecção pelo uso de agulhas compartilhadas, transmissão vertical e prática sexual desconhecida, mas alguns acreditavam ainda na contaminação pelo beijo na boca, pelo uso de sanitários compartilhados ou pela picada de mosquito e outros insetos (QUADROS et al., 2016).

Embora exista uma maior incidência da doença em homens, há uma tendência mundial do crescimento da contaminação em mulheres, esta crescente é justificada por questões de gênero tais como, a desigualdade de poder, a dependência financeira e o poder decisório masculino sobre a utilização da camisinha nas relações sexuais e por condições sociais, como a fragilidade no planejamento familiar, o acesso e compreensão de informações sobre prevenção de IST e necessidades financeiras que fazem com que muitas mulheres não tenham

escolha a não ser a prostituição como fonte de renda (CALDAS; GESSOLO, 2007; SIMÕES et al., 2018).

No Brasil, foi publicada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, pelo Ministério da Saúde, alegando o direito à saúde do idoso, fundamentada no envelhecimento da população e a falta de preparo do sistema de saúde brasileiro no atendimento da população idosa.

Nessa política são abordados os cuidados integrais à saúde do idoso, para além da prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, comuns à terceira idade, aborda o bem estar físico, mental, financeiro e social das pessoas idosas. Contudo, o documento não menciona em nenhum momento a saúde sexual do idoso e infecções sexualmente transmissíveis, a não ser por um trecho que em fala de aproveitar as oportunidades para estimular o sexo seguro (BRASIL, 2006).

No Ministério da Saúde, desde 2008, as áreas técnicas responsáveis pela Saúde do Idoso e pelas IST passaram a atuar em interface para implementar políticas baseadas no conceito do envelhecimento ativo e saudável e no reconhecimento da vivência da sexualidade do idoso (BRASIL, 2012). Contudo, no Brasil não há uma efetiva implantação de políticas públicas de âmbito nacional que deem respaldo a esta população no sentido de assegurar medidas de prevenção do HIV/aids durante o processo de envelhecimento.

Monteiro et al. (2016) realizaram um estudo semelhante ao que se pretende, investigando o conhecimento de um grupo de idosos sobre o HIV/AIDS através de questionários. Os resultados obtidos em seu estudo constataram um bom conhecimento dos idosos acerca do HIV e suas formas principais de transmissão e prevenção. Conhecer o público alvo e suas percepções permite também a leitura de suas vulnerabilidades, de modo a permitir saber as políticas que funcionam e as informações já assimiladas pelo grupo, bem como as deficiências informacionais, para se desenhar um panorama e práticas educativas que ajam na deficiência. No que tange ao município de Barreiras e demais cidades do Oeste da Bahia não existem estudos significativos em âmbito epidemiológico ou sociocultural na temática do HIV/aids.

Barreiras é um município localizado na região oeste do estado da Bahia. Possui uma área territorial de 7 538,152 Km² com uma população estimada pelo censo demográfico do IBGE de 155 439 em 2019. Sendo 8727 indivíduos maiores de 59 anos, 4101 homens e 4626 mulheres, representando aproximadamente 6% da população. Aproximadamente 90,2% reside em área urbana, tendo 53 bairros e 9,8% em área rural, com 23 localidades e núcleos populacionais e 63,44% de toda a população recebe até 1 salário mínimo. Dados epidemiológicos sobre a população idosa ou não residente que convive com o HIV ou da mortalidade pelo vírus no município não são encontrados na literatura.

Assim, pesquisas com a população idosa, analisando sua percepção dos fatores de vulnerabilidade para o HIV, ajudariam a identificar e compreender o cenário atual e contribuir na elaboração de medidas preventivas aplicadas a esse grupo, visto que, as estatísticas disponíveis na região do Oeste da Bahia e no município de Barreiras são insuficientes para tratar e dimensionar a problemática do HIV/aids.

4. OBJETIVO

4.1 Objetivo geral

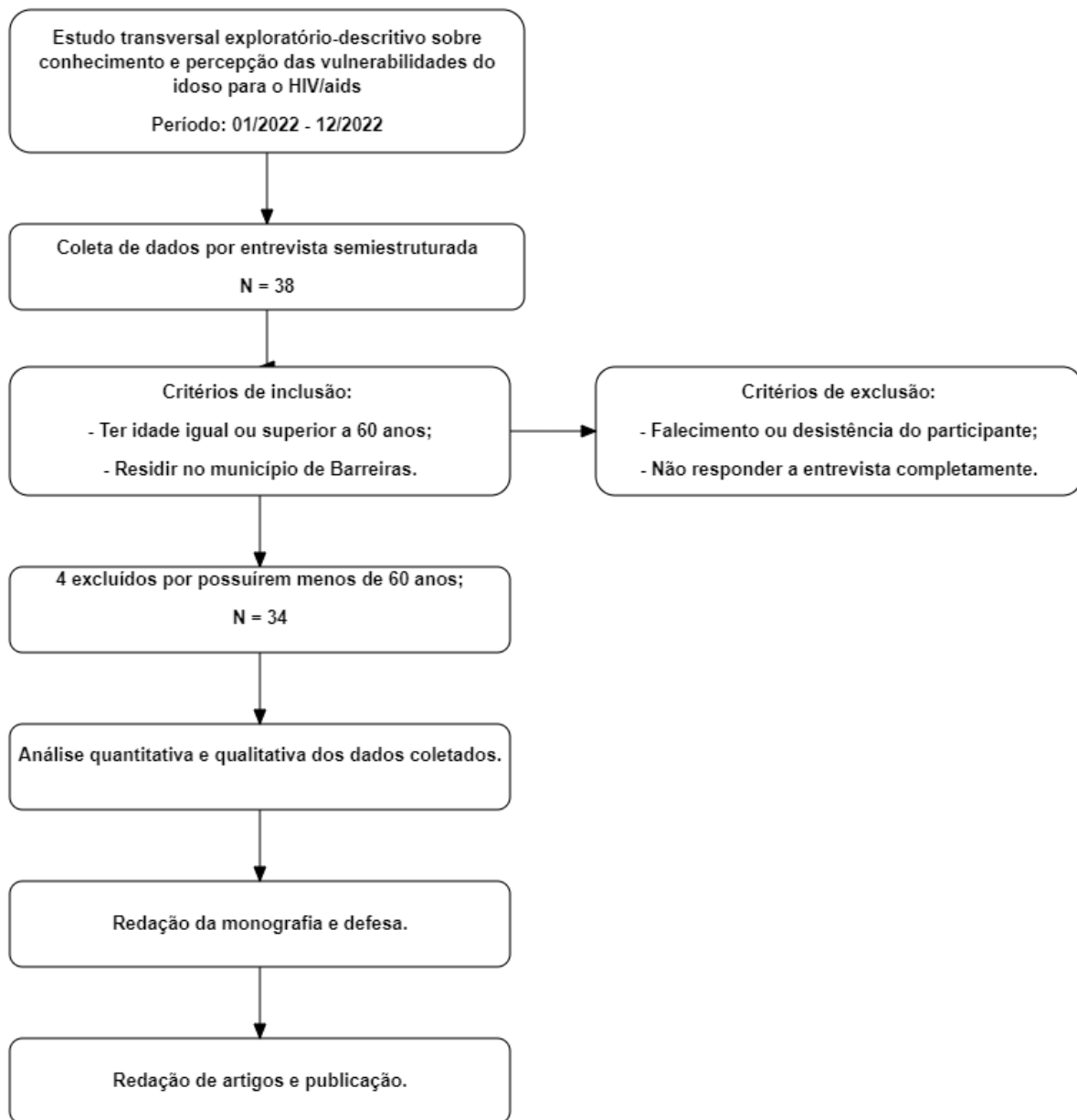
Investigar a percepção dos idosos quanto às suas vulnerabilidades à infecção pelo HIV/aids, no município de Barreiras.

4.2 Objetivos específicos

- Verificar o conhecimento dos idosos sobre as formas de transmissão, prevenção e tratamento do HIV/AIDS.
- Analisar a percepção de risco de contaminação compreendida pelos idosos para a sua faixa etária.
- Verificar os comportamentos de risco realizados pelos idosos.
- Investigar a assistência prestada pelo serviço de saúde pública quanto à disposição de informações e ações de prevenção de HIV/AIDS para os idosos.

5. METODOLOGIA

5.1 Desenho do estudo



5.2 Tipo do estudo

Em vista dos objetivos, este estudo é caracterizado como uma abordagem exploratória-descritiva, que se caracteriza por descrever características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis. Envolve técnicas de coleta de dados padronizados tais como questionários, observação; em geral assume forma de levantamento (ROMANOWSKI; CASTRO;

NERI, 2019). O estudo se desdobra em uma análise quantitativa e qualitativa das informações coletadas.

A análise quantitativa dos resultados será disposta a partir de dados que buscam quantificar e caracterizar a população, traduz em números as opiniões e informações para que sejam classificadas e analisadas tais como sexo, idade, raça, escolaridade, renda etc, fazendo uso de técnicas estatísticas (RODRIGUES, 2007).

A análise qualitativa busca o estudo de aspectos específicos, particulares, aplicado a grupos também específicos, com abordagem bastante ampla, e buscando saber como as pessoas veem e se sentem quando estão diante das situações estudadas (RODRIGUES, 2007). Neste caso, as pessoas acima de sessenta anos se referem a informações e vivências pessoais relacionadas à sexualidade, conhecimento sobre o HIV, comportamentos de risco e percepção de vulnerabilidade para o HIV/aids.

5.3 Local e população da pesquisa

As coletas foram realizadas no município de Barreiras, localizado no oeste da Bahia. Os participantes do estudo foram indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos, residentes do município de Barreiras e que concordaram voluntariamente em participar da pesquisa. Inicialmente, a busca ativa por idosos nos levou às unidades básicas de saúde (UBS), sendo as Unidade de Saúde da Família Martina Clara Batista Máximo XX no bairro de Barreirinhas e Unidade de Saúde da Família Centro XXVI, no bairro Centro, escolhidas após visita do pesquisador e constatação de um fluxo favorável de pessoas que contemplavam os critérios de inclusão.

Posteriormente, a coleta foi realizada no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) II, no bairro Morada da lua. O CRAS é uma unidade pública de assistência social, do Sistema Único de Assistência Social, que se destina ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social (BRASIL, 2022). Em Barreiras existem cinco dessas unidades, contudo, o CRAS II foi escolhido por possuir um grupo de convivência de idosos, que realizavam

atividades recreativas, físicas e educativas semanalmente e que aceitaram o convite de participar da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas em ambiente cedido pelas instituições visitadas, que permitisse privacidade e conforto ao participante, respeitando as recomendações do Ministério da saúde de prevenção da covid-19, incluindo uso de máscara e distanciamento apropriado.

5.4 Amostra

Para a execução do presente estudo, foi utilizada a amostra por conveniência, parte do grupo das amostragens não probabilísticas. Essa técnica consiste em selecionar uma amostra da população que seja acessível, sem seleção por algum critério estatístico.

5.5 Instrumento da coleta de dados

Foi utilizado um questionário de dados sociodemográficos, visando coletar informações relevantes para a caracterização da amostra, além de um roteiro de entrevista semiestruturado. Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada é composta por questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses relacionadas ao tema da pesquisa.

A elaboração da entrevista foi dividida em módulos. No módulo um foram coletadas informações sociodemográficas como: idade, sexo, estado civil, município de residência, escolaridade, condição socioeconômica, cor, orientação sexual e religião (ANEXO B).

No módulo dois foram coletadas informações sobre a sexualidade e comportamento sexual do participante. Nesse contexto, foi possível avaliar o conhecimento e a experiência pessoal do idoso em relação ao preservativo, o seu uso ou não, às dificuldades encontradas, o poder de escolha feminino sobre o uso da camisinha, a percepção do idoso às suas vulnerabilidade para a infecção pelo HIV e ainda a relação dos idosos com os profissionais da saúde do município no

que tange a questões de atendimento para o tratamento de IST e realização de exames sorológicos (ANEXO B).

O módulo três foi composto de afirmativas nas quais o participante respondeu verdadeiro ou falso para assertivas que avaliaram o conhecimento sobre o HIV, formas de prevenção, infecção e tratamento (ANEXO B).

O instrumento de coleta foi primeiramente discutido, elaborado e aplicado entre os autores. Em seguida, após as três primeiras aplicações, houve nova discussão com pequenas adequações de vocabulário e desenvolvimento da versão final.

5.5 Descrição da coleta de dados

A coleta de dados foi iniciada mediante a liberação de realização de projetos de forma presencial conforme plano de biossegurança da Universidade Federal do Oeste da Bahia, determinações do Grupo de Trabalho para o Gerenciamento da Covid-19 da UFOB (GTG-Covid-UFOB) e após vacinação significativa da população de Barreiras e da equipe de trabalho.

O participante convidado era conduzido à sala privativa com o entrevistador, onde eram expostos a temática da pesquisa, os objetivos e em seguida introduzido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), em duas vias, uma ficando em posse do participante. Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, documento em que o sujeito a ser entrevistado é informado sobre todos os riscos envolvidos na pesquisa e as ações realizadas para evitar e minimizá-los, a entrevista foi realizada de acordo com o roteiro (ANEXO B).

Todas as entrevistas foram realizadas pela autora do trabalho e as informações coletadas foram anotadas no formulário de entrevista e gravadas havendo posterior transcrição dos dados para material digital, estando sob responsabilidade do pesquisador e armazenadas com o mesmo até o fim da produção do estudo.

5.6 Descrição da análise de dados

Após a coleta, as entrevistas que contemplaram os critérios de inclusão foram transcritas na íntegra, as informações do questionário socioeconômico e do teste sobre o conhecimento sobre o HIV/aids foram organizadas em tabelas e os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa, conforme segue.

5.7 Análise quantitativa

A análise quantitativa descritiva foi realizada por meio do cálculo de médias, medidas de variabilidade, frequências e porcentagens. Inicialmente, foi realizada na caracterização da população a partir do questionário socioeconômico, em seguida na avaliação das respostas das perguntas abertas da entrevista que tiveram as questões centrais de cada pergunta transformadas em “sim” e “não” a fim de permitir a análise do parecer da maioria dos participantes e a identificação desse grupo. Em seguida, as afirmativas sobre o conhecimento do tema categorizadas em “verdadeiro” e “falso” pelos participantes foram analisadas do mesmo modo. Por fim, foi realizada a construção de tabelas de dados nominais, produzidas pela autora, de acordo com as informações obtidas.

5.8 Análise qualitativa

A análise qualitativa foi realizada com o material das falas das entrevistas semiestruturadas, conforme a análise do discurso de Minayo e Costa (2019). As entrevistas foram gravadas e transcritas de forma fidedigna, foi realizada leitura e releitura dos textos para se ter uma visão singular de cada entrevista e transversal de todas, na primeira etapa que Minayo chama de ordenação e organização do material.

Em seguida, foi realizada a categorização, a “busca por unidades de sentido” descrita por Minayo (2012), onde as falas são agrupadas por semelhança, nessa etapa foram criados tópicos principais com os temas mais levantados. Essa análise foi feita com a ajuda do software Nvivo, que avalia o conteúdo das entrevistas e agrupa as palavras e termos mais relevantes em “nós”/códigos por meio da nuvem de palavras, codificação automática e codificação manual, que valoriza a leitura crítica do autor. A partir daí, reuniram-se trechos das falas que mais

representassem cada uma das categorias e mais uma vez fez-se uma análise deste discurso. Foram definidas 10 unidades de sentido dentro da pesquisa: camisinha, televisão, prevenção, relato de não precisar usar camisinha, casamento, infidelidade conjugal, submissão feminina, sentimentos positivos sobre o HIV, sentimentos negativos sobre o HIV, cuidado dos profissionais da saúde.

Em seguida foi feita a contextualização desses principais pontos levantados pelos entrevistados a fim de compreender a “lógica interna” do grupo estudado (MINAYO, 2012), fazendo com que se tenha um maior entendimento do sentido e não apenas da fala em si. Após essas relações estabelecidas, os dados foram classificados de acordo com o seu conteúdo e frequência, de modo que os dados mais relevantes se tornassem evidentes ao grupo de pesquisa. Por fim, os dados foram interpretados através de uma problematização das unidades de sentido individualmente.

5.8 Limitações da pesquisa

A busca por participantes aptos a participar da pesquisa foi a principal dificuldade encontrada. Devido à coleta ter se iniciado no período de retorno das atividades consideradas normais com a melhoria do cenário da pandemia da covid-19, muitos dos locais onde se esperava encontrar idosos ainda não haviam retomado as atividades ou possuíam uma maior restrição de contato, uma vez que o idoso faz parte do grupo de risco para maiores complicações da doença.

5.9. Ética em pesquisa com seres humanos (Resolução 466/12)

Dado que os sujeitos do estudo são seres humanos, o estudo obedeceu o previsto na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde no Brasil, sendo o projeto analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Oeste da Bahia e aprovado em setembro de 2021 (CAAE: 50690521.0.0000.80600).

8. RESULTADOS

8.1 Caracterização da população

Participaram do estudo 34 idosos, sendo 22 (64,70%) do sexo feminino e 12 (35,29%) do sexo masculino. A faixa etária dos 60 aos 70 anos foi a mais identificada em ambos os sexos, tendo uma média de 70 anos para os homens e 68 anos para as mulheres do estudo. Dos homens, 91,66% afirmaram ter parceira/companheira, enquanto que 54,54% das mulheres disseram possuir parceiro/companheiro, sendo estes, relacionamentos estáveis de casamento ou namoro.

Sobre a sexualidade, 97,05 % dos participantes afirmaram ser heterossexuais, uma participante do sexo feminino não respondeu. Em relação à escolaridade, 55% declarou possuir estudo até o fundamental I, com apenas 3% tendo concluído a graduação. Sobre a renda mensal, 16 participantes do sexo feminino apresentaram renda mensal de 1 salário mínimo (SM), enquanto que no sexo masculino, 10 participantes, apresentaram essa mesma renda. A religião predominante foi a católica com 16 e 8 participantes nos sexos feminino e masculino, respectivamente.

Notou-se que a maior parte dos entrevistados além de serem do sexo feminino (n= 22, 64,7%); eram católicos (n= 30, 88,2%); possuíam ensino fundamental I (n=11, 32,3%); apresentavam renda de até um salário mínimo (n=26, 76,4%); e estava em um relacionamento estável (n=23, 67,6%). Maiores detalhes sobre as características dos participantes estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra do estudo segundo variáveis socioeconômicas. Barreiras, Bahia, 2022.

Faixa etária	SEXO		TOTAL
	Feminino N = 22 (%)	Masculino n = 12 (%)	
Faixa etária			
Média	67,95	69,75	
Mediana	61	67	
Mínima	60	63	
Máxima	84	82	

Estado civil	n(%)	n(%)	
Solteiro (a)	5 (22,75)	0 (0,0)	5 (14,7)
Viúvo (a)	5 (22,75)	1 (8,4)	6 (17,6)
Em um relacionamento	12 (54,5)	11 (91,6)	23 (67,7)
Orientação sexual			
Não respondeu	1 (4,5)	0	1 (2,9)
Heterossexual	21 (95,5)	12 (100)	33 (97,1)
Escolaridade			
Nenhuma	3 (13,7)	0	3 (8,9)
Alfabetização	2 (9,1)	4 (33,3)	6 (17,6)
Ensino fundamental I	7 (31,8)	4 (33,3)	11 (32,3)
Ensino fundamental II	2 (9,1)	3 (25)	5 (14,7)
Ensino médio	7 (31,8)	1 (8,4)	8 (23,5)
Graduação	1 (4,5)	0 (0)	1 (3)
Renda			
Sem renda	3 (13,7)	0 (0)	3 (8,8)
Até 1 salário mínimo*	16 (72,8)	10 (83,3)	26 (76,5)
1-3 salários mínimos	2 (9,0)	2 (16,7)	4 (11,8)
4-6 salários mínimos	1 (4,5)	0 (0)	1 (2,9)
Religião			
Não possui	0 (0)	1 (8,4)	1 (2,9)
Católica	16 (72,7)	8 (66,6)	24 (70,6)
Evangélico	6 (27,3)	3 (25)	9 (26,5)

* Salário mínimo correspondia a 1212,00 reais.

Fonte: elaborado pela autora.

8.2 Conhecimento sobre preservativo e meios de obtenção

Do questionamento sobre o conhecimento do preservativo masculino e feminino feito aos entrevistados, 53% (18/34) referiram conhecer apenas o preservativo masculino, 29,4% (10/34) referiram conhecer ambos os preservativos e 17,6% (6/34) afirmaram não conhecer nenhum, sendo 5 destes participantes do sexo feminino. Essa diferença apresenta-se maior ao comparar o conhecimento entre os sexos, sendo que em ambos o preservativo masculino é o mais conhecido, com 77,3% (17/22) e 91,6% (11/12), no sexo feminino e masculino, respectivamente.

Quanto ao local de obtenção dos preservativos, 55,8% (19/34) sabem que os mesmos estão disponíveis nos postos de saúde de forma gratuita e que são comercializados em farmácias e supermercados. Os postos de saúde foram apontados como único local de referência para obtenção de camisinha por 29,5% (10/34) dos idosos, sendo a maioria mulheres. Em seguida, as farmácias e/ou supermercados apresentaram 14,7% (5/34) das respostas dos entrevistados. Mesmo os idosos que afirmaram não conhecer as camisinhas, souberam responder onde obtê-las. Os demais resultados estão descritos na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição do conhecimento e forma de obtenção dos idosos sobre a camisinha. Barreiras, Bahia, 2022.

	SEXO		TOTAL
	Feminino N = 22 (%)	Masculino N = 12 (%)	N = 34 (%)
Você conhece as camisinhas masculina e feminina?			
Sim, apenas a masculina	10 (45,5)	8 (66,6)	18 (53)
Sim, a masculina e a feminina	7 (31,8)	3 (25)	10 (29,4)
Não conhece	5 (22,7)	1 (8,4)	6 (17,6)
Você sabe onde obter camisinhas?			
Nos postos de saúde, farmácias e nos supermercados	11 (50)	8 (66,6)	19 (55,8)
Nos postos de saúde	8 (36,4)	2 (16,7)	10 (29,5)
Nas farmácias e/ou supermercados	3 (13,6)	2 (16,7)	5 (14,7)
Não sabe onde conseguir	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Como você conheceu ou ouviu falar da camisinha?			
Meios de comunicação (televisão ou rádio)	5 (22,8)	1 (8,3)	6 (17,6)
Família e amigos	4 (18,2)	5 (41,7)	9 (26,4)
Postos de saúde	7 (31,8)	0 (0)	7 (20,6)
Por conta própria	4 (18,2)	6 (50)	10 (29,4)
Não soube dizer	2 (9,0)	0 (0)	2 (6)

% - valores calculados dentro dos grupos “masculino” e “feminino”.

Fonte: elaborado pela autora.

A camisinha foi um termo amplamente citado pelos entrevistados, resultando no primeiro código do estudo qualitativo. Na codificação em matriz foi possível

visualizar o preservativo assumindo diferentes papéis nas vivências dos entrevistados. Em uma primeira análise identificamos a associação direta que os participantes fazem com o posto de saúde, independente de já terem utilizado a camisinha ou não:

“Conheço a masculina. A masculina. Já abri a feminina por curiosidade. Porque no posto eu abri pra ver como é que é. Eu abri pra vê como é que é.” (Sexo feminino, 69 anos, casada).

“Eu via pouco, essas camisinhas aí. E lá no posto de saúde também eu vi lá... botou lá pra vender, pra dá ao povo. Em cima do balcão, o povo chega e pega.” (Sexo Feminino, 84 anos, viúva).

“Assim, aberta? Já vi fechadinha lá nos potinhos pro povo pegar lá né, no posto... mais aberto eu nunca vi, né?” (Sexo feminino, 69 anos, solteira/divorciada).

“Quando a gente chegava nos postos, eles assim, expõe né? E aí, a gente ia vendo.” (Sexo feminino, 61 anos, casada).

No que tange a fonte do conhecimento adquirido sobre a camisinha, a maioria das idosas já ouviram falar sobre em postos de saúde (31,8%, 7/22), seguido de meios de comunicação (22,8%, 5/22), por familiares e amigos (18,2%, 4/22) e por conta própria (18,2%, 4/22). Já os idosos referem ter descoberto por conta própria (50%, 6/12), seguido de por familiares e amigos (41,7%, 5/12) e meios de comunicação (8,3%, 1/12).

Por meio da análise qualitativa podemos observar essa relação, pois, através das falas dos entrevistados, sobre como lhe foi apresentado o conhecimento acerca da camisinha, destacaram-se a televisão no seu papel de meio de comunicação de massa e a comunicação informal com amigos e conhecidos, fazendo as informações serem passadas “boca a boca” pela sociedade. Nos trechos a seguir além de observar como o conhecimento foi adquirido, vê-se que o uso da camisinha é estabelecido pelos idosos em dois principais cenários, na prevenção de IST e na contracepção:

“Eu evito o máximo possível (se referindo a ter relação sexual sem camisinha fora do casamento), evito e meus amigos que eu vejo, eu digo a eles “moço, ói, você tem que...” “ah que eu não acostumo” “não, você tem que fazer o costume, rapaz (se referindo ao costume de usar preservativo)”. (Sexo masculino, 70 anos, casado).

“Televisão, né? De televisão, de amiga conversando também, né? Que tinha essas camisinha pra evitar...é gravidez, né? principalmente para aquelas meninas novas, né? Que estava arrumando filho com doze, com treze anos, né?”. (Sexo feminino, 75 anos, viúva).

Ainda sobre a camisinha, as falas de alguns participantes vão de encontro a realidade do início de sua vida sexual, com o relato da inexistência do preservativo durante esse período. Esse fato, leva a refletir se isso configurou a uma dificuldade de inserção da camisinha durante o casamento e nos demais relacionamentos ao longo de suas vidas, por falta de costume e conhecimento da mesma. Essas percepção pode ser observada nos relatos:

“Não... do primeiro casamento principalmente que nem existia isso, há mais de cinquenta e cinco anos. Era um filho atrás do outro..Então nunca usei.” (Sexo feminino, 71 anos, solteira/divorciada).

“Falar a verdade, vim conhecer a camisinha depois de mulher adulta, a mãe de meus filhos. Eu ouvia falar, né? Mas eu não conhecia. Naquele tempo as coisas era tudo segredo, né? As mães criava a gente assim com aquele sigilo maior do mundo, né?”. (Sexo feminino, 76 anos, em relacionamento estável/namoro).

“Não... no meu tempo né...que eu tinha marido e tudo... a gente não conhecia camisinha assim não, né? Eu... a gente não presta atenção direito, né? Assim, mas aquele tempo não tinha camisinha. E se tinha era nos outros lugar, mas adiantado, né? de grandes cidades grandes devia ter, mas eu morava assim no interior e eu não conhecia camisinha, no tempo de meu marido eu não conhecia. (Sexo feminino, 75 anos, viúva).

Ademais, percebeu-se, nas idosas, falas sobre a busca ou interesse no preservativo na tentativa de oferecê-los a familiares da geração seguinte, como filhos e netos, sem o interesse de uso próprio. As atitudes demonstram cuidado de zelar pelo bem estar do familiar e que o conhecimento disseminado sobre a camisinha desde o seu surgimento impactou de forma a conscientizar sobre o seu uso como medida de prevenção às IST e como método de barreira para prevenir a gravidez.

“Aí eu pegava e comprava na farmácia, comprava as caixa. Eu tinha dois filhos já adolescentes e que sem dúvida já saia com os com os amigos, aí eles eu dava pra isso. Eu dava pra eles.” (Sexo feminino, 69 anos, casada).

“Eu peguei umas duas vezes, mas eu peguei pro meu filho, que eu tenho um filho que mora mais eu.” (Sexo feminino, 75 anos, viúva).

Quando eu ia lá no posto que eu via lá, né? Que eu tenho filho, né? Pra prevenir também. Eu pegava e levava [...] e a gente que é mãe, a gente gosta de ajudar os filhos, prevenir, né? Porque hoje em dia do jeito que tá as coisas...” (Sexo feminino, 61 anos, casada).

“Porque eu falo ‘você namora mas tem que prevenir, porque você é novo, você tem 18 anos, cuidado pra não arranjar fi’. Eu hoje, as namoradas de hoje vai namorar novinha, já é dormindo junto, não sei como é uma coisa dessas, aí eu falo: se previna, se previna porque se não...né?” (Sexo feminino, 67 anos, casada),

“Nunca usei mas conheço, eu pegava para os meus dois filhos e pra minha filha adotiva.” (Sexo feminino, 71 anos, viúva).

“Olha, isso foi na televisão...que quando meu filho tinha 14 anos que ele começou a paquerar, eu falei ‘filho tem que usar camisinha’, que aí eu comecei a comprar e dá pra ele.” (Sexo feminino, 71 anos, viúva).

“É (riso). Quando ele completou os 15 anos, a primeira camisinha quem deu foi eu. Tava no postinho, aí eu ‘vou levar’”. (Sexo feminino, 70 anos, casada).

8.3 Atividade sexual e uso do preservativo

No questionamento sobre a importância do uso de camisinha por maiores de 60 anos (tabela 3), em ambos sexos a maioria respondeu que considera importante o uso em todas as situações, 68,3% (15/22) e 75% (9/12), dos sexos feminino e masculino, respectivamente. Dos entrevistados, 22,7% (5/22) do sexo feminino 25% (3/12) do sexo masculino disseram reconhecer a necessidade do uso do preservativo apenas para relações “fora do casal”, ou no início do relacionamento.

Tabela 3. Distribuição da importância do uso de camisinha para maiores de 60 anos, segundo os idosos entrevistados. Barreiras, Bahia, 2022.

	SEXO		TOTAL
	Feminino N = 22 (%)	Masculino N = 12 (%)	N = 34 (%)
Você considera importante o uso da camisinha para pessoas maiores de sessenta anos?			
Sim	20 (91)	12 (100)	32 (94)
Não	1 (4,5)	0 (0)	1 (3,0)
Não respondeu	1 (4,5)	0 (0)	1 (3,0)

% - valores calculados dentro dos grupos “masculino” e “feminino”.

Fonte: elaborado pela a autora.

Na análise das entrevistas, a palavra “importante” foi bastante utilizada para se referir às camisinhas. Contudo, as falas dos participantes encontraram diferentes justificativas e exceções para o uso da camisinha, como por exemplo o preservativo apenas em caso de desconfiança de relação extraconjugal ou para casais que não possuem um relacionamento estável:

“... eu acho que é importante, né? Eu acho importante, mas assim, cada mulher assim, sabe a sua família que tá na sua casa, acho que conhece, né? o seu esposo, assim, eu mesmo lá em casa, eu mesmo é só nós dois mesmo em casa, eu num... só se for uma precisão assim, Deus o livre e ele não deixa aparecer uma doença em um ou no outro, né? Aí tem que usar, tem que prevenir, né?” (Sexo feminino, 64 anos, casada).

“Sim, claro. Hoje tem que ter a camisinha sim pra evitar muitas coisas, muitas doenças né? Porque hoje muitas vezes o casal...a mulher tá em casa, a mulher é direita, mas o marido tá por fora, homem você sabe né? Aí ele traz pra mulher, então eu acho importante ele usar camisinha sim, pra ele se livrar da doença.” (Sexo feminino, 64 anos, viúva).

“...eu acho que sim... a camisinha, ela é importante pra toda idade, de acordo que o homem ainda tem seus desejos sexuais e fora da família, né? Que eu acho importante ele usar, né?” (Sexo masculino, 71 anos, casado).

“Cada caso é um caso. Para pessoas desconhecidas sim, mas marido e mulher que se conhecem não, apenas no início.” (Sexo masculino, 63 anos, relacionamento estável, namorando).

A camisinha também é vista por alguns dos idosos como método de prevenção a gravidez:

“É bom usar camisinha porque evita de engravidar a mulher, de pegar certas doenças, porque ela não é cem por cento boa né, segura, mas evita muitas coisas né? Que a pessoa que usa camisinha, sabendo usar é difícil engravidar. Mas também não é toda doença que a pessoa pega, que transmite pra gente, né? (Sexo masculino, 69 anos, casado).

Nesse sentido, percebe-se que muitos idosos se consideram-se isentos do uso da camisinha e apresentam ausência de práticas preventivas baseados na confiança da fidelidade do parceiro(a) e no casamento, reforçando que não precisam usar camisinha por se sentirem seguros dentro do relacionamento:

“É importante, nem todo mundo tem o que eu tenho (se referindo a ter um relacionamento estável). Eu não uso é porque eu não necessito de camisinha...” (Sexo masculino, 82 anos, casado).

“Quem tem seus parceiros que tem confiança, não, acho que não, mas aqueles que a gente desconfia né? A pessoa que desconfia do seu marido ou o marido que desconfia da sua mulher é ótimo usar.” (Sexo feminino, 70 anos, casada).

“Fora do casal. Eu sou casado, eu não preciso de camisinha porque eu não ando atrás de, de parceiro sexual fora da da minha casa, fora do meu casamento, né? Mas se por acaso eu tivesse que procurar, aí sim o uso da camisinha era muito importante porque ela...detém né.” (Sexo masculino, 71 anos, casado)

“É, dependendo da situação eu acho que é importante, eu nunca usei, meu marido nunca usou não...porque eu...a consciência, tinha consciência que eu só tinha relação sexual com ele né? e eu também falava que era só com ele então...a gente não...sabendo que a prevenção pode... né? Não é que vá poder fazer sexo com outras pessoas mas talvez até pra prevenir algum tipo de doença, alguma coisa, mas eu mesma nunca usei...” (Sexo feminino, 61 anos, casada).

“Eu acredito que pra usar camisinha só se ele for pegar mulher nova, porque mulher nova é mulher da vida é perigosa ela ter doença né? Mas se ele tiver com a mulher dele...” (Sexo masculino, 71 anos, em relacionamento estável, namorando).

Apenas uma participante do sexo feminino respondeu que não havia importância no uso do preservativo, levando a reflexão de ainda atualmente existir a presença de um estigma quanto ao uso do preservativo pelos idosos mais velhos ou da entrevistada não enxergar o idoso (ou a si mesma) como pessoa sexualmente ativa:

“Pra quê a pessoa de sessenta anos usar camisinha? (risos) Eu tinha era vergonha... usar camisinha uma pessoa de 80 anos (risos)... o que é que você acha disso?” (Sexo feminino, 84 anos, viúva).

Apesar do descrito, alguns entrevistados pareceram reconhecer a importância do preservativo em idade mais avançada, mesmo com menor risco de gravidez, devido às doenças sexualmente transmissíveis:

“Porque você está protegendo sua saúde da... está protegendo sua saúde e você está livrando de botar doenças na sua família e de qualquer pessoa né, no caso.” (Sexo masculino, 70 anos, casado).

“Até mesmo por causa de uma doença, num é? Não é uma gravidez, não é nada disso, mas pode ter alguma doença, né?” (Sexo feminina, 71 anos, solteira)

"Eu acho que se tá com atividade sexualmente ativa, deve usar, para evitar gonorreia...essas doenças que aparecem né?" (Sexo feminino, 71 anos, solteira)

Adentrando os aspectos da sexualidade e comportamentos sexual dos participantes, detalhados na tabela 4, quando perguntados sobre atividade sexual, 45,5% (10/22) das participantes do sexo feminino e 83,3% (10/12) dos participantes do sexo masculino afirmaram ser sexualmente ativos, existindo na amostra 14 participantes casados e 6 participantes em relacionamento estável, namorando. Não foram encontrados participantes viúvos ou solteiros que possuíssem relações sexuais casuais. Dos que afirmaram ser sexualmente ativos, todas as mulheres negaram ter tido relação sexual com um terceiro durante o relacionamento, enquanto que 40% (4/10) dos homens relataram já ter tido em algum momento relações extraconjugais.

Tabela 4. Distribuição da atividade sexual e comportamento sexual dos idosos entrevistados. Barreiras, Bahia, 2022.

	SEXO		TOTAL
	Feminino N = 22 (%)	Masculino N = 12 (%)	N = 34 (%)
Atualmente, você é sexualmente ativo (a) (está tendo relação sexual com alguém)?			
Sim	10 (45,5)	10 (83,3)	20 (58,8)
Não	12 (54,5)	2 (16,7)	14 (41,2)
Você costuma usar camisinha nas suas relações sexuais?			
Sim	1 (4,5)	2 (16,7)	3 (8,8)
Não	20 (91)	10 (83,3)	30 (88,2)
Não sabe ou não respondeu	1 (4,5)	0	1 (3)

Apenas entre os que são sexualmente ativos:	Feminino n = 10 (%)	Masculino n = 10 (%)	Total n = 20 (%)
Você já teve relação sexual com outra pessoa durante o casamento (parceiro fixo)?			
Sim	0	4 (40)	4 (20)
Não	10 (100)	5 (50)	15 (75)
Não respondeu	0	1 (10)	1 (5)
Você costuma usar camisinha nas suas relações sexuais?			
Sim	0	2 (20)	2 (10)
Não	10 (100)	8 (80)	18 (90)

% - valores calculados dentro dos grupos "masculino" e "feminino".e "sexualmente ativos"

Fonte: elaborado pela autora.

Quando perguntados sobre o uso do preservativo em suas relações sexuais no decorrer da vida, 88,2% (30/34) dos entrevistados responderam não usar camisinha durante o sexo, sendo 91% (20/22) das mulheres e 83,3% (10/12) do total de homens. Ao analisarmos essa questão dentro do grupo dos que são sexualmente ativos, a ausência de uso da camisinha sobe para 90% (18/20) que referiram não usar preservativo durante o sexo. Apenas 10% (2/20), ambos do sexo masculino, disseram usar casmisinha, se referindo ao momento em que possuem relação extraconjugais, como pode ser observado nos trechos abaixo:

"É, só não dentro de casa né? só quando é a mulher do casal não, mas quando tem relação fora, eu uso" (Sexo masculino, 70 anos, casado).

"Não, na hora que eu dou o pulo fora eu uso, dentro de casa eu não uso, né?" (Sexo masculino, 69 anos, casado).

Apesar de negarem usar preservativo em seus relacionamentos atuais, 4,5% (1/10) das mulheres sexualmente ativas afirmaram já terem usado preservativo devido a relações extraconjugais do parceiro em algum momento de suas vidas. No caso da participante do sexo feminino, o uso se deu por um relato de relação extraconjugal por parte do ex-cônjuge.

"Usei um tempo. Porque foi quando eu descobri que ele estava ficando com outras pessoas, me traindo, né? E aí, eu peguei e dei pra usar, falava pra

ele usar, porque aí eu fiquei muito assim... mesmo assim eu ainda fiquei doente." (Sexo feminino, 68 anos, em relacionamento estável/namoro).

Embora os achados apontem para ausência de prevenção na maioria dos entrevistados, alguns apresentaram relatos de comportamentos de autocuidado e prevenção, demonstrando interesse em proteger a si e a sua parceira, realizando exames sorológicos e utilizando a camisinha durante a relação sexual, como é observado nos relatos a seguir:

"Não, com ela não...não pulava a cerca não, eu tinha só ela, era fiel.

Mas antes disso, quando era solteiro? (entrevistador)

Usava, usava sim, nunca deixei de usar." (Sexo masculino, 80 anos, viúvo).

"Cheguei a fazer assim: Ele viajava muito ou então se ele me traísse eu exigia dele o exame de HIV e o meu também.

Fazia os exames? (entrevistador)

Isso aí eu fazia. Como dava negativo, aí tudo bem, vamos que vamos. Mas eu eu exigia porque ele era muito danado, eu exigia." (Sexo feminino, 69 anos, casada).

De forma similar a pergunta da sessão anterior, existiram relatos de participantes que não utilizam camisinha ancorados na sensação de proteção proporcionada pelo relacionamento estável ou casamento.

"Não, não. Eu e minha esposa a gente já conhece o outro já, já sabe o dos procedimentos, né? A saúde da gente, né?" (Sexo masculino, 64 anos, casado).

"Não, nunca usei não. Eu acho que era confiança demais no marido né? acho que eu deveria ter usado. Porque eu viajava muito e ele também e eu não tive...não me passou pela cabeça que ele fosse me trair um dia..num, sei lá...não tive essa experiência não." (Sexo Feminino, 64 anos, viúva).

8.4 Poder de escolha ou negociação do uso do preservativo na relação sexual

Na investigação sobre a segurança em solicitar o uso do preservativo ao parceiro fixo entre os idosos sexualmente ativos (n=20), 45% (9/20) dos participantes disseram sentir segurança tanto para pedir quanto para aceitar a introdução da camisinha no relacionamento. Já 40% (8/20) dos participantes relataram que sentiriam desconforto e desconfiança ao pedido, associando o

mesmo à relação extraconjugal e falta de confiança do parceiro, 15% (3/20) não souberam responder.

Tabela 5. Avaliação da segurança na solicitação do uso do preservativo ao parceiro entre os entrevistados sexualmente ativos.

	SEXO		TOTAL
	Feminino N = 10 (%)	Masculino N = 10 (%)	N = 20 (%)
Caso o parceiro queira fazer relação sexual sem camisinha, você se sente segura (o) para dizer ao ao parceiro (a) que deseja fazer com camisinha?			
Sim, seguro em pedir e em aceitar	4 (40)	5 (50)	9 (45)
Desconfiaria do pedido/ associa a infidelidade	4 (40)	4 (40)	8 (40)
Não sabe ou não respondeu	2 (20)	1 (10)	3 (15)
Total	10 (100)	10 (100)	20 (100)

% - valores calculados dentro dos grupos “masculino” e “feminino”.

Fonte: elaborado pela autora.

Na análise qualitativa das entrevistas, os nós ao conteúdo foram: submissão feminina e infidelidade conjugal, atrelados a qual seria o papel do homem e da mulher no relacionamento. No sexo masculino, foi percebido que a negação do pedido ou mesmo a concordância com o uso viria sujeita a pensamentos de desconfiança, gerando um desconforto para o homem do casal:

"Talvez eu não me sentisse muito confortável não né? Porque é... eu acredito que o casal, principalmente quando ele é fiel um ao outro, ele não precisa de camisinha. Se ela exigir de eu usar, talvez eu fosse compreensivo também porque eu trabalhei muito fora, eu vivi a vida trabalhando fora também e pode ser assim que quando eu chegasse ela tivesse alguma desconfiança, né?" (Sexo masculino, 71 anos, casado).

"Moço, a gente vai ter que conversar, né? Porque eu... não, a gente nunca usou e por que que vai usar agora essa camisinha? Por mim eu te garanto e você ainda não olha por mim? Tem que ter essa conversa, né?" (Sexo masculino, 64 anos, casado).

Porque a mulher sempre desconfia mais do homem né? O homem sai mais, mas eu assim...eu te garanto que eu não preciso usar esse trem, né? Se dizer "não, mas eu quero que você use" muito bem, fazer o que, né?" (Sexo masculino, 64 anos, casado).

Além disso, foi possível observar algumas falas que evidenciam a vontade masculina se sobrepondo a opinião feminina em relação ao preservativo, apontando uma lógica machista e ultrapassada na qual as mulheres estariam sujeitas a vontade dos parceiros e teriam dificuldades na negociação do uso da camisinha:

"Teve uma vez mesmo que eu fui pro quarto com uma mulher, chegou lá, ela: 'é, precisa usar camisinha'. Eu disse: 'se quiser usar camisinha, tudo bem'. Aí fui colocar, me deu trabalho. Eu digo: 'quero não camisinha...sei que...é nunca...não'. E até hoje eu nunca usei." (Sexo masculino, 82 anos, casado).

"É, porque inclusive uma mulher minha: 'é até bom você usar'. Eu falei: 'não, eu sou sadio, eu tenho consciência, eu tenho consciência porque eu não tenho esse problema aí, eu não tenho, não tenho dúvida'. 'Ah tá, então tá bom'". (Sexo masculino, 71 anos, em relacionamento estável, namorando).

No sexo feminino também foi observado comportamento parecido, de desconforto e desconfiança diante do pedido do uso da camisinha, em uma minoria das entrevistadas:

" Não queria. (usar camisinha)

Por quê? (entrevistador)

Aí que eu já desconfiava que ele tava... ó, lá fora, né? (se referindo a suspeita de infidelidade) " (Sexo feminino, 70 anos, casada).

"Eu não veria isso com bons olhos...não, porque depois de sete anos de casado, com respeito múltiplo, sem necessidade e a gente seguindo os padrões da bíblia, a gente não admite. A não ser que ele tivesse uma doença...mas não tem nem como né? Porque todas as doenças sexualmente transmissíveis vem de outra pessoa, então é inconcebível dentro do nosso casamento. Do meu casamento." (Sexo feminino, 62 anos, casada).

Contudo, o que mais observou-se no sexo feminino foi uma melhor receptividade à ideia do uso quando sugerida pelo parceiro, na intenção de realizar a à vontade do marido, por estar em um casamento. As idosas também referiram pensamentos frustrados de tentativas em solicitar o uso do preservativo, por receio da reação negativa do parceiro, mesmo considerando o uso da camisinha importante.

"Se fosse preciso a gente usava, né? Se fosse preciso eu tinha que fazer, né? Naquele tempo gente fazia tudo que o marido queria, né? e se fosse o caso de precisar, a gente tinha que aceitar porque é meu marido, né?" (Sexo feminino, 67 anos, casada).

“Claro, claro...bem melhor, né? Você escuta do parceiro ‘não, eu não gosto’ né? Eu já ouvi, ‘não gosto’. Mas o certo é usar, né? A minha opinião...agora a dele...” (Sexo feminino, 71 anos, namorando)

“Olha, eu acho que tem importância só que os parceiros não gostam de usar, né?”

“Não sei, não sei não. Acho que não. Eu acho que ele podia não querer, né? Não sei. Nunca, assim, pensei, nunca falei nada, né?” (Sexo feminino, 68 anos, em relacionamento estável, namorando)

“Tem hora que a gente, como a gente é marido e mulher, a gente tem que aceitar né? Mas é...E a vida continua.” (Sexo feminino, 61 anos, casada).

Nas mulheres que se sentiam seguras para propor o uso da camisinha para o parceiro as falas remetem ainda a um possível desconforto e desconfiança no relacionamento, mas o diálogo entre o casal foi apontado como fator determinante para a resolução. Além disso, a solicitação do uso só viria diante de uma desconfiança de infidelidade conjugal, para ser justificada.

“Então agora se fosse pra usar, só se fosse ‘numa’ situação de alguma coisa, se ele tivesse com alguma doença ou eu né? Aí eu acho que ele usaria.” (Sexo feminino, 61 anos, casada)

“Eu acho que sim. Que a gente é assim bem, bem assim, conversa bastante, né?” (Sexo feminino, 68 anos, em relacionamento estável, namorando).

8.5 Conhecimento sobre o HIV/AIDS

Ao analisar o conhecimento dos participantes sobre o HIV/aids (Tabela 6), vimos que 36% (8/22) das mulheres e 16,7% (2/12) dos homens associaram a pergunta aos modos de transmissão do vírus, mencionando a transmissão por meio do sexo sem camisinha e acidentes com perfurocortantes contaminados, que pareceram ser o conhecimento mais consolidado acerca de transmissão, no grupo entrevistado, como pode ser observado nos relatos a seguir:

“Por exemplo, que ela é uma doença transmissível, né? Se a pessoa tiver um corte na mão, ela é transmissível, mas se não tiver nada, não tem perigo cumprimentar que não pega né? A não ser tendo relação sexual, né?” (Sexo feminino, 64 anos, viúva).

“Como pega...como pega eu sabia que era nessas coisas assim pelo sexo, pelo sangue, mas que isso aí não.” (Sexo feminino, 61 anos, casada).

“Sim, sim. Transmite através do sexo, através do sangue.” (Sexo masculino, 80 anos, viúvo).

Além disso, os participantes fizeram menção a outros contatos como saliva, aperto de mãos ou compartilhamento de assento, fazendo perguntas sobre a possibilidade de contaminação por essas vias, deflagrando um conhecimento ainda escasso quanto a essas possibilidades:

“...acho que dá saliva não pega não né?”

“Por que o HIV a gente pega também via oral não pega? Pega?” (Sexo masculino, 80 anos, viúvo).

“Que o contato até pela saliva pega? Eu já vi que é uma doença sexual, né? que transmite um pro outro.” (Sexo feminino, 71 anos, viúva).

No que diz respeito a AIDS, nenhum dos candidatos apresentou resposta em que parecia reconhecer a sua singularidade, mas o entendimento foi de que o HIV e a AIDS eram sinônimos. Quando questionados responderam não saber ou questionar a diferença dos dois termos:

“E a AIDS? A senhora sabe essa diferença entre o HIV e a AIDS?” (entrevistador)

“Não, na minha cabeça é tudo igual. Na minha cabeça tudo é igual, eu nunca li nada sobre isso aí não. HIV e AIDS pra mim é a mesma coisa.” (Sexo feminino, 69 anos, casada).

“A AIDS, eu acho que é...é quase, né? Hoje tem tratamento, né? remédios...não sei essa opinião minha está certa. “Eu entendo que a Aids é... é pega né? no sexo sem camisinha.” (Sexo feminino, 71 anos, em relacionamento estável, namorando).

Tabela 6. Distribuição do conhecimento sobre HIV/aids. Barreiras, Bahia, 2022.

	SEXO		TOTAL
	Feminino N = 22 (%)	Masculino N = 12 (%)	N = 34 (%)
Você sabe o que é o HIV e a AIDS?			
Associa ao modo de transmissão	8 (36,4)	2 (16,7)	10 (29,4)
Associa a prevenção e ao tratamento	4 (18,2)	5 (41,6)	9 (26,5)
Associa a pessoas	5 (22,7)	2 (16,7)	7 (20,6)

vivendo com HIV			
Outros	1 (4,5)	3 (25)	4 (11,7)
Não sabe ou não respondeu	3 (13,7)	0 (0)	3 (8,8)
Associa a populações chaves	1 (4,5)	0 (0)	1 (3)
Total	22	12	34

% - valores calculados dentro dos grupos “masculino” e “feminino”.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dos entrevistados 26,5% (9/34) pensaram nas formas de prevenção da doença e na existência de um tratamento para a doença, se referindo a camisinha e a terapia antirretroviral (TARV), mencionado na forma de “coquetel”. Essa percepção foi identificada no estudo qualitativo caracterizando sentimentos mais positivos sobre o HIV, incluindo pensamentos de longevidade e “vida normal” da pessoa vivendo com HIV.

“Eu sei que é uma doença grave né...mas agora não, agora está tendo um remédio...Ela não sara mas ela fica aí...ela não cura mas fica aí parada...” (Sexo feminino, 70 anos, casada).

“Hoje está tendo um tratamento pra ela, mas é... mas o certo é você evitar, né? Tá tendo tratamento pra ela, se você se cuida, pode ter ela e pode até viver muito mais.” (Sexo masculino, 70 anos, casado).

“A gente sabe assim, que são doenças transmissíveis sexualmente e que hoje existe o coquetel, né? [...] Pra mim o que vem na minha mente é que hoje, pra mim, é uma doença normal, certo? É uma doença normal porque já existe tratamento.” (Sexo feminino, 70 anos, solteira/divorciada).

No entanto, também foi possível encontrar a presença da pergunta com o relato de ter conhecido e convivido com pessoas que tinham HIV e já faleceram, em algumas destas situações, sendo no papel de cuidador ou por conhecerem na atualidade pessoas que vivem com o HIV. Na análise qualitativa, essas falas foram associadas a sentimentos mais negativos sobre o HIV, com sentimento de tristeza, morte, medo e estigmas de características físicas da pessoa vivendo com a doença.

“Pois é, o que ela me lembra assim... é que... é que eu conheci uma pessoa que tinha uma doença dessa e eu me lembro poucas vezes, que eu era muito amiga da irmã dele... eu sempre ia na casa dele e via assim... disenteria.. assim nele, muito magro, olho fundo e parece que ele não comia... alguma coisa assim e eu me lembro assim desses detalhes.” (Sexo feminino, 71 anos, solteira).

"...Eu já vi gente doente, eu já vi comentário né? Que... que a AIDS é uma doença assim, muito perigosa, né? Antigamente eu tive uma amiga e ela pegou a AIDS e já vi assim o sofrimento, né? Que naquele tempo não tinha tratamento, hoje em dia já tem, né? Tem tratamento não, tem medicamento, né? Mas é muito triste uma pessoa com essa doença." (Sexo feminino, 68 anos, em relacionamento estável, namorando).

"Eu já ouvi falar nos postos e também conheci uma mulher que vinha aqui na casa de uma amiga minha que ela tinha essa doença, que ela pegou, mas não sei nem se ela é viva ainda...conheci outro rapaz lá de (bairro) só que ele pegou lá pro lado de (cidade), aí quando ele arruinou ele veio, até que ele morreu ano passado, aí eu conheci ele também." (Sexo feminino, 69 anos, solteira/divorciada).

"Eu sei que é muito transmissível, já vi muitas pessoas que.. até artistas que já morreram por conta do HIV...de artistas como Cazuzza, como muitas pessoas que já morreram pelo HIV. (Sexo feminino, 69 anos, casada).

Somada a esta percepção, o termo "doença perigosa" foi amplamente empregado pelos idosos para se referir a doença, e junto a outros adjetivos que estigmatizam a doença, parecem contribuir com a co-ocorrência de rotulagem e exclusão das pessoas vivendo com HIV, por receio de um possível contágio.

"É... Eu lembro..não...é porque ela é uma doença, que é perigosa, né? (Sexo masculino, 70 anos, casado)

"Não, que eu não vou nem entrar em contato com eles não, eu num não vou nem entrar em contato com essas pessoas que tem, acho que não." (Feminino, 65 anos, solteira).

"Se cuidar muito, porque no tempo quando começou esse negócio de HIV...quando eu chegava no banheiro até o vaso eu forrada de papel higiênico. Com medo, né?" (Sexo feminino, 76 anos, em relação estável, namorando).

A pessoa que eu conheço, que eu já conheci, que teve eu... essa aí eu afugento, né? (Sexo masculino, 71 anos, em relacionamento estável, namorando).

"Problema de saúde né? Que a pessoa não pode entrar em contato né? Que é, é perigosa, né? Essa doença, né?. Muita gente morre, dos problemas dessa doença. E aí, infecta os outros também, né? Ter contato com eles, né?" (Sexo feminino, 65 anos, solteira).

"É uma doença ruim, né? Perigosa, né? [...] mas eu, eu sei que a doença é ruim né, feia..." (Sexo feminino, 71 anos, solteira/divorciada).

Apenas uma participante do sexo feminino (3%, 1/34) fez menção as antigas populações chaves como tópico principal de sua fala, se referindo aos homens que fazem sexo com homens (HSH) como população de risco e mencionando também outras formas de transmissão da doença:

"Eu lembro...assim que a AIDS ela provoca também por assim, homossexuais, né? Sexuais, sexual, sei lá... Não sei falar direito não... provoca essas coisas homossexuais, né?...E também quando a mulher tem relação com a pessoa assim que está com AIDS, a doença passa pra ela, não passa? E também através da agulha, da injeção, não é isso?" (Sexo feminino, 75 anos, viúva).

8.6 Percepção de vulnerabilidade à infecção pelo HIV

Quando questionados se sentiam-se vulneráveis à infecção pelo HIV, 50% (17/34) dos idosos responderam que não, sendo destes 8 inativos sexualmente e 9 sexualmente ativos (5 casados e 4 em relação estável de namoro) e 50% (17/34) afirmaram que sim, 11 sexualmente ativos (9 casados e 2 em relacionamento estável) e 6 inativos sexualmente (Tabela 7).

"Eu acho que qualquer um...que tá na..., qualquer um pode acontecer né? eu acho que qualquer um de nós pode se infectar com essa doença, se for por uma transfusão de sangue, uma coisa assim né? ou até no sexo mesmo..." (Sexo feminino, 61 anos, casada).

"Sim, claro... se eu tenho relação com outras parceiras que não é a minha esposa...consequentemente, se tem relação com outras pessoas e não vai tomar os cuidados, automaticamente pode não só com o HIV, mas com vários outros tipos de doença." (Sexo masculino, 63 anos, casado).

Entre os participantes sexualmente inativos, as respostas negativas foram devido ao relato de não terem mais relação sexual e não correrem riscos por essa via. Mesmo assim, 6 participantes nessa condição, todas mulheres, afirmaram se sentirem vulneráveis ao HIV, 3 destas deram ênfase a contaminação por perfurocortantes contaminados.

"Eu acho que não. Pra mim não. Principalmente que eu não ando procurando mais sexo." (Sexo masculino, 71 anos, casado)

"Eu já ouvi falar, mas graças a Deus eu nunca tive e tenho fé em Deus que nunca hei de pegar porque não tenho mais a relação." (Sexo masculino, 80 anos, viúvo).

"É porque às vezes a gente não tem relação, né? será se pode, assim... no caso que eu não tenho relação... eu acho que o perigo mais é ter na relação, né?" (Sexo feminino, 60 anos, casada).

"Naquela época que eu tinha marido sim... agora eu não sei se tem outro tipo de transmissão, mas eu tinha medo demais [...] não sei se tem outro tipo de contaminação, né? Mas, não me preocupo mais com isso." (Sexo feminino, 69, solteira/divorciada).

"Bom, qualquer pessoa pode, se você não souber que a outra pessoa está contaminada. Principalmente pra quem é profissional da saúde. Porque

sem querer você vai fazer uma injeção numa pessoa dessa sem querer você se perfura também." (Sexo feminino, 70 anos, solteira/divorciada).

"Podia sim, que nem eu estou te falando. Pode ser que eu vou fazer um exame de sangue, né? Que lá as agulha não estão esterilizadas, essas coisas assim, né? E pode pegar." (Sexo feminino, 75 anos, viúva).

Já entre os que são sexualmente ativos a confiança no parceiro e a descrença em relações extraconjugais norteou as respostas dos que não se sentem vulneráveis à infecção.

"Acho que não, né? Porque já tenho assim, uma confiança na pessoa né?" (Sexo feminino, 68 anos, em relacionamento estável, namorando).

E ressalta-se que 5 participantes deste grupo (4 casados e 1 em relação estável de namoro), consideram-se vulnerável à infecção apenas por perfurocortantes contaminados, mesmo optando pelo não uso da camisinha em suas relações. De modo geral, os participantes citaram como possíveis acidentes com perfurocortante situações de doação de sangue, exames de sangue, vacinas e acidentes de trabalho na área da saúde.

"Sim. Ela acontece eu precisar de um sangue né? Ou às vezes uma pessoa erra e lá tem uma seringa, uma agulha e não... usar lá e usar em mim." (Sexo feminino, 70 anos, casada)

"Moço, às vezes sim, às vezes não. Às vezes você vai tomar um uma vacina, um sangue de uma pessoa ai diz que pega assim também, né? Às vezes você vem... ai não tem como provar pra família sem explicação né? ...hoje em dia doença está pegando até no no vento..." (Sexo masculino, 64 anos, casado).

Tabela 7 – Distribuição da percepção da vulnerabilidade ao HIV/aids. Barreiras, Bahia, 2022.

Você acha que pode se infectar com o HIV/aids?	FEMININO		MASCULINO		TOTAL
	Sexualmente inativo N = 12 (%)	Sexualmente ativo n = 10 (%)	Sexualmente inativo n = 2 (%)	Sexualmente ativo n = 10 (%)	
Sim	3 (25)	3 (30)	0	3 (30)	9 (26,5)
SIM, apenas por perfurocortantes contaminados	3 (25)	2 (20)	0	3 (30)	8 (23,5)
Não	6 (50)	5 (50)	2 (100)	4 (40)	17 (50)

Total	12	10	2	10
--------------	----	----	---	----

% - valores calculados dentro dos grupos “masculino” e “feminino”.

Fonte: elaborado pela autora.

Além da autopercepção de sua vulnerabilidade, no estudo qualitativo, podemos observar quais os fatores que levam esse idoso a se perceber ou não vulnerável. Entre eles, pode-se citar a falta de conhecimento sobre o tema, que gera insegurança nos idosos e pode dificultar que o indivíduo procure meios de prevenir que a doença, conforme é observado nas falas:

“Eu não sei te explicar, mas eu sei que é uma doença muito perigosa, né? Transmissível, isso eu sei. Mas assim, saber explicar...” (Sexo feminino, 65 anos, viúva).

“Vamos ter que...o que é que eu quero dizer... Que é uma doença transmissível, né? e que... perigosa, mas eu não sei a fundo o que realmente é. Não sei.” (Sexo feminino, 71 anos, solteira).

“Mas conhecimento nenhum eu tenho não.” (Sexo feminino, 69 anos, solteira/divorciada).

A limitação do acesso a serviços de saúde e a insuficiência de assistência por parte dos profissionais da saúde, melhor discutida no próximo tópico, também parece influenciar nos recursos que o idoso tem para adotar práticas preventivas:

“Que eu saiba, só mesmo no posto de saúde, é só que eu não tenho muito acesso a isso aí, entendeu? Mas as informações são essas, né?” (Sexo feminino, 70 anos, solteira/divorciada).

Ademais, alguns idosos parecem apresentar conhecimento sobre métodos de transmissão e de prevenção do HIV/aids, mas optam por adotarem condutas livres de medidas preventivas para o HIV e outras IST em suas ações individuais, aumentando a possibilidade de infecção.

8.7 Experiências no SUS: atendimentos, prevenção e testagem diagnóstica.

No segmento da entrevista, os participantes foram questionados acerca das suas experiências como usuários do serviço prestado pelos profissionais do Sistema Unificado de Saúde (SUS), cujas informações estão detalhadas na tabela 8. Dessa investigação foi encontrado que 26,6% (9/34) dos participantes já procuraram atendimento médico devido à suspeita de IST, destes, 22,7% (5/22) das mulheres e

33,3% (4/12) dos homens; contra 70,6% (24/34) dos entrevistados, que afirmaram nunca terem procurado atendimento médico por este motivo, 77,3% (17/22) das mulheres e 58,3% (7/12) dos homens.

Os motivos para tanto, foram suspeitas diagnósticas em parceiros e falsos negativos que exigiram investigação:

"Uma vez eu fiz, fiz exame lá, não sei como é esse protocolo de vocês, que ela fez um exame lá e diz que deram uma suspeita nela e eu tive que fazer também, mas graças a Deus, não teve nada com ela e nem comigo." (Sexo masculino, 67 anos, casado).

"Mande fazer o exame [...] porque depois nós separou [...] ela foi pegar outras pessoas e aí fez isso e estava no começo. Aí por isso eu fui me prevenir e mandei fazer os exames. Quando fez esse exame, 'você tá zero, tá zero, nem preocupa'". (Sexo masculino, 71 anos, em relacionamento estável, namorando).

"Quando eu era solteiro eu já fui várias vezes com suspeita, inclusive já tive gonorreia.." (Sexo masculino, 82 anos, casado).

É possível notar pela fala de alguns participantes a angústia e o receio que um possível diagnóstico de HIV acarretou:

"Uma vez, muitos anos atrás, num sei nem em que ano que foi, eu fazendo os exames e aí deu positivo o HIV e eu falei, fiquei, nossa, naquela época eu quase morri, né? aí eu ficava até sem querer ter relação por que eu ficava 'eu não fui, eu não fiz transfusão de sangue, eu nunca sai com outra pessoa, como foi que isso aconteceu?' [...] eu passei por muitos exames até eu tirar aquele negócio da minha cabeça." (Sexo feminino, 61 anos, casada).

Tabela 8. Descrição das experiências dos entrevistados com o SUS, na investigação do HIV e outras IST. Bahia, 2022.

	SEXO		TOTAL
	Feminino N = 22 (%)	Masculino N = 12 (%)	N = 34 (%)
Você já foi ao médico com alguma suspeita de infecção sexualmente transmissível?			
Sim	5 (22,7)	4 (33,3)	9 (26,5)
Não	17 (77,3)	7 (58,3)	24 (70,5)
Não respondeu	0 (0)	1 (8,4)	1 (3)

Algum profissional de

saúde já conversou com você sobre o HIV/aids?			
Sim	7 (31,8)	2 (16,7)	9 (26,4)
Não	15 (68,2)	9 (75)	24 (70,6)
Não respondeu	0	1 (8,3)	1 (3)
Algun profesional de saúde já pediu para você algum exame de diagnóstico para HIV/aids? Conte como foi a experiência.			
Sim	9 (41)	8 (66,7)	17 (50)
Não	13 (59)	4 (33,3)	17 (50)
Não respondeu	0 (0)	0 (0)	0
E para outras IST, como sífilis e hepatite?			
Sim	10 (45,5)	8 (66,7)	18 (53)
Não	12 (54,5)	4 (33,3)	16 (47)
Não respondeu	0 (0)	0 (0)	0 (0)

% - valores calculados dentro dos grupos "masculino" e "feminino".

Fonte: Elaborado pela autora.

Quando questionados se já haviam recebido informações sobre o HIV/aids diretamente de um profissional da saúde, 70,6% (24/34) dos participantes afirmaram que não, nunca haviam conversado sobre o assunto com um profissional da saúde. Dos 26,4% (9/34) participantes que afirmaram que sim, 7 (n=22; 31,8%) são mulheres e apenas 2 (n=12; 16,7%) são homens.

Na análise das entrevistas dos que afirmaram ter tido conversas nesse sentido, é possível observar o posto de saúde e as campanhas de prevenção assumindo o protagonismo como locais de diálogo com profissionais e obtenção de conhecimento para essa faixa etária:

"Sempre a gente vai fazer o preventivo, né? Pra gente, né? Tem sempre até alguns formandos que falam bem pra gente, dá aquela aula, explica tudo pra gente, né?" (Sexo feminino, 76 anos, em relacionamento estável, namorando).

"Já, já. Porque sempre tem essas palestras...têm uma época que parece que tá mais a florada essa necessidade de falar disso, então a gente sempre ouve né? Porque informações sobre saúde nunca é demais." (Sexo feminino, 62 anos, casada).

"Olha, falou, mas pra falar a verdade, eu não lembro mais como foi...foi no início do negócio de HIV aí chamava a gente pra explicar e tudo, né ?". (Sexo feminino, 69 anos, casada).

Infelizmente a situação anterior não é a realidade da maioria dos participantes que referiram nunca ter obtido informações sobre o HIV/aids ou outras IST por meio de profissionais da saúde, o que deflagra uma falha nas medidas de prevenção e promoção de saúde para essa faixa etária e faz com que o usuário se sinta desamparado.

"Não nunca procurou, só quer saber como é que está, como é que está sentindo, isso e aquilo outro...a gente fala e pronto, passa uma receita e um exame de sangue que a gente vai fazer em outro lugar." (Sexo feminino, 84 anos, viúva).

"Não... Essas coisas aí a gente só sabe através de televisão mesmo e lendo também, né? Tem muito ter livrinho que fala, né? " (Sexo feminino, 65 anos, solteira)

"Não, assim não, nem no postinho [...] o médico fazia as perguntas, se eu já tive relação com outras pessoas, essas coisas assim, mas pra explicar sobre tudo, assim não...como pega eu sabia que era nessas coisas assim pelo sexo, pelo sangue, mas que isso aí não, o médico do postinho também nunca falou sobre isso aí não." (Sexo feminino, 61 anos, casada).

Além disso, em algumas situações, a ausência desse diálogo e do rastreio diagnósticos pode fazer com que o idoso se sinta excluído das campanhas de prevenção da doença, o que corrobora para que ele se torne ainda mais vulnerável às IST.

"Tem que usar, até nos postos mesmo ele dá né? camisinha para proteção, masculino, feminino...mas eu também nunca peguei e nunca ninguém falou nada comigo. Acho que não é pra idade da gente também, eu acho, né?" (Sexo masculino, 64 anos, casado).

Na análise das respostas dos entrevistados sobre a realização de testes diagnósticos a pedido de um profissional da saúde, 50% (17/34) dos idosos responderam que sim, um profissional já havia indicado o teste rápido ou teste sorológico para HIV em algum momento de suas vidas, sendo 41% (9/22) das mulheres e 66,7% dos (8/12) homens. Os outros 50% (17/34) que negaram ter

realizado exames por solicitação de um profissional da saúde eram 59% (13/22) das mulheres e 33,3% (4/12) dos homens. Contudo, alguns afirmaram já terem feito testes por conta própria, em campanhas de conscientização sobre a doença, feiras de saúde ou no próprio posto de saúde. Quanto aos testes diagnósticos para outras IST como sífilis e hepatite B, 53% (18/34) dos idosos afirmaram ter feito, contra 47% (16/34) que afirmaram nunca ter realizado.

Dos idosos que nunca realizaram testes podemos elencar como principais motivos a falta de diálogo com o médico e o fato do indivíduo não considerar a necessidade de realização, informando não precisar dos testes:

“Tiro sangue mesmo normal pra fazer o check up assim né, [...] tudo ela bota o check up assim normal. Mas isso aí eu não lembro não [...] não falou nada disso aí não.” (Sexo feminino, 65 anos, solteira).

“Não, essas coisas eu nunca precisei, né? Também, Como é que diz? Eu tenho um monte de cuidado, né? Com minha saúde e toda vida tive...eu nunca fui uma mulher de andar em festa, em farra, essas coisas, né? Porque na época de meu pai, ele não gostava, então nunca fui de tá assim...” (Sexo feminino, 61 anos, casada).

“Especialmente nesse assunto aí não. Eu faço todo tipo de exame, uma bateria, mas...” (Sexo feminino, 69 anos, solteira/divorciada).

Na análise das falas, é notável a associação que muitos idosos fazem do check up ou exames de rotina com os testes sorológicos para IST. No caso das entrevistadas do sexo feminino, o exame preventivo ao câncer de colo de útero é comparado com exame de detecção de IST e foi o mais mencionado durante a pergunta:

“Quando ela faz exame (a médica) é o check up né, ela faz completo.” (Sexo feminino, 70 anos, casada).

“Mas eu assim, lá em casa mesmo, todo ano eu faço preventivo.” (Sexo feminino, 64 anos, casada).

“Nunca. Sempre escuto a ginecologista ‘nossa você é limpinha, você não tem nada’ que eu tenho muito esse cuidado né, até hoje eu estou né... todo ano eu faço o meu check up...” (Sexo feminino, 71 anos, solteira).

“Faço o preventivo todo ano, todo ano, todo ano e não sinto nadinha.” (Sexo feminino, 61 anos, casada).

Além disso, percebe-se a diminuição na testagem diagnóstica com o avançar da idade. Alguns idosos que outrora realizavam com regularidade testes sorológicos

para detecção de IST parecem não mais fazê-lo, em alguns casos por não acharem necessário e em outros devido à diminuição do acesso a esses serviços durante a pandemia da covid-19.

“HIV?... Ah não, tem muito tempo. Tem mais ou menos uns dez anos.”
(Sexo feminino, 69 anos, casada).

“Eu lembro que eu que eu fui na época da menopausa, que era por volta de quarenta e nove anos, cinquenta anos de idade que eu parei menstruar.. foi nessa época que ela pediu...” (Sexo feminino, 71 anos, solteira/divorciada).

“Dessa época (se referindo a suspeita de HIV que teve quando era mais jovem) não foi solicitado mais não, também não pedi mais né?”

E nem sífilis, hepatite, outras doenças? (entrevistador).

Não, também não, nunca fiz porque eu nunca tive né?” (Sexo feminino, 61 anos, casada).

“Uma vez...não sei se foi na década de 80, logo depois que o Cazuzza morreu...aí eles sempre sugeriam, aí eu e meu primeiro marido fomos e fizemos só pra...é isso aqui, tá feito, pediu pra gente fazer, a gente faz.”
(Sexo feminino, 62 anos, casada).

8.10 Conhecimento sobre as formas de transmissão, prevenção, tratamento e vulnerabilidades do HIV/Aids

Quanto ao questionário sobre conhecimentos de HIV/aids, detalhado na tabela 9, o maior índice de acertos da amostra, tanto do sexo feminino quanto do masculino (100%, 100%), ocorreu na questão sobre o HIV ser transmitido pelo sexo sem uso de camisinha (Q4). O menor índice de acerto, no sexo feminino (50%) foram nas questões 3 e 10 que abordavam a transmissão pela picada de mosquito e outros insetos (Q3) e que os idosos não necessitam de camisinha durante o sexo, porque não correm o risco de engravidar (Q10), no sexo masculino, (75%), ocorreu no item que questionava a transmissão da aids pela picada de mosquito e outros insetos (Q3).

TABELA 9. Conhecimento dos idosos acerca das formas de transmissão, prevenção, tratamento e vulnerabilidades do HIV/Aids. Barreiras, 2022.

VARIÁVEIS	MASCULINO		FEMININO		ASSERTIVIDADE
	N	%	N	%	

1. O HIV pode ser transmitido pelo beijo na boca ou abraço.					58,82
Verdadeiro	4	33,3	8	36,4	
Falso	7	58,3	13	59,1	
Não sei	1	8,3	1	4,5	
2. O HIV pode ser transmitido pelo compartilhamento do mesmo sanitário/ sabonete/toalha, copo					58,82
Verdadeiro	6	50	8	36,6	
Falso	6	50	14	63,6	
Não sei	0	0	0	0	
3. O HIV pode ser transmitido pela picada de mosquito e outros insetos.					32,35
Verdadeiro	9	75	11	50	
Falso	2	16,6	9	40,9	
Não sei	1	8,3	2	9,1	
4. O HIV pode ser transmitido pelo sexo sem uso de camisinha.					100
Verdadeiro	12	100	22	100	
Falso	0	0	0	0	
Não sei	0	0	0	0	
5. O HIV pode ser transmitido pelo uso de duas pessoas ou mais de uma mesma agulha/seringas.					97,05
Verdadeiro	11	91,6	22	100	
Falso	1	8,3	0	0	
Não sei	0	0	0	0	
6. O HIV pode ser transmitido pela mãe para o bebê durante a gestação.					85,29
Verdadeiro	9	75	20	91,0	

Falso	3	25	2	9,1	
Não sei	0	0	0	0	
7. Há formas de prevenir infecção contra o vírus.					91,17
Verdadeiro	11	91,6	20	90,9	
Falso	0	0	2	9,1	
Não sei	1	8,3	0	0	
8. A AIDS é uma doença que ocorre somente em homossexuais.					85,29
Verdadeiro	4	33,3	1	4,5	
Falso	8	66,6	21	95,5	
Não sei	0	0	0	0	
9. Os idosos não devem se preocupar com a AIDS, pois o HIV só infecta os jovens.					82,35
Verdadeiro	3	25	3	13,6	
Falso	9	75	19	86,3	
Não sei	0	0	0	0	
10. A população idosa não tem necessidade do uso de camisinha durante o sexo, porque não corre o risco de engravidar.					52,94
Verdadeiro	4	33,3	11	50	
Falso	8	66,6	10	45,5	
Não sei	0	0	1	4,5	
11. A AIDS é uma doença que tem tratamento.					73,52
Verdadeiro	8	66,6	17	77,3	
Falso	4	33,3	5	22,7	
Não sei	0	0	0	0	

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Na questão 1, que questionava se o HIV pode ser transmitido pelo beijo na boca ou abraço, 58,82% (20/34) dos entrevistados acertaram, marcando a

afirmativa falsa, 58,3% (7/12) e 59,1% (13/22) dos homens e das mulheres, respectivamente.

Na questão 2, se o HIV pode ser transmitido pelo compartilhamento do mesmo sanitário, sabonete ou toalha, 58,82% (21/34) dos entrevistados marcaram a alternativa falsa, 50% dos participante do sexo masculino e 63,3% do sexo feminino.

No que tange ao fato do HIV poder ser transmitido pela picada de mosquitos e outros insetos, questão 3, apenas 32,35% (11/34) dos idosos responderam como falsa, 16,6% (2/12) dos idosos do sexo masculino, e 40,9% (9/22) das idosas, e um participante do sexo masculino não soube responder.

Nas questões 4 e 5, que abordavam se o HIV pode ser transmitido pelo sexo sem camisinha e se o HIV pode ser transmitido pelo uso de duas pessoas ou mais de uma mesma agulha ou seringa, os participantes tiveram os maiores percentuais de assertividade, 100% e 97,05%, respectivamente, na última, um participante do sexo masculino marcou falso.

Quanto a se o HIV pode ser transmitido pela mãe para o bebê durante a gestação, 85,29% (29/34) dos participantes marcaram o item correto, o que representa 75% (9/12) e 91% (20/22) dos participantes do sexo masculino e feminino, respectivamente.

A respeito da questão 7, se existem formas de prevenir a infecção contra o vírus, a assertividade foi de 91,17%, sendo que 91,6% (11/12) dos homens e 90,9% (20/22) das mulheres responderam corretamente.

Na questão 8, se a AIDS é uma doença que ocorre somente em homossexuais, 66,6% (8/12) dos participantes do sexo masculino e 95,5% (21/22) das idosas, assinalaram a alternativa correta, resultando em um assetividade de 85,29% para a questão.

No que tange a questão 9, que os idosos não devem se preocupar com a AIDS, pois o HIV só infecta os jovens, 82,35% dos idosos acertaram, representando, 75% (9/12) e 86,3% (19/22) dos indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino, respectivamente.

Quanto a se a população idosa não tem necessidade do uso de camisinha durante o sexo, porque não corre o risco de engravidar (Q10), apenas 52,94% dos participantes acertaram essa questão, respondendo que a alternativa apresentada era falsa. O maior índice de erro foi no sexo feminino onde 50% (11/22) das idosas marcaram a afirmativa como verdadeira, contra 33% (4/12) dos idosos do sexo masculino.

A respeito da questão 11, se a AIDS é uma doença que tem tratamento, a assertividade foi de 73,52%, sendo que 66,6% (8/12) e 77,3% (17/22) dos participantes do sexo masculino e do sexo feminino, respectivamente, responderam corretamente a questão.

9. DISCUSSÃO

O fenômeno do envelhecimento no Brasil e no mundo é um processo que engloba aspectos socioeconômicos, demográficos e regionais. Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutiram no sentido de elevar a média de vida do brasileiro de 64,2 anos de idade, em 1940, para 76,6 anos, em 2019 (IBGE, 2021). Segundo projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021), o país continuará aumentando os anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, o que justifica os achados desta pesquisa.

A caracterização da amostra da população do estudo nos permite inferir que o maior quantitativo de mulheres em relação ao de homens está relacionado, dentre outras coisas, ao processo de feminização do envelhecimento, caracterizado pela maior representatividade numérica das mulheres entre os idosos e aumento da longevidade feminina. Somado a isso, as mulheres possuem melhores hábitos de vida, como melhor alimentação, menor abuso de álcool e outras drogas e menor exposição aos riscos de acidentes de trabalho e de trânsito, além de menores índices de homicídio e suicídio, favorecendo o prolongamento da vida (PAULINO et al, 2014).

Embora nos últimos anos sejam registradas mudanças de comportamento sexual no sexo feminino, as mulheres idosas referem mais dificuldades em casar ou se relacionar novamente após a perda de um

companheiro, devido ao luto, quadros de depressão e receio do julgamento familiar (BORGES et al., 2018), o que também pode explicar o maior índice de idosas sem declarar um companheiro. Além de que, devido a estigmas que permeiam a situação, as idosas podem optar por omitir sentimentos e envolvimentos ocasionais por acreditarem que mulheres mais velhas não devem se envolver com novos companheiros.

Em contrapartida, os homens costumam buscar por novas parcerias após o divórcio ou a viuvez e poucos estudos exploram os motivos que levam os idosos a buscarem novos relacionamentos. Nardelli et al. (2016) destaca a necessidade que os idosos do sexo masculino têm de afirmar que possuem caráter sexual ativo e que não possuem dificuldades em se relacionar. Já Soares e Meneghel (2021), entrevistaram 26 idosos que falaram sobre o sexo em suas vidas e concluíram que homens idosos conferem importância para a potência sexual, atrelando à sexualidade a satisfação biológica e na capacidade de desempenhar o ato sexual em si. Já as mulheres idosas consideram natural a cessação da vida sexual na velhice e valorizam mais a parceria, o afeto e o carinho.

A heterossexualidade apontada pelos entrevistados é esperada entre os idosos brasileiros (IBGE, 2010). Muitos dos idosos tiveram um primeiro relacionamento e casamento com parceiro de sexo oposto, em muitas situações por desejo de seus familiares, especialmente para sexo feminino. Os tabus que envolvem a sexualidade e o autoconhecimento do idoso também podem levar os idosos a estarem menos abertos a falarem sobre o assunto (ALENCAR et al., 2014).

Quanto ao índice de escolaridade apresentado pelos entrevistados, pode-se inferir que este remonta o início de uma estrutura educacional precária no Brasil, que reflete até hoje na população idosa e afeta, principalmente, os menos favorecidos financeiramente. O fato da maioria dos entrevistados não terem cursado o ensino médio e apenas um possuir a graduação, remete a uma reflexão acerca das estratégias de campanhas educativas, que precisam ser claras, considerando o nível de compreensão de pessoas com menor instrução formal, o que parece ser a maioria nessa faixa etária, uma vez que, o baixo grau de escolaridade pode estar associado a uma diminuição do conhecimento sobre a transmissão de patógenos, como HIV. Esta informação é concordante com os dados encontrados por Paulino et

al. (2014) e Silva et al (2017) em que os anos de estudo se encontram atrelados ao menor conhecimento sobre a doença.

Nas considerações sobre a escolaridade, que pode também estar relacionada a um menor conhecimento sobre o tema, 26 (73,5%) dos entrevistados deste estudo têm renda de apenas um salário mínimo, referente à aposentadoria da Previdência Social do Brasil. Embora a média nacional de rendimento per capita no Brasil fosse 1353,00 reais em 2021, até 50% das pessoas afirmaram receber dentro da renda per capita familiar, até 721,00 reais, pouco mais da metade desse valor, deflagrando uma infeliz realidade da população brasileira (IBGE, 2022).

Quanto à religião, no Brasil, aproximadamente 50% da população se declara católica apostólica romana, sendo a denominação cristã com o maior número de membros, 31% dos brasileiros dizem ser evangélicos, estes dividindo-se em várias denominações cristãs de acordo com as suas doutrinas; e os que não possuem nenhuma religião somatizam 10% da população, possuem crenças, mas não seguem nenhum dogma específico (IBGE, 2022). A religiosidade é um importante amparo no processo de envelhecimento, trazendo respostas positivas à saúde física e mental, redução de níveis de depressão e angústia, auxílio no enfrentamento de doenças, luto, abandono e isolamento que por vezes acontecem nessa faixa etária (ABDALA et al., 2015; AMORIM et al., 2017).

A configuração demográfica da pesquisa representa uma pequena amostra do atual perfil de idosos usuários da rede pública de saúde e de programas de convivência e atividades para idosos da região. É fundamental compreendermos as nuances da população estudada para verificar se há uma tendência da conjuntura, na qual as epidemias de Aids e outras IST podem se expandir.

Neste estudo podemos compreender que pelo menos um tipo de camisinha, a masculina, é conhecida pela maioria dos idosos entrevistados e todos os participantes apontaram pelo menos um lugar em que poderiam obter o preservativo, com ênfase nos postos de saúde. Os postos de saúde são orientados por lei a distribuir preservativo desde 1994, quando teve início a política de distribuição de preservativos penianos de forma gratuita em âmbito nacional. Já o Projeto de Lei 3088/08, determina o fornecimento gratuito do preservativo feminino pelos programas do Ministério da Saúde (CÂMARA DOS DEPUTADOS DO BRASIL

2008). Ambas são iniciativas governamentais de prevenção às IST, mas, a inserção do preservativo vaginal apenas em 2008 é uma das razões pela qual o masculino se tornou mais popular, principalmente entre os idosos (PINHEIRO et al., 2013).

Este é um resultado positivo, uma vez que a obtenção do preservativo que outrora podia significar uma das barreiras de conhecimento para o acesso e uso da camisinha, não foi identificada na maioria da população do estudo, reforçando a importância da disponibilização das camisinhas nos postos de saúde para a popularização da mesma. No entanto, ressalta-se que o fato de que 17,64% dos idosos terem alegado não conhecer o preservativo evidencia a lacuna dos que não foram alcançados por campanhas preventivas desde o início da epidemia. Isso denota como as campanhas de prevenção e promoção de saúde voltadas para população idosa precisam ser melhor elaboradas e direcionadas, pois, são prioritariamente veiculadas em períodos de carnaval e em sua maioria usando jovens adultos como protagonistas o que pode dificultar com que o idoso se perceba como população vulnerável a partir daquela campanha de prevenção.

No tocante à como esse conhecimento foi adquirido, um estudo feito em Teresina com 42 participantes idosos, encontrou resultados semelhantes no que diz respeito a como essas informações chegavam e eram compartilhadas entre eles, destacando-se a mídia televisiva no processo de transformações sociais do HIV e da aids, além do corpo familiar de pessoas que residem com os idosos e compartilham essas informações no cotidiano, criando uma rede de informações (SOUSA et al, 2019). Essas representações sobre o preservativo são construídas na própria interação social, com familiares e com a comunidade, englobando também programas televisivos que formam um conjunto capaz de transformar o conhecimento do idoso. Medidas governamentais como a instituição de palestras e rodas de conversas nos postos de saúde promovidas por acadêmicos e profissionais são essenciais para que o idoso tenha o acesso a essas informações em um ambiente seguro e do qual ele já faz parte. Além disso, os familiares desses idosos também podem ser atingidos por tais atividades e serem encorajados a darem o primeiro passo desse diálogo dentro dos lares, complementando a rede de informações a qual o idoso tem acesso.

A pesquisa apontou que 20 (58,8%) dos idosos estudados apresentam vida sexual ativa com parceiro em relação estável e em alguns casos, com parceiro eventual. Outros estudos também encontraram relação sexual após os 60 anos, na contramão do que é imposto pelo moralismo da sociedade (PAULINO et al., 2014; ANDRADE, et al., 2017; NARDELLI et al., 2018; e BASTOS et al., 2018). Esse prolongamento da vida sexual dos idosos pode ser explicado pelas constantes evoluções científicas e tecnológicas que visam melhorar a qualidade de vida dessa população, como também o surgimento de drogas que além de aperfeiçoarem o desempenho sexual, melhoram a autoestima e a saúde global do idoso. Esses benefícios fazem com que os idosos se tornem mais ativos sexualmente, contudo aumentam a possibilidade da exposição desse grupo às IST (BEZERRA et al., 2015; SILVA, OLIVEIRA e FILHO, 2017).

A autoavaliação da sexualidade pelo idoso pode estar deturpada por pensamentos estereotipados e pelo preconceito que influenciam negativamente no processo de prevenção de seus cuidados (PAULINO, et al., 2014). Apesar disso, a presente pesquisa mostrou que é significativa a porcentagem de idosos que se relacionam sexualmente, com maior frequência os homens, que afirmaram ser sexualmente ativos.

Sobre o uso do preservativo para maiores de 60 anos, a maioria afirmou ser importante nessa idade, e alguns afirmaram que o uso deve ser apenas para relações extraconjugais. Mas quando partimos para a frequência de uso pelos participantes, ocorre uma controvérsia em que mesmo considerando importante, a maioria afirmou não usar e uma minoria relatou usar apenas durante relações extraconjugais. Achados similares foram encontrados em um estudo por Nardelli et al., (2016) onde 344 (75,27%) dos idosos disseram não fazer uso da camisinha, apesar de 88,1% e 89,4% de mulheres e homens, respectivamente, terem relatado que devem se preocupar com adquirir o HIV/aids e que a camisinha previne essa transmissão. Assim, é possível assegurar que os entrevistados conhecem a importância da camisinha como método preventivo das IST, no entanto possuem resistência ao seu uso.

Somado a esses achados, durante as questões objetivas, a maioria dos entrevistados não associou o HIV somente a jovens e a aids somente a

homossexuais. Isso mostra uma percepção de que o HIV/aids pode atingir qualquer indivíduo e não está atrelado às antigas populações de risco. Ainda assim, a maioria dos participantes optam por não usar a camisinha. Esse resultado corrobora com um estudo realizado em Teresina com 40 idosos, onde os autores afirmam que embora os entrevistados afirmem que qualquer pessoa pode contrair o HIV, mas eles próprios não se consideram em risco (SILVA, OLIVEIRA e FILHO, 2017). O fato de o idoso reconhecer a importância do uso da camisinha como prevenção para o HIV, somado a subutilização da camisinha por essa faixa etária, revelam uma vulnerabilidade nos idosos, em que se tem a ampliação da possibilidade infecção e um possível diagnóstico tardio da doença.

Explicações para a baixa adesão do preservativo apresentadas na literatura podem ser úteis para explicar também a situação deste estudo, entre elas: a dificuldade dos idosos em se verem vulneráveis às IST; a visão do casamento como fator de proteção e a ideia de que a parceria fixa dispensa seu uso; a vivência do climatério; medo masculino em não apresentar ereção e a dificuldade de negociação da camisinha pela mulher, além de acharem que por não estarem em período fértil não têm risco de gravidez, dispensando o uso do preservativo (BEZERRA et al., 2015; NARDELLI et al., 2016; ANDRADE et al., 2017), item evidenciado pelo fato de 52,94% dos entrevistados, principalmente as mulheres, por acharem que a população idosa não necessita de preservativo porque não corre o risco de engravidar.

Devido aos processos comuns à senilidade como a menopausa e a diminuição da fertilidade, somado a pensamentos de terem findado seus objetivos de vida, as idosas apresentam diminuição da adoção ou inserção de medidas preventivas em seus relacionamentos. Contudo, outras mudanças fisiológicas do envelhecimento, como a atrofia vaginal, corroboram para um aumento das lesões por abrasão da mucosa durante as relações sexuais, deixando-as mais vulneráveis. Adicionalmente, ainda existe o pensamento de que a situação de ter um parceiro fixo exclui a utilidade do preservativo, aumentando a sua vulnerabilidade (LAZZAROTTO, 2010).

Meireles et al. (2015), argumentam que a baixa adesão a camisinha na terceira idade se deve a concepções erradas de transmissão e contágio do vírus.

Entretanto, quando questionados sobre transmissão, todos os idosos deste estudo responderam corretamente para a afirmativa de que o HIV pode ser transmitido pelo sexo sem camisinha, o que não justifica a falta de prevenção a transmissão por essa via. A transmissão pelo compartilhamento de agulhas e seringas e a transmissão da mãe para o bebê durante a gestação tiveram uma alta assertividade, o que nos leva a acreditar, que possivelmente, campanhas de prevenção ao HIV, principalmente na eclosão da epidemia, ficaram internalizadas nessa geração.

Embora essas perguntas tenham atingido um resultado satisfatório, outras questões sobre a transmissão deflagram uma grave lacuna na compreensão e divulgação de informações acerca da transmissão do vírus. O menor índice de acerto foi na questão que abordavam a transmissão pela picada de mosquito e outros insetos. Um estudo desenvolvido por uma avaliação antes e depois de uma prática educativa mostrou inicialmente que dos idosos entrevistados, 78,1% acreditava que o vírus HIV poderia ser transmitido através da picada de mosquito, após a oficina o número caiu para 23,6% (BASTOS et al, 2018). Esse tipo de estudo corrobora a ideia de que práticas educativas e campanhas de conscientização e informação são uma ferramenta eficaz para fomentar o conhecimento dos idosos.

Sabe-se que a transmissão por picada de insetos não está incluída na transmissão do vírus. O HIV não se multiplica dentro dos insetos, mas é destruído por suas enzimas digestivas, ademais, o baixo potencial infeccioso e a sobrevivência do vírus por um curto período fora do organismo humano corroboram para a inexistência desta possibilidade (LAGARDE et al., 2000).

Outros estudos encontraram resultados semelhantes a este, onde os idosos possuem conhecimento, mas este é insuficiente ao afirmarem que podem contrair o vírus do HIV por compartilhamento de sabonete, toalhas, assentos sanitários, picada do mosquito, contato com talheres, pratos, copos e comidas de pessoas que vivem com o vírus (SILVA et al., 2015; BASTOS et al., 2018). Esse pensamento pode ser de um estigma associado ao surgimento da pandemia, vivenciado por essa geração, onde havia pouca informação sobre o tema e o medo e preconceito levavam a adoção de medidas preventivas que refletiam no isolamento das pessoas vivendo com o vírus.

Quanto à vulnerabilidade, estudos sobre conhecimento de HIV/Aids, na terceira idade, enfatizam que os idosos não se veem vulneráveis à infecção pelo HIV e atribuem essa possibilidade aos jovens, aos usuários de drogas, aos homossexuais e aos profissionais do sexo (BEZERRA et al., 2015; BITTENCOURT et al., 2015). Destaca-se que essas concepções ultrapassadas se referem aos grupos de risco para a doença, que há muito tempo não são considerados, sendo substituídos por comportamentos de risco, nas quais qualquer indivíduo pode estar exposto à infecção pelo HIV, a partir das suas práticas individuais (AGUIAR et al, 2020).

Este padrão de concepção sobre a vulnerabilidade para o HIV/aids parece está mudando, pois neste estudo, embora metade dos participantes tenham afirmado não se considerarem vulneráveis ao HIV, mesmo não usando camisinha em sua relações sexuais, eles não pareceram atribuir uma maior possibilidade de infecção aos jovens ou a grupo de homossexuais, quando perguntados sobre o tema. Isto denota, mais uma vez, que os entrevistados têm a percepção de que qualquer um pode se infectar com HIV, mas se reafirmam como não vulneráveis. Essa realidade vai de encontro ao estudo de Paulino et al. (2014) realizado com 153 idosos em que 88 afirmaram ser possível contrair IST, mas uma parcela significativa de 65 idosos não reconheceu a própria vulnerabilidade.

No domínio “prevenção”, questões como a identificação de um método de prevenção à infecção tiveram alta assertividade (91,17%), indo em desencontro com a taxa de adesão ao preservativo e mostrando que a resistência ao uso do preservativo pela população idosa está atrelada não somente ao conhecimento sobre formas de transmissão, prevenção e tratamento, mas ao fator cultural, pois quando jovem não foi orientada a praticar o sexo seguro e após a velhice a maioria dos idosos apesar de reconhecerem a eficácia da camisinha, optam não utilizar durante as relações sexuais. O mesmo é visto em Bezerra et al (2015).

Embora a maior parte dos entrevistados tenha afirmado não fazer uso do preservativo, dos participantes que afirmaram ter relações extraconjugais, apenas a metade afirmou usar preservativo devido a essas relações, tendo os outros não referido o uso de camisinha. Existe uma naturalização da infidelidade masculina, principalmente entre os idosos, o poder “aproveitar a vida”, porque são homens e

por ser esperado que eles tenham múltiplas parceiras, são especificidades socioculturais e comportamentais que justificam o caso extraconjugal do marido. Já a sexualidade feminina, principalmente das mulheres idosas, sustenta-se em referências que definem o sexo como dever conjugal e o prazer como um direito dos homens (CERQUEIRA; RODRIGUES, 2018).

De forma semelhante ao nosso estudo, Meireles et al. (2015) afirmam que o uso da camisinha como método preventivo nos idosos não é habitual e decorre principalmente em atividade sexual com parceiro desconhecido ou na presença de desconfiança na fidelidade do parceiro. Em nosso estudo, apenas uma referiu usar camisinha devido a relações extraconjugais praticadas pelo marido. As mulheres mais velhas, raramente usam preservativo ou demonstram interesse em usá-lo, mesmo considerando a infidelidade dos cônjuges, possibilitando o risco de infecção pelo HIV (DA SILVA, et al., 2015). Esse posicionamento decorrente da confiança no companheiro denota uma das principais fragilidades da mulher idosa para a infecção pelo HIV, que devido a se sentirem protegidas, não tem preocupação em aplicar medidas de prevenção à transmissão do HIV.

A dificuldade ou receio pela negociação do uso do preservativo nas relações configura um outro desafio para a adesão desse método preventivo. No presente estudo, entre as idosas sexualmente ativos, 40% acha que o cônjuge desconfiaria do pedido ou associaria a infidelidade. Esse resultado é o mesmo encontrado por outros estudos (BEZERRA et al., 2015; SILVA, OLIVEIRA e FILHO, 2017). A desconfiança da infidelidade, ao invés de ser considerada como facilitadora no uso das práticas preventivas, acaba por vezes por inibi-las quando dentro de relacionamentos em que há receio de que a sugestão do uso do preservativo poderia prejudicar a relação.

Essa é uma proposta que precisa ser feita, sobretudo por parte das mulheres, que culturalmente exercem um papel mais submisso na relação (CERQUEIRA e RODRIGUES, 2016). Nardelli et al (2016) refletem o fato de que muitos homens entrevistados em seu estudo não acharem certo que as mulheres cobrem o uso pois pode significar que as mesmas não confiam no parceiro, o que corrobora para a submissão. Devido à cultura machista na qual o Brasil está inserido, existe ainda o fato de mulheres terem pensamento no sentido de se verem

como uma mulher de família, referenciada no cuidado e no afeto, o que leva a negação da relação sexual pelo prazer em si (CERQUEIRA e RODRIGUES, 2016).

Em algumas situações, o não uso do preservativo é uma escolha da mulher, por motivos que precisam ser pesquisados, visto que a negociação do uso, ou não, é um jogo dinâmico, pois neste estudo semelhante ao sexo feminino, 40% dos homens acha que a parceira desconfiaria do pedido e teria uma percepção de infidelidade ou que ela não aceitaria o uso.

No âmbito do conhecimento sobre o HIV/aids, podemos inferir uma franca mudança no que antes era esperado dessa população, a partir das falas dos entrevistados. A maioria dos idosos em suas respostas associou o HIV ao modo de transmissão e a existência de uma prevenção ou tratamento para a doença. Observou-se uma mudança no entendimento do que é a Aids e na imagem das pessoas que vivem com HIV/aids, ela deixou de ser associada diretamente à sentimentos de tristeza e a morte e passou a ser vista como uma doença crônica, por influência da terapia antirretroviral. Os antirretrovirais introduzidos em 1996 promoveram uma melhor qualidade de vida para as pessoas infectadas com HIV, sendo responsável pela redução de quase 50% das mortes relacionadas à Aids desde 2005 (AGUIAR et al., 2020).

Percebeu-se que os conhecimentos sobre HIV/aids foram incorporados ao cotidiano das pessoas e transformando suas representações adquiridas nos primeiros anos de descoberta da doença, confirmando-se a relevância do acesso, pelos idosos, a conteúdos relativos às medidas de transmissão e prevenção do HIV/aids, pensamento compartilhado por Sousa et al (2019).

Entretanto, achados desse estudo também apontam que mesmo com o aumento da expectativa de vida e uma mudança na representação das pessoas vivendo com HIV há ainda conhecimento dos idosos sobre a aids ancorados a sentimentos negativos, como tristeza, dor, sofrimento, desespero e morte, que era justificada pela vivência dos idosos no início da epidemia da aids, fato que surpreende em um país como o Brasil, cujo acesso à TARV é universal, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Relatos similares são encontrados em outros estudos feitos com idosos vivendo com HIV (CERQUEIRA e RODRIGUES, 2016) e

em revisão de literatura sobre o conhecimento de idosos sobre vulnerabilidades ao HIV/aids (DA SILVA et al., 2015).

Em relação a muitos idosos se considerarem vulneráveis pela contaminação por transfusão sanguínea, se observa um conhecimento que ficou enraizado devido as vivências dessa população, do início da epidemia de Aids, na década de 80, onde houveram elevado número de casos de contaminação pelo HIV por meio de transfusões sanguíneas. Hoje, no Brasil, a regulação da hemotransfusão é feita pelo Programa Nacional de Sangue e Hemocomponentes (Pró-Sangue) desde 1980 que junto com o artigo 199 Constituição de 1988 garantem a doação de caráter voluntário proibindo toda e qualquer forma de comercialização do sangue ou de seus derivados. Ademais, os Centros de Hematologia e Hemoterapia – os hemocentros – garantem a segurança do doador e receptor e aplicação de todas as normas de segurança da doação (SANTOS, MORAES, COELHO, 1991).

A prevalência de IST por perfurocortantes contaminados ainda é pouco conhecida. Dados do Ministério da Saúde, apontam que as chances de infecção por vírus HIV pós-exposição ocupacional percutânea é relativamente baixa, contudo, existem registros de infecção por HIV 1 por acidente ocupacional por profissional da área da saúde. Existem 16 registros de contaminações por HIV entre profissionais de saúde no Brasil, desde que começaram as notificações em 1996 no SINAN (BRASIL, 2015).

Profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros e técnicos de enfermagem estão mais suscetíveis a um acidente de trabalho envolvendo perfurocortantes, uma vez que eles prestam grande parte da assistência aos cuidados diretos dos pacientes. Galarça et al (2020), evidenciou que é durante o preparo de medicação ocorrem com mais frequência os acidentes com perfuro cortantes e material biológico.

O fato de os trabalhadores não comparecerem a todos os retornos agendados para verificação de possível soroconversão, também parece contribuir para uma imprecisão das informações (MARZIALE, NISHIMURA, FERREIRA, 2004). Devido à grande ocorrência de acidentes percutâneos, segundo estimativas oficiais de outros países, acreditamos que maior atenção deva ser direcionada para

a prevenção desses acidentes, bem como ao rigor do seguimento pós-exposição ocupacional.

A investigação da vulnerabilidade programática neste estudo foi complementada através de perguntas sobre a relação entre o participante, serviços e profissionais que operam pelo SUS, no contexto de diálogos sobre prevenção, investigação diagnóstica e atendimento em caso de suspeita e/ou IST confirmada. Dentro desse argumento, ampliamos o debate a partir de agora para a sífilis e a hepatite, além do HIV, por enxergar a visibilidade que é dada a essas doenças pelo SUS durante as campanhas de prevenção.

A maioria dos entrevistados negou já ter buscado atendimento médico por suspeita de IST. Além disso, alguns dos participantes atribuíram a infecção urinária a uma causa recorrente de procura do médico, isso pode ser justificado por a infecção urinária ter uma prevalência importante na terceira idade e também denota uma falta de conhecimento do idoso sobre o que seria de fato uma IST (SILVA, RODRIGUES e PINHEIRO, 2022). Entre as poucas respostas positivas para as buscas por atendimento foram relatados episódios de gonorréia, sífilis, suspeitas de HIV devido a contaminação de ex parceiro sexual e acidente perfurocortante no ambiente de trabalho.

O baixo número de idosos que procuraram atendimento devido à suspeita de IST também foi encontrado no estudo de Andrade et al (2017) realizado com 382 idosos onde apenas 13 (3,4%), tinham história de atendimento médico devido a IST, girando em torno de casos de sífilis, hepatite e HIV, mesmo os participantes desempenhando comportamento de risco, o que pode levar a interpretação do não contágio, de fato, ou da omissão e passividade do usuário frente a um problema de saúde tão íntimo.

Os motivos para baixa procura pode estar atrelado a falta de diálogo dos profissionais da saúde com o paciente idoso, uma vez que a maioria afirmaram nunca terem tido algum diálogo sobre o HIV/aids com um profissional da saúde, no sentido de ser informado sobre prevenção, formas de transmissão e tratamento da doença.

Vemos portanto, que os profissionais da saúde não discutem a sexualidade do idoso e dispensam a abordagem a práticas preventivas como, a orientação ao uso de preservativos e recomendações de testes sorológicos para IST, baseados em discursos ultrapassados que colocam o idoso como assexual. Essa postura dificulta que os próprios idosos percebam-se como vulneráveis, uma vez que a inserção de diálogos sobre a sexualidade do idoso nesse ambiente pode valorizar a percepção de riscos e a necessidade de adoção de comportamentos seguros. Destaca-se que as mulheres idosas são ainda mais prejudicadas pela falha nessas intervenções nesta época da vida, pois, vivenciam alterações fisiológicas como ressecamento e atrofia vaginal que podem aumentar lesões no ato sexual e a probabilidade de contrair IST (ANDRADE et al., 2017).

Outros estudos discutem que os idosos costumam buscar informações sobre HIV/aids por meios tradicionais como rádio, jornal, panfletos e, principalmente, televisão e reafirmam que os profissionais de saúde não abordam esse assunto durante as consultas médicas (SILVA et al., 2015; NARDELLI et al 2017)

Uma evidência que nos leva a crer que as visitas de rotina aos serviços de saúde são oportunidades valiosas para a abordagem às práticas sexuais do idoso e dúvidas sobre IST é o fato de que 9 participantes afirmaram já terem recebido informações sobre o HIV/aids diretamente de um profissional. Isso fomenta a importância do preparo e iniciativa do profissional em ter um diálogo sobre sexualidade com o paciente idoso.

A solicitação de exames ou testes diagnósticos para o HIV e outras IST, demonstrou que existem diferenças entre os sexos, a maioria dos homens referiu já ter sido orientado a fazer teste rápido ou sorológico para o HIV ou outras IST como sífilis e hepatite, enquanto das mulheres mais da metade referiu nunca ter realizado quaisquer exames. O sexo masculino culturalmente possui uma maior credibilidade de vida sexual ativa na velhice pelo olhar da população e dos profissionais da saúde. Além disso, há possibilidade dos idosos terem maiores relatos de relação extraconjugal sem uso de camisinha ou outras práticas que os exponham a possíveis contaminações, o que pode influenciar os profissionais a solicitarem os testes.

Apesar disso, ainda é insatisfatório a quantidade de testes sorológicos realizados neste estudo e outros estudos com idosos também possuem um parcela significativa dos investigados relataram nunca terem realizado o teste de HIV/aids (Nardelli et al, 2016), corroborando para a ideia de que é necessário fomentar o preparo médico e de outros profissionais de saúde a orientar a comunidade idosa a adotar.

O SUS, por meio da Portaria nº 29 de 17 de dezembro de 2013, vinculada ao Ministério da Saúde, é responsável pela disponibilização dos testes rápidos de forma gratuita em sua rede, assegurando também o sigilo do resultado do teste, sendo parte das atribuições do profissional de saúde, a divulgação, proporcionando facilidade de acesso e comunicando da importância da realização do teste para o diagnóstico precoce (Boletim Epidemiológico Aids e DST, 2013).

Neste estudo, alguns dos idosos que nunca foram diretamente orientados a realizarem os exames, o buscam por demanda espontânea, principalmente em mutirões da saúde em hospitais, feiras e campanhas de prevenção, o que denota uma atitude positiva dos participantes, que são informados muitas vezes através de outros idosos de convivência próxima, familiares, amigos e conhecidos. Além disso, reforça a importância de tais campanhas, visto que, para alguns, é o único momento de acesso aos testes diagnósticos para IST.

A associação do “check up” ou exames de rotina, como são popularmente conhecidos, como pensamento de inserção dos testes sorológicos para IST feita pelos entrevistados, alerta para uma falta de conhecimento. Atualmente esses exames são compostos por uma gama de testes para avaliar a funcionalidade de órgãos fundamentais (função renal, função hepática, função tireoidiana etc), contudo levanta-se a necessidade da inclusão dos testes para HIV, sífilis e hepatite B em seu meio, uma vez que potencializaria os diagnósticos na população idosa, contribuindo para que fosse feito de maneira precoce, corroborando em um melhor prognóstico.

10. CONCLUSÃO

Neste estudo, mesmo os idosos que possuíam conhecimento suficiente sobre formas de transmissão e práticas preventivas ao HIV pareceram não se reconhecer como vulneráveis. Para além dos fatores citados anteriormente, há a soma da

percepção de envelhecimento dos mesmos, da submissão feminina, da falta de informação de qualidade, da presença de estigmas enraizados culturalmente e outros fatores que precisam ser melhor investigados. Ressalta-se que o fato de o idoso ouvir sobre o assunto não garante que ele tenha conhecimento suficiente para conhecer e aplicar práticas preventivas em seu contexto de vida, pois, o ouvir não garante que o conteúdo está sendo absorvido de forma coerente e gerando uma percepção de sua vulnerabilidade.

Além disso, pode-se ver que os idosos têm dificuldades em perceber a vulnerabilidade ao HIV/AIDS, principalmente dos que possuem relacionamentos estáveis, associando o casamento a um fator protetor à infecção e partindo do pensamento de que não há necessidade na adoção do uso da camisinha ou de qualquer outro método de prevenção às IST.

Conclui-se ainda que a sociedade e os profissionais da saúde desconhecem a sexualidade por parte do idoso, o que atribui um outro fator de vulnerabilidade dos idosos para as IST. Os resultados desse estudo podem estimular os profissionais de saúde a considerar os idosos como indivíduos sexualmente ativos e desenvolver ações que possam motivá-los a tomar medidas preventivas. O idoso deve compreender sua vulnerabilidade às IST/AIDS, mas os profissionais também devem contribuir com ações na prevenção dessas infecções e detectá-las mais precocemente, aumentando a sobrevida e a qualidade de vida dessa população.

Dessa forma, vemos que existe conhecimento por parte da população idosa quanto às formas de transmissão, prevenção e tratamento do HIV/AIDS, e suas percepções sobre a doença parecem estar se modificando diante do surgimento da TARV e do acesso às informações de qualidade, contudo, esse conhecimento não reflete na adoção de práticas preventivas por parte dos idosos. Além disso, os participantes pareceram considerar importante o uso da camisinha para a sua faixa etária, bem como, compreender algum risco de contaminação para o HIV, mas a sua própria vulnerabilidade a infecção parece passar despercebida uma vez que eles optam pela não adoção do uso do preservativo em seus relacionamentos e alguns nunca chegaram a realizar qualquer teste diagnóstico. Por fim, nota-se que a assistência prestada pelo serviço de saúde pública do município quanto à disseminação de informações sobre o tema e a orientação ao uso de camisinha e

realização de testes diagnósticos ainda é ineficaz e deixa lacunas por não contemplar a sexualidade do idoso.

Apesar de notarmos relato positivo na fala dos participantes sobre o HIV e o preservativo, ainda são necessários esforços para melhorar o conhecimento de idosos sobre o HIV/Aids, incluindo elaboração de materiais educativos com foco nas formas de prevenção. Já a exploração da própria vulnerabilidade, requer uma abordagem mais ampla que o de conhecimento de risco e deve ser incluído em programas individuais e sociais para desmistificação de narrativas de senso comum e tabus. Para isso, torna-se necessário políticas públicas aplicadas em locais de vivências sociais e campanhas midiáticas com uso de linguagem e conteúdos apropriados para a faixa etária.

Como limitação do estudo, os resultados não podem ser generalizados, pois envolveram apenas idosos que utilizaram alguns dos serviços do município de Barreiras, Bahia. No entanto, em concordância com os achados da literatura, o mesmo pode ser usado para justificar e fomentar a elaboração de melhorias que venham a preencher as lacunas de conhecimento e assistência da população idosa sobre o HIV/Aids.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Gina Andrade et al. Religiousness and health-related quality of life of older adults. **Revista de Saúde Pública [online]**. v. 49, 55, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005416>>. Acesso em: 02 de dezembro de 2022.

AGUIAR, Rosaline Bezerra et al. Idosos vivendo com HIV – comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2020, v. 25, n. 2 pp. 575-584, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12052018>>. Acesso em: Nov. 2022.

AMORIM, Diane Nogueira Paranhos et al. Association between religiosity and functional capacity in older adults: a systematic review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online]**. v. 20, n. 05 pp. 722-730, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170088>>. Acesso em: 2 d dezembro de 2022.

ALENCAR, Danielle Lopes de et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 19, n. 08

pp. 3533-3542, 2014. Disponível em:
<<https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.12092013>>. Acesso em: 2 de dezembro de 2022.

ALENCAR, Rúbia Aguiar; CIOSAK, Suely Itsuko. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1140-1146, dez. 2016. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601140&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 23 nov. 2020.

ALMEIDA, David Jesus de; PINHEIRO, Lívia Mara Gomes. Epidemiologia dos idosos com aids na Bahia segundo o SINAN de 2014 a 2016. **Id on Line Rev. Mult. Psic.** v.11, n. 37. p. 640-652, 2017. Disponível em:
<<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/676>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

AVENA, A. **Número de idosos na Bahia cresce 10 vezes mais que a população total.** Disponível em:
<<https://bahiaeconomica.com.br/wp/2020/05/06/numero-de-idosos-na-bahia-cresce-10-vezes-mais-que-a-populacao-total/>>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BAHIA, Superintendência de estudos econômicos sociais da Bahia. Projeção populacional. Disponível em:
<https://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2464:projecao-populacional&catid=1535&Itemid=566>. Acesso em: Ago. 2022.

BARREIRAS. Prefeitura Municipal de Barreiras. Equipamentos da Assistência Social de Barreiras estão funcionando em novos endereços. Disponível em:
<<https://barreiras.ba.gov.br/equipamentos-da-assistencia-social-de-barreiras-estao-funcionando-em-novos-enderecos/>>. Acesso em: Ago. 2022.

BARRETO, Mayckel da Silva; CARREIRA, Lígia .; MARCON, Sonia Silva. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia.** São Paulo, v.18, n.1 pp. 325-339. Jan-Mar, 2015. Disponível :
<<https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/26092>> Acesso em 20 Nov. 2020.

BASTOS L. M. et al. Avaliação do nível de conhecimento em relação à Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva.** v. 23, n. 8, p. 2495-2502, 2018. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/CVfhwsm76gFfSyThy6hdTqS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: Set. 2022.

BEZERRA, Valéria Peixoto et al. Preventive practices in the elderly and vulnerability to HIV. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 70-76, dez. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400070&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Mar. 2021.

BITTENCOURT, Gouveia Dias et al. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnósticos de enfermagem. **Revista Brasileira de**

Enfermagem. v. 68, n.4, p. 579-585, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2670/267041639004>>. Acesso em: 07 Mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html> Acesso em: 10 nov. 2020.

CÂMARA DOS DEPUTADOS DO BRASIL. Propostas legislativas. Projeto de lei 3088/2008. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/388135>>. Acesso em: Nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília (DF). 2010. (Pactos pela saúde, 12).

BRASIL, IBGE. **Censo demográfico, 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>. Acesso em: Ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV/AIDS 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/aids/pub_periodicos.php>. Acesso em: Ago. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Saúde **DATASUS. SIM - Sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília, 2015. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia antirretroviral pós-exposição de risco à infecção pelo HIV. In: Martinazzo AG, editor. Brasil Ministério da Saúde. 1o edição. 2015. p. 1–58. Disponível em: www.aids.gov.br acessado em outubro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. **População residente – estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2020 – Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?popsvs/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 17 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV/AIDS 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>>. Acesso em: Ago. 2022.

BRASIL. Proteção Social. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS). 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-o-cras-centro-de-referencia-da-assistencia-social>>. Acesso em: Ago. 2022.

BORGES, Paula Lutiene de Castro e et al. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 24, n. 12, pp. 2798-2808, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001200008>>. Acesso em: 2 de dezembro de 2022.

CALDAS, J. M. P; GESSOLO, K. M. AIDS Depois dos 50: Um novo desafio para as Políticas de saúde pública, 2007. Disponível em: <<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/56540/2/89657.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2021.

CASTRO S. F. F, COSTA A. A. , CARVALHO L. A. et al. Prevenção da aids em idosos: visão e prática do enfermeiro. **Revista Ciência e Saúde**. v. 7, n. 3, p. 131-140, 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/17773>>. Acesso em: Set. 2022.

CERQUEIRA, M. B. R, RODRIGUES R. N. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 21, n. 11, p. 3331-3338, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/RjmbMnBmKh5LLBhN3dcBpCR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: Jul. 2022.

CUNICO, Wilson et al. HIV-recentes avanços na pesquisa de fármacos. *Química Nova*, v. 31, n. 8, p. 2111-2117, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/qn/v31n8/35.pdf>. Acesso em jan. 2022.

DA SILVA MEIRA, L. C. et al. Conhecimento de idosos sobre vulnerabilidades ao HIV /aids: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. vol. 7, pp. 96-104, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750949021.pdf>>. Acesso em: Set. 2022,

GARLAÇA, Ana Maria Silveira doas Santos et al. Protocolos empregados em serviços de saúde relacionados a casos pós-exposição ocupacional por material perfuro cortante: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of health Review**. Curitiba. v. 3, n. 4, p. 9792-9807, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/14356/11944>. Acesso em: novembro de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html?utm_source=portal&utm_medium=popclock&utm_campaign=novo_popclock>. Acesso em: 17 mai. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm>. Acesso em: 11 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amstras de Domicílio (PNAD)**. Em 2021, o rendimento domiciliar per capita cai ao menor nível desde 2012. Disponível em: <[https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34052-em-2021-rendimento-domiciliar-per-capita-cai-ao-menor-nivel-desde-2012#:~:text=O%20rendimento%20m%C3%A9dio%20mensal%20domiciliar,hoje%20\(10\)%20pelo%20IBGE](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34052-em-2021-rendimento-domiciliar-per-capita-cai-ao-menor-nivel-desde-2012#:~:text=O%20rendimento%20m%C3%A9dio%20mensal%20domiciliar,hoje%20(10)%20pelo%20IBGE)>. Acesso em: Out. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE); DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS). **Projeção da população do Brasil por sexo, idade simples: 2000-2060**. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopbr.def>>. Acesso em: 17 maio 2021.

LAZZAROTTO A. et al. HIV/aids e meia idade: avaliação do conhecimento de indivíduos da região do Vale do Sinos (RS), Brasil. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**. v.15 (Supl. 1), p.1185-1190, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/6cX4DFjgsF6X9RYNJHqhdBn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: Jul. 2022.

MARZIALE, Maria Helena Palucci, NISHIMURA, Karina Yukari Namioka e FERREIRA, Mônica Miguel. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**. v. 12, n. 1, pp. 36-42, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000100006>>. Acesso em: Nov. 2022.

MIRANDA, Gabriella Morais Duarte; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lucia Andrade da. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, junho 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300507&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Mar. 2021.

MIRANDA, Rozinéia de Nazaré Alberto et al. Caracterização nutricional de pacientes com HIV/AIDS coinfectados ou não com tuberculose internados no hospital universitário em Belém, estado do Pará. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 28, p. e976-e976, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/976>>. Acesso em jan. 2022.

PIUVEZAM, Grasiela et al. Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças infecciosas em idosos em hospital de referência na cidade do Natal, Rio Grande do Norte. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 63-68, Mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000100063&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 abr. 2020.

OLIVEIRA, A. S. TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA, TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. v. 15, n. 32, p. 69-79, 1 nov. 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614> . Acesso em 12 abr. 2020.

OLIVEIRA, Francisco Braz Milanez et al . Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 510-516, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000600510&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 abr. 2020.

OMS (2002) Active Ageing – A Police Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging. Madrid, Spain, April, 2002.

MAHMUD, Clós Ibrahim et al. El VIH em ancianos: a prática de los médicos de la Atención Primaria de la Salud em Porto Alegre / RS, Brasil. **PAJAR - Revista Pan-Americana de Pesquisa do Envelhecimento** , v. 8, n. 1, pág. e34081, Disponível em: <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/pajar/article/view/34081>>. Acesso em: 16 maio 2021.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. V. 7, n. 3, p. 631-626, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 Ago. 2022.

MINAYO, MCS; COSTA, AP. Técnicas que fazem uso da Palavra, do Olhar e da Empatia: Pesquisa Qualitativa em Ação. Aveiro: Ludomedia, 2019.

MONTEIRO, Thuane Jaloto et al. Avaliação do conhecimento sobre HIV/Aids em grupo de idosos através do QHIV3I. Rev. Geriatr. Gerontol. Anging. vol. 10, n.1, p. 29-33, 2016. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v10n1a06.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2020.

NARDELLI, G. G et al. Conhecimento sobre síndrome da imunodeficiência humana de idosos de uma unidade de atenção ao idoso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 37(esp), 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZSTryXznv773xGdwLcz9Fsb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: Set. 2022.

NARDELLI, Giovanna Gaudenci et al. Knowledge about HIV/AIDS in older adults using the services of Family Health Strategy. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online]**. v. 52, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/J5vBTBFXZQBKfSvY9xgXyd/?lang=en#>>. Acesso em: Set. 2022.

QUADROS, K. N.; CAMPOS, C. R.; SOARES, T. E.; RESENDE, F. M. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada. **Rev. de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/869/1097>>. Acesso em: 11 abr. 2020.

QUEIROZ, Artur Acelino Francisco L.N. et al. Vulnerability to HIV among older men who have sex with men users of dating apps in Brazil. **Brazilian Journal of Infectious Diseases [online]**. v. 23, n. 5, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bjid/a/HBpBnXBscFzrBDj69RGTdKg/?lang=en#>>. Acesso em: Ago. 2022.

RODRIGUES, W. C. Metodologia Científica (PPT). FAETEC/IST Paracambi, 2007. Disponível em: <http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/metodologia_cientifica.pdf>. Acesso em: 25 jul 2022.

ROMANOWSKI F. N. A., CASTRO, M. B., NERIS, N. W. Centro universitário de Anápolis Pró-Reitoria de pós-graduação, pesquisa, extensão e ação comunitária programa de pós graduação em odontologia: Manual de tipos de estudo. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<http://repositorio.aee.edu.br/bitstream/aee/15586/1/MANUAL%20DE%20TIPOS%20DE%20ESTUDO.pdf>>. Acesso em: 20 Ago. 2022.

SANTANA, Júlia Cardoso; DA SILVA, Cláudia Peres; PEREIRA, Célio Alves. Principais Doenças Oportunistas Em Indivíduos Com HIV. *Humanidades E Tecnologia (Finom)*, v. 1, n. 16, p. 405-422, 2019. Disponível em: http://revistas.icesp.br/index.php/FINOM_Humanidade_Tecnologia/article/view/679. Acesso em: jan. 2022.

SANTOS L. A. C., MORAES C., COELHO, V. S. A hemoterapia no Brasil: de 64 a 80. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 1, n. 1, p. 162-182, 1991. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/physis/1991.v1n1/161-182/pt>>. Acesso em: Nov. 2022.

SANTOS, A. F. M; ASSIS, M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de 68 literatura. **Rev. Bras. Geriatr**. Rio de Janeiro. v.14, n.1, p.147-157, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a15v14n1.pdf&ved=>>>. Acesso em 7 out 2021.

SANTOS G. S., CUNHA I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **Rev Enferm Cent-O Min**. v. 4, n.2, p. 1135-1145, 2014. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-754525>>. Acesso em: Ago. 2022.

SANTOS, M. C. et al. Diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.71 (suppl 3) p. 1518-28, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/LxRqXbfmGzXcMWkbZG8xxbN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: Ago. 2022.

SILVA M. L. C., MORAIS K. S., NOGUEIRA J. A., et al. Conhecimento de idosos sobre vulnerabilidades ao HIV/aids: uma revisão integrativa da literatura. **J Res Fundam Care**. v. 7, p. 96-104, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750949021.pdf>>. Acesso em: Ago. 2022.

SILVA, Jessica Dalia Brito, et al. Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis em/ AIDS em idosos. **Revista Uningá**. v. 53, n. 1. p. 19-24, 2017. Disponível em: <<https://revista.uninga.br/uninga/article/view/1418>>. Acesso em: Set. 2022.

SILVA J. D. B., OLIVEIRA D. M., ROCHA-FILHO D. R et al. Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis/ AIDS em idosos. **Rev Uningá**. v. 25, n. 1, p. 19-24, 2017. Disponível em: <<https://revista.uninga.br/uninga/article/view/1418/1033>>. Acesso em: Ago. 2022.

SILVA, B. de A. S. da; RODRIGUES, C. L. D. .; PINHEIRO, M. S. . Urinary tract infection in the elderly and its antimicrobial susceptibility in the community . **Research, Society and Development, [S. l.]**, v. 11, n. 8, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31580>. Acesso em: 2 de dezembro de 2022.

SIMÕES S.S E.P. et al. Estudos inerentes a feminização do HIV/Aids. **American Journal of HIV/ AIDS Research**. v. 1, n.6, 2018. Disponível em: <<https://aepub.com/Articles/AJHR-2018-11-0106.pdf>>. Acesso em 07 Mar. 2021.

SOARES, J. P. et al. Prevalência e fatores de risco para o HIV/AIDS em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v. 46, n. 4, p. 182-194, dezembro, 2017. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/126/216>>. Acesso em: 9 nov. 2019.

SOARES, K. G, MENEGHEL S. N. O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. **Revista de Ciência e Saúde Coletiva**. v. 26, n.1, p. 129-136, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/zKHkCkv9LPWPVQ8JYpyRRjp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: Set. 2022.

SOUSA, L. R. M. et al. Representações sociais do HIV/Aids por idosos e a interface com a prevenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 72, n. 5, p. 1192-1199, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/J4XbZ5Xtzt7T9MTMPt5MJLm/?format=pdf&lang=p>>. Acesso em: Ago. 2022.

TAVARES, MCA; LEAL, MCC; MARQUES, APO; ZIMMERMANN, RD. Apoio social ao idoso com HIV / Aids: uma revisão integrativa. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** vol. 22, n.2, p. e180168, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232019000200302&lng=en>. Acesso em: 9 Nov. 2019

TRINDADE, Felipe Ferraz et al. Perfil epidemiológico e análise de Tendência de HIV/AIDS/Epidemiological profile and trend analysis of HIV/AIDS/Perfil epidemiológico y análisis de tendencia del HIV/SIDA. *Journal Health NPEPS*, v. 4, n. 1, p. 153-165, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3394>. Acesso em: jan. 2022.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNAIDS. 90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS [Internet]. Genebra; 2015 [citado 2 Jun. 2016]. Disponível em: http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf

WALDMAN, Eliseu Alves; SATO, Ana Paula Sayuri. Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 68, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Mar. 2021.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: ARLINDO GOMES DE MACEDO JUNIOR
Endereço: JOÃO VI MORADA DA LUA n 447 ap 403 BARREIRAS BAHIA 47806209
Fone: (77) 3614-3107 E-mail: arlindo.macedo@ufob.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa , que tem como objetivo verificar o conhecimento dos idosos sobre as **ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS ACERCA DAS SUAS VULNERABILIDADES PARA O HIV/AIDS**, que tem como objetivo verificar o conhecimento dos idosos sobre as formas de transmissão, prevenção e tratamento do HIV/AIDS, analisar a percepção de risco de contaminação que os idosos têm sobre si mesmos e os demais senis, verificar os comportamentos de risco realizados por idoso e levantar dados sobre as lacunas na assistência a vida sexual do idoso e correlacionar com o os casos diagnosticados nos últimos dez anos.

O motivo que nos leva a estudar é a necessidade de preencher lacunas acerca da temática no município, uma vez que o problema é crescente em todo o país e não há estudos satisfatórios na literatura.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: ida dos pesquisadores a lares de idosos, locais de atividades esportivas e educativas com grupos de idosos, igrejas, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e etc, e convite a participação da entrevista mediante a explicação e assinatura deste termo. A entrevista será realizada de maneira individual e somente em ambiente privado à disposição do local de coleta. Adicionalmente, para evitar o constrangimento, informa-se que não é obrigatório responder a todas as perguntas e que você poderá solicitar a parada da entrevista a qualquer momento.

A entrevista consiste em um conjunto de questões pré-determinadas nos seguintes módulos temáticos: dados gerais do participante, questões sobre a sexualidade do idoso, identificação do conhecimento pelo tema, identificação de comportamentos de risco apresentados e qual a relação do entrevistado com o serviço de saúde, se tratando de sexualidade. Todas as informações coletadas

poderão ser anotadas no formulário de entrevista e gravadas podendo haver posterior transcrição dos dados para material digital ficando sob responsabilidade do Pesquisador e armazenadas com o mesmo até o fim da produção do estudo.

O principal risco envolvido nessa pesquisa é a publicização de dados que permitam identificar os participantes, ocorrendo o vazamento das informações colhidas. A partir da análise da entrevista e do questionário os pesquisadores terão acesso a alguns dados pessoais dos participantes, contudo, o anonimato será instituído de maneira fundamental para evitar a identificação de qualquer participante. Além disso, será enfatizado durante a entrevista e aplicação do questionário que o participante não deve se identificar em nenhuma das perguntas. Tendo em vista esses riscos, os pesquisadores responsáveis também se comprometem a zelar pelo anonimato e assumem o compromisso de não expor nenhum dado que permita a identificação dos participantes.

Em relação aos benefícios, por meio desta pesquisa poderão ser encontradas as principais fragilidades que o idoso encontra para se prevenir corretamente contra o HIV. Esse estudo poderá fornecer esclarecimentos para propor itens que possam complementar e incentivar a formulação de campanhas educacionais e até novas políticas públicas voltadas para a saúde sexual da população idosa que possam ser instituídas pela secretaria de saúde do município.

O motivo deste convite é que o (a) Sr. (a) se enquadra nos seguintes critérios de inclusão: residir no município de Barreiras- BA, possuir idade superior a 59 anos, assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e estar em condição cognitiva de compreensão e resposta das perguntas.

O (A) Sr. (a) poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que forem observados os seguintes critérios de exclusão: não residir no município de Barreiras- BA, possuir idade inferior a 59 anos ou não ter assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas será garantido, se necessário, o ressarcimento de suas despesas, e de seu acompanhante, como transporte e alimentação.

O (A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz os materiais ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal do Oeste da Bahia e a outra será fornecida a (o) Sr. (a).

Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, portador do CPF _____, nascido (a) em ____/____/_____, residente no endereço _____

_____, na cidade de _____, Estado _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico () _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS ACERCA DAS SUAS VULNERABILIDADES PARA O HIV/AIDS, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Barreiras, Bahia, _____ de _____ de 2021.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia
Rua Professor José Seabra de Lemos, 316 – Recanto dos Pássaros. CEP: 47.808-021. Barreiras, Bahia.

Tel. 55(77) 3614-3508 / E-mail: cep@ufob.edu.br

ANEXO B - Entrevista semiestruturada

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Módulo 1 - Questionário socioeconômico

Idade: ____ anos **Sexo:** () Feminino () Masculino

Cor ou Raça/Etnia: () Branco () Preto () Pardo () Indígena () Amarelo () Outro:

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () Divorciado(a) ()

Viúvo(a)

Orientação sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Outro: _____

Religião: _____

Renda:

- Até 1 salário mínimo
- 1 a 3 salários mínimos
- 4 a 6 salários mínimos
- 7 a 8 salários mínimos
- 9 a 10 salários mínimos
- Mais de 10 salários mínimos

Escolaridade:

- Nenhuma
- Alfabetização
- Ensino fundamental I
- Ensino Fundamental II
- Ensino Médio
- Graduação

Módulo 2 - Entrevista semiestruturada

1. Você conhece a camisinha/preservativo masculino e feminino? Sabe onde obtê-las?
2. Como você conheceu ou ouviu falar da camisinha/preservativo?
3. Você considera importante o uso da camisinha para pessoas maiores de sessenta anos? Porque?
4. Atualmente, você é sexualmente ativo(a) (está tendo relação sexual com alguém)?
 - 4.1 Se é ou já foi casado: Você já teve relação sexual com outra pessoa durante o casamento (parceiro fixo)?
 - 4.2 Se solteiro: quantos parceiros você tem por ano?
5. Você costuma usar camisinha nas suas relações sexuais?
6. Caso o parceiro queira fazer relação sexual sem camisinha, você se sente segura(o) para dizer ao ao parceiro(a) que deseja ter relação sexual com camisinha?

7. Você acha que você pode se infectar com o HIV? Explique o porquê.
8. Você sabe o que é o HIV e a AIDS?
9. Você já foi ao médico com alguma suspeita de infecção sexualmente transmissível? Como foi pra você? Conte como você se sentiu.
10. Algum profissional de saúde já conversou com você sobre o HIV/aids? Conte como foi.
11. Algum profissional de saúde já pediu para você algum exame de diagnóstico para HIV/aids? Conte como foi a experiência.

E para outra IST?

Módulo 3 - Avaliação de conhecimento sobre o tema

As questões abaixo devem ser respondidas marcando V para “verdadeiro”, F para “falso” e NS para “não sei”.

- 1- () O HIV pode ser transmitido pelo beijo na boca ou abraço.
- 2- () o HIV pode ser transmitido pelo compartilhamento do mesmo sanitário/sabonete/toalha.
- 3- () O HIV pode ser transmitido pela picada de mosquito e outros insetos.
- 4- () O HIV pode ser transmitido pelo sexo sem uso de camisinha.
- 5- () O HIV pode ser transmitido pelo uso de duas pessoas ou mais de uma mesma agulha/seringas.
- 6- () O HIV pode ser transmitido pela mãe para o bebê durante a gestação.
- 7- () Existem formas de prevenir infecção contra o vírus.
- 8 - () A AIDS é uma doença que ocorre somente em homossexuais.
- 9 - () Os idosos não devem se preocupar com a AIDS, pois o HIV só infecta os jovens.
- 10 - () A população idosa não tem necessidade do uso de camisinha durante o sexo, porque não corre o risco de engravidar.

11 - () A AIDS é uma doença que tem tratamento.