



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

FLÁVIA SELES OLIVEIRA

**CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO À PESSOA IDOSA COM
HIV/AIDS: GERONTOTECNOLOGIAS E AÇÕES ECOSISTÊMICAS**

Rio Grande

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO À PESSOA IDOSA COM
HIV/AIDS: GERONTOTECNOLOGIAS E AÇÕES ECOSSISTÊMICAS

FLÁVIA SELES OLIVEIRA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de enfermagem/saúde a indivíduos e grupos sociais.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Silvana Sidney Costa Santos

Rio Grande

2016

Ficha catalográfica

O842c Oliveira, Flávia Seles.

Cuidado de Enfermagem complexo à pessoa idosa com HIV/AIDS:
gerontotecnologias e ações ecossistêmicas / Flávia Seles Oliveira. –
2016.

158 f.

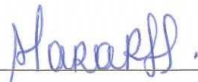
Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG,
Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2016.

Orientadora: Dr^a. Silvana Sidney Costa

FLÁVIA SELES OLIVEIRA

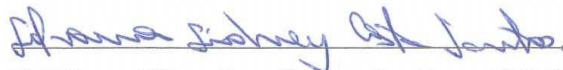
**CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO À PESSOA IDOSA COM HIV/AIDS:
GERONTOTECNOLOGIAS E AÇÕES ECOSISTÊMICAS**

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** a aprovada na sua versão final em 06 de Dezembro de 2016, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

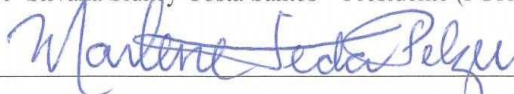


Dr^a Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

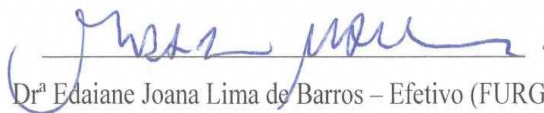
Banca Examinadora



Dr^a Silvana Sidney Costa Santos – Presidente (FURG)



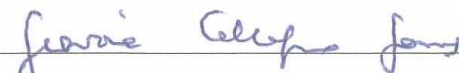
Dr^a Marlene Teda Pelzer – Efetivo (FURG)



Dr^a Edaiane Joana Lima de Barros – Efetivo (FURG)



Dr^a Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt – Efetivo (UFSC)



Dr^a Giovana Calcagno Gomes – Suplente (FURG)



Dr^a Maria Izabel Penha de Oliveira Santos – Suplente (UEPA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar e, sobretudo, a Deus que me deu a vida e me conduziu a este caminho me proporcionando tudo o que foi necessário para chegar até aqui.

Aos meus pais, Jair Oliveira e Loeci Maria Seles Oliveira por me ensinarem a sonhar e me incentivar ao estudo e ao trabalho como a melhor forma de me tornar uma pessoa melhor.

Ao meu namorado Saul Santos de Freitas por seu companheirismo, compreensão e apoio em todos os momentos.

À professora Dr^a Silvana Sidney Costa Santos, por ser um exemplo de profissional e pessoa que me auxiliou nesta caminhada com sabedoria e carinho e que sempre acreditou que eu possuía potencial para tal.

Aos membros da banca, Dr^a Edaiane Joana Lima Barros, Dr^a Giovana Calcagno Gomes, Dr^a Marlene Teda Pelzer, Dr^a Maria Izabel Penha de Oliveira Santos e Dr^a Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, por suas contribuições e disponibilidade, tanto na banca de qualificação como na de defesa da tese.

A todos os professores da FURG, EENF e PPGENF onde trilhei toda a minha caminhada acadêmica.

À colega Vânia Dias Cruz por todo apoio, troca de conhecimento e amizade durante este processo.

Aos funcionários do Hospital Dia da Furg, secretária Eliane Xavier, Dr^a Jussara Maria Silveira, Enf^ª Maiba Nader e aos demais funcionários que me acolheram e me auxiliaram nesta caminhada.

À escola SENAC Rio Grande, Diretora Márcia Angélica Ebserson, Pedagoga Sandra Gonçalves, Coordenador Rafael Araujo Rodrigues e demais funcionários, colegas e estudantes por me apoiarem, incentivarem e por promoverem meu sustento durante toda esta etapa.

Às pessoas idosas entrevistadas que aceitaram partilhar um pedaço da sua história comigo, pois sem estas este sonho não seria possível.

E, por fim, a todos, que embora não tenham seus nomes citados aqui, contribuíram de alguma forma para concretização deste trabalho.

A TODOS: muito obrigada!

RESUMO

OLIVEIRA, Flávia Seles. **Cuidado de enfermagem complexo à pessoa idosa com HIV/Aids:** gerontotecnologias e ações ecossistêmicas. 2016. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/Rio Grande do Sul, Brasil, 2016.

A população idosa está aumentando e torna-se suscetível de ser afetada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, apesar dos métodos de prevenção, há baixa adesão das pessoas idosas, o que ocorre por conta do desconhecimento ou por questões culturais/sociais. Partindo do referencial filosófico da Complexidade segundo Edgar Morin, defendeu-se a tese: Como se apresenta o cuidado de enfermagem complexo alicerçado em gerontotecnologias e ações ecossistêmicas à pessoa idosa com HIV/Aids? Teve-se como objetivos: Descrever os casos das pessoas idosas com Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida a partir da complexidade; Avaliar a funcionalidade e as condições de saúde das pessoas idosas com Virus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Propor cuidados de enfermagem (gerontotecnologias) e ações ecossistêmicas a pessoa idosa com HIV/Aids baseados na CIF. Foi realizada uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso múltiplo, em um Serviço de Referência, o Hospital Dia de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, Brasil, no período de julho a agosto de 2015. Participaram oito pessoas idosas. Foi utilizado um instrumento de coleta de dados adaptado da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, aplicado por meio da entrevista complexa. A análise seguiu as proposições do estudo de caso nas três estratégias analíticas: geral, teórica e descritiva. Foram considerados os aspectos éticos que direcionam a pesquisa com seres humanos no Brasil. Participaram sete mulheres e um homem; entre 60 e 72 anos e cinco deles tinham renda de até um salário mínimo. As pessoas idosas adquiriram o vírus por meio de relação sexual com companheiro/marido e apresentam dificuldade em aceitar a sua condição sorológica. Quanto à funcionalidade e saúde, as pessoas idosas investigadas apresentaram alterações na funcionalidade análogas à população idosa em geral. Em relação às gerontotecnologias e ações ecossistêmicas estas foram elaboradas baseadas na autonomia, respeito e ausência de preconceitos/tabus, respeitando a individualidade e a sexualidade das pessoas idosas pesquisadas. Mostra-se necessária a avaliação da funcionalidade/saúde para subsidiar as práticas preventivas e de controle de incapacidades e garantir a autonomia/independência de pessoas idosas com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Os profissionais de saúde/enfermeiros necessitam elaborar estratégias para compreender a complexidade que permeia o cuidado com a pessoa idosa com Virus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Descritores: Idoso; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Dinâmica não linear; Enfermagem.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Flávia Seles. **Complex Nursing Care for the Elderly with Human HIV/Aids:** gerontotechnologies and ecosystemic actions. 2016. 158 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Port Graduate Nursing Program, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/Rio Grande do Sul, Brasil, 2016).

The elderly population is increasing and becomes susceptible to being affected by the Human Immunodeficiency Virus, despite the prevention methods, there is low adherence of the elderly, due to ignorance or cultural / social issues. Starting from the philosophical framework of Complexity according to Edgar Morin, the thesis was defended: How is the complex nursing care based on gerontotechnologies and ecosystemic actions presented to the elderly person with HIV / AIDS? The objectives were: To describe the cases of elderly people with Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immune Deficiency Syndrome from the complexity; To evaluate the functionality and health conditions of elderly people with Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome; To propose nursing care (gerontotechnologies) and ecosystemic actions to the elderly person with HIV / Aids based on the CIF. A qualitative study of the multiple case study type was carried out in a Reference Service, Day Hospital of a University Hospital of Rio Grande do Sul, Brazil, from July to August, 2015. Eight elderly people participated. A data collection instrument adapted from the International Classification of Functioning, Disability and Health was used, through a complex interview. The analysis followed the propositions of the case study in the three analytical strategies: general, theoretical and descriptive. The ethical aspects that guided human research in Brazil were considered. Seven women and one man participated; Between 60 and 72 years and five of them had income of up to a minimum wage. Older people have acquired the virus through sexual intercourse with a partner / husband and have difficulty accepting their serological condition. Regarding functionality and health, the elderly subjects investigated presented similar functional alterations to the elderly population in general. Regarding gerontotechnologies and ecosystemic actions, these were elaborated based on the autonomy, respect and absence of preconceptions / taboos, respecting the individuality and sexuality of the elderly people researched. It is necessary to evaluate the functionality / health to subsidize preventive practices and control of disabilities and to guarantee the autonomy / independence of elderly people with Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome. Health professionals / nurses need to develop strategies to understand the complexity that permeates care with the elderly person with Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome.

Keywords: Elderly; Acquired immunodeficiency syndrome; International Classification of Functioning, Disability and Health; Nonlinear dynamics; Nursing.

RESUMEN

OLIVEIRA, Flávia Seles. **Complejo de cuidados de enfermería a las personas mayores con el HIV/ Aids:** gerontotecnologías y acciones ecosistémicas. 2016. 158f. (Doctorado en Enfermería) - Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande del Sur, Brasil, 2016.

La población de ancianos está aumentando y se convierte en susceptibles de ser afectados por el virus de inmunodeficiencia humana, aunque los métodos de prevención, hay baja adherencia de los ancianos, que se produce debido a la ignorancia o cuestiones culturales / sociales. Desde el marco filosófico de la Complejidad segundo Edgar Morin, la tesis fue defendida: el cuidado de enfermería compleja basada en gerontotecnologías y acciones de los ecosistemas para las personas de edad avanzada con el VIH / SIDA Como se muestra? Tuvo como objetivos: Describir el caso de las personas mayores con Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida de la complejidad; Para evaluar las condiciones de funcionalidad y de salud de las personas de edad avanzada con Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Proponer la atención de enfermería (gerontotecnologías) y las acciones de los ecosistemas persona de edad avanzada con el VIH / SIDA basada en la CIF. un estudio de investigación cualitativa de tipo de casos múltiple se llevó a cabo en un servicio de referencia, el Hospital de Día del Hospital de la Universidad de Rio Grande do Sul, Brasil, entre julio y agosto de 2015. Los participantes fueron ocho personas de edad avanzada. Se utilizó un instrumento de recolección de datos adecuado de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, aplicado a través del complejo entrevista. El análisis siguió las proposiciones del estudio de caso en las tres estrategias analíticas: generales, teóricos y descriptivos. Consideraron los aspectos éticos que impulsan la investigación en seres humanos en Brasil. Los participantes fueron siete mujeres y un hombre; entre 60 y 72 años y cinco de ellos tenían hasta un salario mínimo. Las personas mayores adquirido el virus por contacto sexual con una pareja / marido y tienen dificultades para aceptar su condición de VIH. En cuanto a la funcionalidad y la salud, tercera edad investigados mostraron cambios funcionalidad similar a la población de edad avanzada en general. En cuanto a las acciones de los ecosistemas y gerontotecnologías éstas se han elaborado sobre la base de la autonomía, el respeto y la libertad de polarización / tabúes, respetando la individualidad y la sexualidad de los ancianos encuestados. Espectáculos es necesario evaluar la funcionalidad / salud para apoyar las prácticas de prevención y control de la discapacidad y garantizar la autonomía / independencia de las personas mayores con Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. profesionales de la salud / enfermeras necesitan desarrollar estrategias para entender la complejidad que impregna el cuidado de los ancianos con el Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirid

Palabras clave: edad avanzada; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; la dinámica no lineal; Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Interação dos elementos da CIF.....	46
Figura 2: Modelo metodológico do estudo de caso.....	54

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Categorias da CIF nas funções do corpo com 80% e mais de frequência.....	57
Quadro 2: Categorias da CIF nas atividades e participação com 80% e mais de frequência.....	58
Quadro 3: Categorias da CIF nos fatores ambientais com 80% e mais de frequência.....	58

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CIF: Classificação Internacional de Incapacidade e Funcionalidade

DST: Doença Sexualmente Transmissíveis

FURG: Universidade Federal do Rio Grande

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

TARV: Terapia Anti Retroviral

TCLE: Termo de consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO: uma visão complexa.....	14
2. REFENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL.....	20
2.1 O envelhecimento e o HIV/Aids.....	20
2.2 A Complexidade segundo Edgar Morin: aproximação da pessoa idosa com HIV/Aids.....	33
2.3 O cuidado de enfermagem complexo à pessoa idosa sustentado na CIF/Gerontotecnologias/Ações ecossistêmicas.....	40
3. MÉTODO: o direcionamento para o estudo de caso.....	51
3.1 Tipo de Pesquisa	51
3.2 Local da Pesquisa	54
3.3 Participantes	54
3.4 Procedimentos de coleta dos dados	55
3.5 Procedimentos de análise dos dados.....	58
3.6 Questões éticas envolvidas na pesquisa.....	58
4.RESULTADOS.....	59
5.DISCUSSÃO.....	95
5.1 ARTIGO 1: A complexidade de ser uma pessoa idosa com a Síndrome da Imunodeficiência Humana.....	96
5.2 ARTIGO 2: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde de pessoas idosas com HIV/Aids.....	109
5.3 ARTIGO 3: Cuidado de enfermagem (gerontotecnologias) às pessoas idosas com HIV/Aids e ações ecossistêmicas.....	123
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS.....	140
APÊNDICE A.....	148

APÊNDICE B.....	150
APÊNDICE C.....	152
ANEXO A.....	154
ANEXO B.....	158

1. INTRODUÇÃO: uma visão complexa

Cada indivíduo vive e experimenta-se como sujeito singular; essa subjetividade singular, que diferencia cada um, é comum a todos (MORIN, 2002, p.59).

A minha aproximação com a temática é derivada da oportunidade de estudar a saúde da pessoa idosa durante o curso de Doutorado. Ao refletir acerca das opções de temáticas que poderiam ser investigadas ao ingressar no doutorado e no grupo de pesquisa sobre a pessoa idosa percebi, por meio de conhecimentos, leituras e reflexões prévias que, ao realizar uma pesquisa acerca da pessoa idosa com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), seria importante para a compreensão do panorama da epidemia no Brasil e o papel do enfermeiro frente aos enfoques deste vírus na saúde da pessoa idosa e no seu cuidado de enfermagem/saúde específico.

Para contemplar as necessidades que permeiam a pessoa idosa com HIV/Aids despertou-se o aprofundamento quanto às questões ecossistêmicas, que se constituem como alicerce do curso de Doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), que tem como um de seus objetivos formar doutores em Enfermagem capacitados a promover o avanço do conhecimento e da produção de novas tecnologias na Enfermagem/Saúde considerando as questões ecossistêmicas.

Ao ampliar o estudo do cuidado de enfermagem à pessoa idosa com HIV/Aids e o ecossistema que a permeia, emergiu a necessidade e a inspiração de estudar a Complexidade sob a ótica de Edgar Morin. Esta abordagem comporta o reconhecimento do princípio de incompletude e de incerteza compreendendo-se como uma maneira de entender o mundo, integrando as relações de coexistência entre os seres vivos e não vivos, os conceitos de ordem e desordem, uno e diverso, estabilidade e mudança e, principalmente, a noção de incerteza (PETRAGLIA, 2001).

O envelhecimento populacional constitui um dos desafios para a saúde pública contemporânea, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Frente ao envelhecimento, torna-se necessário qualidade aos anos adicionais de vida, de tal forma que as políticas destinadas à pessoa idosa necessite levar em conta a manutenção da capacidade funcional, a necessidade de autonomia, a elaboração de novos significados para a vida, o incentivo à prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Doenças Crônicas Transmissíveis (DCT) e o cuidado e a atenção integral à saúde (MELO et al., 2009).

Uma das condições crônicas que vêm atingindo as pessoas idosas é o HIV/Aids. A

epidemia causada pelo HIV representa um fenômeno global, dinâmico e instável. A forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, dentre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. Estima-se que existam mais de 36 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo e já se contabilizam mais de 16 milhões de óbitos, desde a década de 1980 (LIMA; FREITAS, 2012).

O Ministério de Saúde, ao classificar as pessoas com HIV/Aids divide-as em faixas etárias específicas e as pessoas idosas, aquelas com 60 anos e mais, estão incluídas na faixa etária acima dos 50 anos. A incidência de HIV/Aids na população brasileira acima de 50 anos aumentou de 3,6 para 7,1 em 100.000 habitantes entre 1996 a 2006, representando um incremento de 50% de casos novos. A doença neste grupo específico apresenta particular relevância epidemiológica pelas altas taxas de incidência, prevalência e letalidade. O índice de HIV/Aids nessas pessoas já supera a faixa etária dos adolescentes entre 15 e 19 anos. Este aumento do número de casos cresce como em nenhuma outra faixa etária, emergindo como um desafio para o Brasil. Há necessidade do estabelecimento de políticas públicas e estratégias que possam garantir o alcance das medidas preventivas a estas pessoas (SANTOS; ASSIS, 2011).

A abordagem da sexualidade, bem como a vulnerabilidade à infecção pelo HIV, configura um panorama de saúde que gera desafios aos profissionais durante o planejamento da assistência à saúde da pessoa idosa. Assim, a discussão de conhecimentos e comportamentos das pessoas idosas frente ao HIV/Aids, gera uma avaliação de necessidades de saúde e fatores que vulnerabilizam essas pessoas, visando subsidiar o planejamento de ações nos serviços de saúde (BITTENCOURT et al., 2015).

Para o direcionamento adequado do processo de trabalho com as pessoas idosas, o enfermeiro necessita estar voltado para o reconhecimento das características dessa nova geração de pessoas com HIV/Aids. Essas informações demandam subsidiar ações educativas voltadas à melhoria do cuidado e, principalmente, para atuar de forma preventiva com essas pessoas (LIMA; FREITAS, 2012). Focando-se nas pessoas idosas com HIV/Aids, destaca-se a elaboração de gerontotecnologias, que consistem em tecnologias específicas direcionadas a estas pessoas para um cuidado de enfermagem singular.

A tecnologia descreve o fenômeno do cuidado em saúde e melhora a compreensão do modo como são manifestadas as ideias, valores, política, história, ambiente, ações e culturas. A tecnologia contemporânea se manifesta cada vez mais dentro de um sistema tecnológico (técnica) em que a política, organizações e seres humanos se reúnem com o objetivo principal de maximizar as relações de auto-organização (BARNARD, 2002).

Os desafios para o desenvolvimento de gerontotecnologias estão relacionados à aprendizagem do uso, mudanças de hábitos e crenças pessoais, questões financeiras, entre outros, sendo necessário o planejamento de estratégias e seu aperfeiçoamento na utilização com vistas à prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, direcionando-as para os problemas relacionados à pessoa idosa com HIV/Aids. Estas tecnologias visam servir como uma estratégia para a acessibilidade da pessoa idosa aos serviços de saúde, desvelando uma resposta aos desafios relacionados à velhice e o HIV/Aids de forma ética, solidária e complexa em um ambiente ecossistêmico (PILLON et al., 2010).

Além das gerontotecnologias, o cuidado à pessoa idosa com HIV/Aids impõe que os enfermeiros que cuidam esta pessoa tenham a percepção da importância de conhecer o ambiente que permeia este indivíduo para o melhor direcionamento do cuidado. E para tanto, o ambiente não é a ecologia, mas a complexidade do mundo, por meio das relações de poder que têm sido inscritas nas formas dominantes do conhecimento, envolve o saber sobre as formas de apropriação do mundo e da natureza (LEFF, 2004). O ambiente é ainda uma condição, uma circunstância, um favor ou variáveis que afetam o indivíduo, família ou comunidade. Tais condições podem incluir fatores físicos e outras influências não físicas (LAUSTEN, 2006).

O ambiente de um determinado sistema é o conjunto dos sistemas que lhe são externos, com os quais ele interage: familiar, profissional, econômico e social. Ambiente, em um sentido amplo e multidimensional, tem significado relacionado aos limites do espaço das relações humanas, sejam essas produzidas na abrangência familiar ou até mesmo no contexto da comunidade em geral, com a intenção de produzir e reproduzir situações favoráveis à construção de interações saudáveis com entre os seres humanos (CEZAR-VAZ et al., 2007).

Ao deparar-se com a pessoa idosa com HIV/Aids, os enfermeiros necessitam levar em conta que essa pessoa está permeada por uma rede de elementos que se interagem e retroagem. Tal rede não pode ser dissociada da percepção de vida com o HIV/Aids; da velhice; da capacidade funcional, muitas vezes, comprometida; das questões biológica, social e psicológica; das políticas econômicas e públicas direcionadas; do ambiente/contexto desta pessoa idosa (BARROS, 2012).

O ser humano e o contexto ecossistêmico no qual a pessoa idosa está inserida necessitam estar em profunda interação e em contínuo movimento, pois estes apresentam condicionantes e situações favoráveis e desfavoráveis para a sua saúde dentro de um sistema complexo. Para Morin, o ecossistema compõe-se de um conjunto de interações em uma unidade que contém diversas populações vivas que constituem uma unidade complexa ou um

sistema (MORIN, 2001). O cuidado à pessoa idosa com HIV/Aids, apresenta-se como uma prática entre os seres humanos e o ambiente, englobando a complexidade e as dimensões desta abordagem ecossistêmica focalizadas na pessoa idosa.

Torna-se imprescindível olhar o ser humano idoso e o ambiente de forma ampliada e complementar, uma vez que um depende do outro. É necessário encarar o desafio da complexidade e perceber o ser humano como sendo singular em sua essência. Para Morin, compreender o humano não é separá-lo do Universo, mas situá-lo neste espaço, tendo em vista que todo conhecimento só é pertinente quando contextualizado com seu objeto (MORIN, 2010). Mostra-se de suma importância visualizar a pessoa idosa com HIV/Aids como um ser humano pertencente a um sistema em constante interação e, para que suas demandas sejam atendidas, torna-se imprescindível que a necessidade do cuidado de enfermagem a esta pessoa idosa seja complexo, utilizando-se de gerontotecnologias e ações ecossistêmicas.

Morin apresenta a incerteza como princípio norteador da humanidade e não propõe a eliminação dessa incerteza; pelo contrário, sugere que se busque compreender a contradição e o imprevisível, a partir da convivência com eles e considerando a relação todo e partes. O todo é uma unidade complexa e não se reduz à soma dos elementos que constituem as partes; a soma das partes é maior e menor que o todo, pois cada parte apresenta sua particularidade e, em contato umas com as outras, modificam-se as partes e também o todo (PETRAGLIA, 2001).

A complexidade lembra problema e não solução. Nesse sentido, o pensamento complexo aspira ao conhecimento multidimensional, contudo, o conhecimento completo é impossível (MORIN, 2008). No cuidado à pessoa idosa com HIV/Aids, existe a necessidade de que os enfermeiros consigam articular o atendimento integral, complexo e multi/inter/transdisciplinar pautado na multidimensionalidade humana. Concorde-se que a relevância do envelhecimento da população, incita discussão dos problemas de saúde que as pessoas idosas enfrentam, bem como a importância de utilização de gerontotecnologias que viabilizem o cuidado de enfermagem complexo (HAMMERSCHMIDT, 2011).

A Enfermagem tem como foco/razão da sua existência o cuidado integral ao ser humano, independentemente das condições sociais, econômicas, raciais, de gênero, nos mais diversos espaços do ser e existir humanos (BACKES et al., 2009). Torna-se necessário que os enfermeiros compreendam o ser que é cuidado integralmente, com múltiplas relações e interações sociais, as quais são potencializadas pelo ambiente natural e social (BACKES et al., 2011).

Os enfermeiros, além do conhecimento científico e das habilidades técnicas,

necessitam incorporar uma abordagem integradora e complementar ao processo de cuidado, no sentido de compreender o ser humano em sua complexidade e unicidade. Que se desenvolva uma compreensão na qual a pessoa idosa seja capaz de fazer escolhas e participar ativamente do cuidado de enfermagem que lhe é direcionado.

Por meio de uma visão ampliada acerca do cuidado de enfermagem, pela incorporação de novos significados que foram influenciados pelas novas abordagens e valores, vê-se a dissociação da linearidade do cuidado e o caminhar para a complexidade deste, motivado pelas interações e associações sistêmicas. O cuidado na perspectiva da complexidade permite compreender que, para cuidar de forma integral do ser humano idoso, mostra-se indispensável à conectividade dos saberes e ações dos enfermeiros, a fim de contemplar e valorizar as múltiplas dimensões de cada ser humano envolvido (ERDMANN et al., 2007).

Como parte de um cuidado de enfermagem complexo à pessoa idosa com HIV/Aids, destaca-se a importância da sua avaliação funcional, pois o processo fisiológico do envelhecimento é caracterizado pela redução da capacidade nos tecidos e órgãos. Concorda-se que essa perda de função pode ou não levar a limitações que, por sua vez, podem gerar incapacidade, conduzindo, em última instância, à dependência da ajuda de outras pessoas ou de equipamentos específicos para a realização de tarefas essenciais à sobrevivência na vida diária (TENÓRIO et al., 2006).

Uma forma de estimar a saúde de uma pessoa idosa é utilizar a avaliação funcional, que é baseada na capacidade da pessoa idosa em realizar as Atividades de Vida Diárias (AVDs) como: alimentar-se, manter a continência urinária e fecal, transferir-se, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se, determinando assim o grau de independência e autonomia. Tal avaliação pode ser verificada por meio de investigação acerca das condições individuais, familiares e sociais de utilizar as redes de suporte funcional e cognitiva e aquelas relacionadas à afetividade dentre outras (SANTOS et al., 2010).

A avaliação individual pode ocorrer por meio da anamnese e exame físico; a avaliação sociofamiliar dar-se-á por meio de questionamentos voltados às relações da pessoa idosa com a família, interação na comunidade e utilização de rede de suportes; a avaliação cognitiva poderá ocorrer por meio da aplicação do Miniexame do Estado Mental (MEM). Na avaliação afetiva, pode-se utilizar uma escala voltada à verificação de transtornos mentais, como a depressão. Outras dimensões podem integrar a avaliação multidimensional, como a nutricional, relacionada à saúde bucal e outras (SANTOS et al., 2010).

A avaliação funcional mostra-se essencial no cuidado à pessoa idosa, oferecendo uma abordagem sistemática para avaliar déficits que geralmente passam despercebidos,

auxiliando o enfermeiro a identificar problemas para utilizar medidas adequadas e proporcionando um meio para avaliar o progresso e a deterioração da funcionalidade com o passar do tempo (TENÓRIO et al., 2006).

O pilar de sustentação da atenção de saúde das pessoas idosas pauta-se na avaliação de incapacidades funcionais e as suas causas: distúrbios motores, cognitivos, psíquicos, sociais ou variáveis múltiplas associadas, as quais nem sempre estão linearmente relacionadas às DCNTs presentes. Quando é evidente a presença de declínio funcional, surge a suspeita de existência de DCNT associada ao quadro, que pode não estar diagnosticada devido às manifestações clínicas muito específicas, ligadas a essa faixa etária (TENÓRIO et al., 2006).

A avaliação da capacidade funcional mostra-se de extrema importância na vida das pessoas idosas, pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Esta avaliação permite ao enfermeiro uma visão mais precisa quanto à severidade de DCNTs e ao impacto de comorbidades. O cuidado de enfermagem/saúde complexo à pessoa idosa pautado na avaliação funcional utilizando gerontotecnologias específicas é indispensável na melhoria do estado de saúde, tanto no que se refere à manutenção ou à obtenção de estilos de vida saudáveis, quanto em situações de doença que se encaminham à aquisição do bem-estar ou à promoção da independência (SANTOS et al., 2013).

O cuidado de enfermagem complexo poderá contribuir na organização do trabalho do enfermeiro à pessoa idosa com HIV/Aids. Concorda-se que poderá também possibilitar o reconhecimento deste processo nas particularidades e multidimensionalidades compreendendo que as questões que envolvem cuidar do outro e do ambiente, necessitam valorizar a singularidade e a pluralidade dos seres humanos, na tentativa de direcionar um cuidado imperativo e condizente com as necessidades de saúde (PIEXAK, 2012).

A partir das reflexões realizadas tem-se como **questão norteadora**: Como se apresenta o cuidado de enfermagem complexo alicerçado em gerontotecnologias e ações ecossistêmicas à pessoa idosa com HIV/Aids?

Desta forma, tem-se como **tese** a seguinte afirmativa: O cuidado de enfermagem complexo direcionado ao idoso com HIV/Aids necessita ser alicerçado em gerontotecnologias e ações ecossistêmicas, resolutivo, individualizado e eficaz.

Foram **objetivos** desta pesquisa:

- Descrever os casos das pessoas idosas com HIV/Aids a partir da complexidade.
- Avaliar a funcionalidade e as condições de saúde da pessoa idosa com HIV/Aids.
- Propor cuidados de enfermagem (gerontotecnologias) e ações ecossistêmicas a pessoa idosa com HIV/Aids baseados na CIF.

2. REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL

O ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional (MORIN, 2002, p.38).

Neste capítulo, alicerçado na questão norteadora e voltado a contemplar os objetivos propostos, primeiro apresenta-se o envelhecimento e o HIV/Aids seguido da Complexidade segundo Edgar Morin e finaliza-se com o Cuidado de Enfermagem Complexo à pessoa idosa, subsidiado no tripé: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); Tecnologia (Gerontotecnologias) e Ambiente/Contexto/Ecossistema.

2.1 O envelhecimento e o HIV/Aids

Descreve-se o processo de envelhecimento e as principais alterações ocorridas nesse processo. Posteriormente será realizado um entrelaçamento entre o envelhecimento e o HIV/Aids, juntamente ao estado da arte referente à temática. Subsequente serão elencadas as principais alterações decorrentes do HIV/Aids somadas ao envelhecimento, as principais características da epidemia, o tratamento antirretroviral, o papel do enfermeiro e as estratégias de prevenção.

No Brasil, o envelhecimento populacional começou a ser observado a partir de 1960, quando a queda da taxa de fecundidade começou a alterar a estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. Verifica-se o envelhecimento da própria população idosa brasileira com o aumento do número de idosos com 80 anos e mais, denominados de idosos longevos, sendo este o segmento populacional que mais cresce no país (IBGE, 2013).

A expectativa de vida do brasileiro em 2010 já ultrapassava 73,1 anos de idade e, no ano de 2050, esse indicador alcançará o patamar de 81,3 anos. Verifica-se que o Brasil apresenta mais de 200.000.000 de habitantes, sendo cerca de 13% maiores de 60 anos. São 24.800.000 pessoa idosas, o que representa 13.840.000 mulheres idosas e 11.010.000 homens idosos (IBGE, 2013).

No Brasil, o ritmo de crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente. Em 2009, o país contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade. No período de 1999 a 2009, o número de idosos no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3% (OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013).

Estima-se que, nos próximos 20 anos, o número de idosos brasileiros poderá ultrapassar os 30 milhões, representando 13% da população (OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013).

O envelhecimento é um importante processo individual, existencial e subjetivo, que está relacionado às questões hereditárias, sociais e culturais. Este fenômeno é considerado como único para cada ser humano, é permeado por valores, atitudes e crenças, adquiridas ao longo do tempo, por meio das relações interpessoais e transmitidas pela educação (TORRES et al., 2011).

O processo de envelhecimento é constituído de diversas alterações, sendo estas as alterações biológicas que correspondem a uma involução que afeta todos os sistemas fisiológicos do corpo. Por meio das alterações psicológicas, pode-se denotar a maturidade, sabedoria e compreensão da vida, advindas com as experiências vivenciadas pelo indivíduo. Este processo é dinâmico, irreversível, natural e individual (PAPALÉO NETTO, 2011).

Quanto à idade, esta pode ser delimitada como biológica e cronológica. A biológica é limitada pelo grau de conservação do nível de capacidade adaptativa em comparação com a idade cronológica e depende das modificações morfológicas e fisiológicas. Ela está relacionada com as capacidades intelectuais da pessoa. A idade social tem relação com a avaliação da capacidade de adequação de um indivíduo ao desempenho de papéis e comportamentos esperados para a sua idade, num dado momento da história de cada sociedade (PAPALÉO NETTO, 2011).

Já a idade cronológica, nos países desenvolvidos, são consideradas pessoas idosas indivíduos com 65 anos ou mais e nos países em desenvolvimento aqueles com 60 anos e mais. No Brasil, o Estatuto do Idoso considera idoso aquele com 60 anos e mais (BRASIL, 2003).

O envelhecimento populacional ocorre quando aumenta a participação da pessoa idosa no total da população, evidenciado por 7% da população geral com mais de 65 ou de 60 anos, dependendo se o país é desenvolvido ou em desenvolvimento. Em geral, o processo de envelhecimento se inicia com a queda da fecundidade, que leva à redução na proporção de jovem e a um conseqüente aumento na magnitude de pessoas idosas. Neste caso está-se falando do envelhecimento pela base (CAMARANO; KANSO, 2011).

O envelhecimento populacional torna a saúde das pessoas idosas um importante foco de atenção. As pessoas idosas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são pessoas nas faixas etárias de 60 a 100 anos de idade e mais, que vivem em países em desenvolvimento. Esta faixa etária abrange um período de mais de 40 anos, compreendendo,

além de vivências muito diferenciadas, pessoas em pleno vigor físico e mental e outras em situações de dependência (OLIVEIRA; PAZ; MELO, 2013).

Com a população brasileira idosa aumentando, as conquistas de direitos na velhice, garantidas pela Constituição de 1988, pela Política Nacional do Idoso e pelo Estatuto do Idoso evidencia-se as transformações do papel da pessoa idosa merecedora de um novo olhar, uma vez que, a expectativa de vida atual, encontra-se em torno dos 80 anos de vida (TORRES et al., 2011).

A Política Nacional do Idoso, instituída pela Lei nº 8.842/94, foi considerada um marco na construção de ações voltadas para a atenção à saúde da pessoa idosa, assim como a criação dos Conselhos Estaduais do Idoso e, posteriormente, o Estatuto do Idoso. Com esta legislação vigente, espera-se que se torne evidente a importância das políticas públicas efetivas que garantam o direito da pessoa idosa a não discriminação (SERRA et al., 2013).

Mesmo com as garantias previstas na Lei 10.741/2003, que dispõem sobre o Estatuto do Idoso, o preconceito e a negação da sociedade com relação à velhice ainda existe, o que dificulta a elaboração de políticas públicas direcionadas e efetivadas com base na atenção adequada, individualizada e integral. Esta questão é fortalecida quando se observam as estatísticas nacionais referentes à incidência da Aids nesta população. De acordo com o Ministério da Saúde, as estatísticas mostram um total de 32.167 casos de Aids em maiores de 50 anos no Brasil, e destes, 9.918 indivíduos estão com 60 anos e mais (GARCIA et al., 2012).

Algumas campanhas de prevenção contra a Aids em pessoas idosas vêm sendo organizadas em cumprimento ao Artigo 10 do Capítulo IV da Política Nacional do Idoso, que visa garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), além de prevenir doenças, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso no Brasil (BRASILEIRO; FREITAS, 2006). Destaca-se a importância de políticas que sejam voltadas, principalmente, no que diz respeito às questões de cunho social e individual da pessoa idosa, incluindo a sexualidade e a vida sexual.

Identificada nos anos 80, a Aids foi marcante para a história da saúde humana. A epidemia da infecção pelo HIV representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo (MOURA et al., 2014).

Esta síndrome caracteriza-se como uma doença que ataca o sistema imunológico devido à destruição dos glóbulos brancos (linfócitos T CD4+). A falta desses linfócitos diminui a capacidade do organismo defender-se de doenças oportunistas, causadas por

microorganismos (BRASIL, 2006).

A Aids mostra-se um desafio na área da saúde, em todo o mundo. Aproximadamente, 33 milhões de pessoas vivem com o HIV nos diversos países. Só em 2008, o número de casos novos notificados foi de 2,7 milhões, e outros 2 milhões morreram em decorrência da Aids. A maioria, em razão de acesso inadequado aos serviços de saúde (ROCHA et al., 2013).

A África subsaariana é a região mais afetada pela epidemia assim, cerca de 67% das pessoas infectadas pelo HIV e 72% das mortes por Aids ocorreram nessa região, em 2008. No Brasil, entre o ano de 1980 e junho de 2011, foram identificados 397.662 casos de Aids em pessoas do sexo masculino e 210.538 no feminino. A proporção de casos relatados entre os sexos diminuiu consideravelmente do início da epidemia para os dias atuais, e os valores da razão passaram de 24 homens para uma mulher, situando-se em dois homens contaminados para cada mulher contaminada desde 1997 (OKUNO et al., 2012).

Verifica-se que nos primeiros quinze anos da epidemia houve 83.551 casos, com concentração mais acentuada nas capitais do Sul e do Sudeste e em alguns municípios do estado de São Paulo. No período de 1995 a 2004, foram registrados 304.631 casos, verificando-se expansão da concentração dos casos, principalmente, nas capitais da região Nordeste e Centro Oeste e em duas capitais do Norte (BRASIL, 2015).

A distribuição proporcional dos casos de Aids do Brasil, segundo região, mostra uma concentração dos casos nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 53,8% e 20,0% do total de casos identificados de 1980 até junho de 2015; as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 14,6%, 5,9% e 5,7% do total dos casos, respectivamente. Nos últimos cinco anos, o Brasil tem registrado, anualmente, uma média de 40,6 mil casos de Aids. Segundo as regiões, o Norte apresenta uma média de 3,8 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,2 mil; o Sudeste, 17,0 mil; o Sul, 8,6 mil; e o Centro-Oeste, 2,7 mil (BRASIL, 2015).

No nosso país, pessoas com idade entre 40 e 49 anos eram as mais afetadas, no período entre 1980 e 2010. Nos últimos anos, houve um incremento, na taxa de incidência da doença, nos indivíduos com idade igual ou maior que 50 anos. Embora no Brasil, pessoas com menos de 60 anos não sejam consideradas idosas, na maioria dos estudos epidemiológicos, aquelas com HIV/Aids passaram a ser assim classificadas pelo *Centers for Disease and Control and Prevention* (CDC), pelo comprometimento gerado pela doença e pequeno número de pessoas infectadas, com idade acima de 50 anos (OKUNO et al., 2012).

O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, do Ministério da Saúde, descreve uma tendência semelhante registrada pelo Hospital Emílio Ribas em São Paulo, maior referência nacional em Aids. A investigação apresenta que houve um

crescimento de 10% da doença na população de até 49 anos de idade no período de 2000 a 2006, enquanto que entre os acima de 50 anos, o aumento foi de 65%, neste mesmo período (SILVA, 2011).

O HIV é um vírus transmitido sexualmente, dentre outras formas, que não escolhe classe social, sexo ou idade. O que existe são comportamentos de risco que podem afetar as pessoas, como por exemplo, um número elevado de parceiros que desconsideram a utilização de preservativo (camisinha) durante suas práticas sexuais, o uso de drogas e a partilha de seringas, entre outros. A Aids é uma síndrome, um conjunto de sinais ou sintomas que se manifesta após o organismo ser infectado, é uma etapa mais grave. A síndrome não caracteriza necessariamente uma só doença, mas um grupo de doenças que avança sobre populações e indivíduos mais vulneráveis, o que não significa que estes sejam inertes, sem capacidade de reflexão e diálogo. Um dos grupos mais vulneráveis pela infecção do HIV é dos maiores de 60 anos (ALMEIDA; LOURENÇO, 2011).

As pessoas idosas, por muito tempo, não se enquadraram no grupo de risco para acometimento do HIV/Aids. De modo geral, esta doença era restrita a grupos especiais, tais como: homossexuais, hemofílicos/transfundidos e usuários de drogas injetáveis. Por este motivo, percebeu-se que muitas pessoas idosas, ao descobrirem que estavam infectadas, vivenciaram uma forma complexa de aceitação e enfrentamento, pois não se viam como vulneráveis à infecção (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

Na perspectiva social, muitas vezes, a possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV parece ser pouco provável, visto que a atividade sexual é prerrogativa da juventude. Contudo, deve-se levar em conta que a sexualidade é inerente ao ser humano, inclusive às pessoas idosas e, por isso, deve-se considerar estes com a possibilidade de adquirir doenças sexualmente transmissíveis (BITTENCOURT et al., 2015).

Ao conhecer e analisar a percepção das pessoas idosas acerca da vulnerabilidade ao vírus HIV/Aids em Teresina/Piauí/Brasil, percebeu-se que, com a falta de prevenção e diálogo específico, as pessoas idosas acabam não percebendo a sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis que antes não faziam parte de sua vivência ainda quando jovens (MOURA et al., 2014).

Somado a este fato, no que tange ao conhecimento da vulnerabilidade da pessoa idosa ao HIV/Aids no contexto das práticas preventivas, na pesquisa realizada em João Pessoa na Paraíba demonstrou-se a importância do uso de preservativo como prevenção do HIV. No entanto, constatou-se pouca utilização deste método preventivo por este seguimento populacional. A incoerência entre reconhecer a importância de usar preservativo e sua pouca

utilização prática amplia a possibilidade de infecção pelo HIV, além de subsidiar o diagnóstico de uma vulnerabilidade individual nesse grupo etário (SERRA et al., 2013).

Os diversos fatores atrelados à resistência na incorporação do uso do preservativo por essa população são referidos pela ausência de idade fértil, eliminando-o como método contraceptivo; medo masculino em não apresentar ereção e a dificuldade de negociação da camisinha pela mulher com o parceiro por gerar sentimento de desconfiança entre o casal. Estes sentimentos e ações devem ser valorizados no planejamento das intervenções preventivas e contempladas na dimensão individual e social que envolve a vulnerabilidade (SERRA et al., 2013).

A informação, muitas vezes, alcança as pessoas idosas, mas de forma não direcionada, fazendo com que elas tenham o conhecimento do que seja HIV/ Aids, entretanto, com uma ideia limitada das formas de infecção, bem como da necessidade de se prevenirem - mesmo que se encontrem em um relacionamento estável ou casados. As informações, as campanhas de prevenção e demais meios de garantir o conhecimento, não podem ser limitados a uma específica população, mas abranger todas as faixas etárias do existencial humano (MOURA et al., 2014).

A geração dos babyboomers, pessoas nascidas entre 1945 e 1965, que agora entram na fase da velhice, traz novos comportamentos sobre o que significa ser idoso, particularmente em relação à sexualidade. Um exemplo, são os divórcios e taxas de re-matrimônio que estão aumentando continuamente entre as pessoas idosas (OLIVEIRA; PAES; MELO, 2013).

Estudo que objetivou preencher lacunas de conhecimento existentes sobre o impacto do HIV/Aids sobre a saúde das pessoas idosas e avaliar os efeitos diretos e indiretos do vírus na saúde dessas pessoas em duas favelas de Nairóbi, na África, mostraram a necessidade de criação de políticas públicas que possuam como alvo a prevenção do vírus, as decisões políticas voltadas à melhoria das condições de vida das pessoas com HIV/Aids e o desenvolvimento de parceiros e organizações da sociedade civil envolvidas especificamente para a pessoa idosa. Estas ações necessitam incluir as iniciativas que esclareçam as dúvidas sobre o vírus e outros serviços gerais de saúde e aumentar a quantidade de serviços de aconselhamento e testagem para o vírus (KYOBUTUNGI et al., 2009).

A descoberta da soropositividade para o HIV ocorre, na maioria das vezes, pelo surgimento de manifestações clínicas crônicas evidentes, como o próprio adoecimento. Entre as pessoas idosas, a procura da testagem para o HIV não surge de uma maneira espontânea. Os profissionais de saúde e as pessoas idosas apresentam obstáculos para compartilharem informações sobre a sexualidade na velhice, o que contribui para uma invisibilidade da pro-

blemática, resultando numa assistência fragmentada, principalmente quanto à prevenção das DST's (SANTANA et al., 2015).

No estudo realizado em um serviço de referencia para o HIV/Aids na cidade do Rio Grande/Rio Grande do Sul que teve por objetivo conhecer como pessoas idosas com HIV/Aids se infectaram, descobriram o diagnóstico e passaram a conviver com o HIV mostrou que a maioria dos participantes da presente pesquisa adquiriu a infecção por meio relações sexuais desprotegidas, possuía conhecimento restrito a respeito do vírus e da doença antes de descobrirem que eram soropositivos. Torna-se necessária, além da realização de programas educativos destinados para esse público, mais interação dos profissionais de saúde, para que possam compreender o processo de expansão do HIV/Aids nessa faixa etária, reconhecendo a pessoa idosa como ser humano ativo e, portanto, passível de estar exposta ao risco (ARALDI et al., 2016).

O mito de que a pessoa idosa é um ser assexuado reflete que a sociedade, incluindo os próprios profissionais da saúde/enfermeiros, não acredita que as pessoas idosas possam ser atingidas por alguma doença sexualmente transmissível, pois as consideram sexualmente inativas. Assim, deixam de detectar precocemente o HIV/Aids, ao negligenciarem a abordagem da sexualidade dessas pessoas e não solicitarem o exame imediato (sorologia para o HIV), após a observação e o relato dos primeiros sinais e sintomas (TOLEDO et al., 2010).

Pesquisa realizada em Divinópolis/Minas Gerais que buscou identificar o perfil dos idosos portadores de HIV/Aids evidenciou que, em relação à vida sexual ativa das pessoas idosas entrevistadas, 57,7% tinham relações sexuais ativas. Entretanto, 26,7% destas pessoas não utilizavam o preservativo durante as relações sexuais. A pessoa idosa é, muitas vezes, vista como um ser assexuado e com libido diminuída pelo processo de envelhecimento, entretanto o desejo sexual, a necessidade de carinho e afeto continuam (QUADROS et al., 2016).

No estudo realizado em Uganda/África, com o objetivo de compreender o comportamento sexual entre pessoas idosas com HIV/Aids que vivem na região, 25% destas eram sexualmente ativas, entretanto, mais da metade destas pessoas não utilizavam preservativos nas relações sexuais. Desta forma, é necessária maior ênfase no desenvolvimento e disseminação de prevenção do HIV direcionados para pessoas idosas. Além disso, o incentivo à testagem para o HIV como parte de exames habituais na velhice para prevenir transmissão e as infecções cruzadas são importantes de serem incorporadas nas rotinas de saúde (NEGIN et al., 2016).

Em outro estudo encontrado na literatura estrangeira, nos Estados Unidos, com

objetivo de compreender os comportamentos sexuais de risco de homens idosos com profissionais do sexo, os participantes evidenciaram que no último ano, 34% realizaram sexo oral sem preservativo e tiveram relação sexual pênis-vagina com preservativo (31,7%). Embora o sexo peniano-vaginal sem preservativo com uma profissional do sexo só foi relatada por 2,9%, cerca de metade (51%) dos participantes indicaram que estes haviam experimentado pelo menos uma vez durante a sua vida sexo sem proteção com profissionais. Desta forma é imprescindível a necessidade de que enfermeiros/profissionais da saúde discutam geral e abertamente as medidas e estratégias de proteção para evitar DSTs, assim como o incentivo à realização de exames e seu diagnóstico entre pessoas idosas (MILROD; MONTO, 2016).

São muitos os fatores que estimulam o prolongamento da atividade sexual do grupo populacional idoso: maior expectativa de vida ativa, incremento da vida social e, conseqüentemente, da vida sexual ativa, em decorrência de novas drogas para a disfunção erétil, medicamentos que minimizam os efeitos da menopausa, lubrificantes vaginais, próteses, correção e prolongamento peniano, cirurgias plásticas estéticas e os exames preventivos de câncer de próstata, fazendo com que os homens e mulheres frequentem mais os serviços de saúde. A crescente difusão da prática de exercícios físicos (musculação, hidroginástica, yoga e outras), turismo direcionado para esse segmento, dentre outros recursos, vem permitindo que os homens e as mulheres idosas prolonguem ainda mais o exercício de sua sexualidade e da relação sexual (ALMEIDA; LOURENÇO, 2011).

Pesquisa que objetivou caracterizar sociodemográfica e clinicamente uma população de 50 anos ou mais, com HIV em que os sujeitos foram compostos por pacientes ambulatoriais do complexo de atendimento à saúde da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)/São Paulo/Brasil, demonstrou que a população estudada caracterizou-se por pertencer predominantemente ao sexo masculino. A maior parte dos sujeitos apresentou boa condição clínica, com carga viral indetectável (82,6%) e ausência de doenças oportunistas (82,6%). A principal via de contaminação foi a sexual e verificou-se associação significativa entre baixa escolaridade e falta de adesão ao tratamento (LIMA; FREITAS, 2013).

A partir de Papaléo Netto (2011) descrevem-se, nos parágrafos que se seguem, as fases do contágio e evolução da infecção pelo HIV pela pessoa idosa. Estas fases se dividem em infecção aguda, infecção assintomática e Aids. Inicialmente, o contágio pelo HIV traduz-se por uma infecção aguda pelo vírus. Nesta fase, a pessoa desenvolverá sintomas relacionados diretamente à infecção vírus, que variam dos assintomáticos aos semelhantes à infecção viral, raramente se manifestando as infecções oportunistas comuns à Aids.

Após a infecção aguda pelo HIV, a maioria das pessoas contaminadas passa por um período clinicamente assintomático. A ausência de sintomas, entretanto, não afasta a possibilidade de transmissão da doença. Na terceira fase, que varia em média de 7 a 10 anos após o contágio inicial pelo vírus, a maioria absoluta das pessoas contaminadas desenvolverá a Aids. Nesta fase, esta pessoa terá sintomas relacionados à imunodeficiência causada pela doença, tendo também as manifestações das infecções oportunistas mais comuns (PAPALEO NETTO, 2011).

Um fator relevante diz respeito a maior agressividade com que o vírus HIV se comporta nas pessoas idosas, pois além de diminuir a latência entre o portar o vírus e apresentar a doença, também faz com que a sobrevida, diante da doença, torne-se menor. Os enfermeiros, que lidam com as pessoas idosas necessitam estar atentos às possíveis interpretações equivocadas das manifestações clínicas da Aids nesse grupo populacional, pois esses sinais podem ser subvalorizados ou confundidos com sintomas atribuídos à DCNT como, por exemplo, a hipertermia e o emagrecimento, que pode estar relacionada outros fenômenos que não são infecciosos como as neoplasias (PAPALEO NETTO, 2011).

As terapias anti-HIV permitem uma sobrevida com qualidade ou até mesmo uma vida adaptada dos infectados idosos pelo HIV por mais tempo, ainda que inspirem cuidados. O arsenal terapêutico não difere daquele utilizado em pessoas infectadas mais jovens, mas tem influência dos fatores supracitados. O principal objetivo da terapia antirretroviral é retardar a progressão da imunodeficiência e/ou restaurar a imunidade ao máximo possível, aumentando o tempo e a qualidade de vida dos indivíduos idosos infectados pelo HIV. Os efeitos colaterais dos antirretrovirais são cada vez mais frequentes e, em grande parte, são os principais responsáveis pela descontinuação da terapia. São inúmeras as alterações medicamentosas sendo algumas responsáveis pela perda da eficácia da terapia antirretroviral nas pessoas idosas (PAPALEO NETTO, 2011).

A terapia não deve ser iniciada até que os objetivos e a necessidade de adesão ao tratamento sejam entendidos e aceitos pela pessoa idosa. Entre os fatores que podem levar à baixa adesão estão a ocorrência de efeitos colaterais, esquemas com posologias incompatíveis com as atividades diárias da pessoa, número elevado de comprimidos/capsulas, necessidade de restrição alimentar, falta de compreensão da prescrição e falta de informações sobre as consequências da não adesão (PAPALEO NETTO, 2011).

No estudo que teve como objetivo estudar as respostas imunológicas e clínicas para TARV na população idosa com HIV/Aids em uma clínica de tratamento em Sekou Toure na Tanzânia/ Africa, após um mês de tratamento, identificou-se que as respostas imunológicas

das pessoas idosas que se submeteram ao tratamento foram mais lentas em relação às pessoas mais jovens que obtiveram o mesmo tratamento. Desta forma, salienta-se que pacientes com HIV idosos apresentam diagnóstico tardio em relação às pessoas jovens e resposta imunológica mais lenta, assim, são necessárias estratégias para aumentar a testagem de HIV neste grupo para o diagnóstico e o incentivo ao tratamento o mais precoce possível para que os resultados sejam viáveis (MPONDO et al., 2016).

O conhecimento que o idoso associa ao HIV/Aids é responsável por práticas preventivas que são acionadas sempre que experimentam situações de confronto com a referida doença. Impõe também, um olhar, do ponto de vista biológico, considerando aspectos subjetivos envolvidos no processo saúde-doença (TORRES et al., 2011). Se mostrado à complexidade adequada a esta percepção.

Ao avaliar os conhecimentos da pessoa idosa sobre o HIV/Aids, estudo com idosos diagnosticados com HIV/Aids e atendidos em ambulatório especializado, observou que 62,8% destas pessoas idosas eram do sexo masculino e tinham um baixo nível de conhecimento sobre como prevenir-se quanto às doenças adquiridas pela relação sexual. Evidencia-se a necessidade de novas ações e programas de prevenção ao HIV/Aids. Embora a incidência da doença esteja aumentando entre as pessoas idosas, estas, geralmente, não se veem como grupo de risco. A construção do conhecimento sobre Aids não está restrita somente às questões informativas, mas envolve também a compreensão e a capacidade de assimilação das informações a respeito (OKUNO et al., 2012).

São escassas as informações fornecidas às pessoas idosas por parte dos profissionais de saúde/enfermeiros concernentes às DST, e muitos delas descrevem os meios de comunicação, tais como televisão, rádio e jornais, como suas principais referências. Relatos de desconhecimento quanto ao simples modo de uso dos preservativos fortalecem a ideia de escassez de orientações específicas, para estas pessoas (MELO et al., 2012).

O estudo realizado no Oeste Mineiro/Minas Gerais que buscou identificar impactos psicossociais do diagnóstico de HIV/Aids em pessoas idosas que frequentam um centro de referência revelou que são frequentes os relatos que demonstram a desinformação em relação ao sexo e à sexualidade, uso de preservativos e HIV/Aids, ou mesmo a precariedade das informações recebidas ao longo da vida, presente tanto para os homens quanto para as mulheres. Especialmente nos relatos das mulheres idosas entrevistadas, estão presentes as informações imprecisas ou vinculadas aos preconceitos e estereótipos sobre o tema e que demonstram as dificuldades em lidar com tais questões. A esse respeito, cabe destacar, nos relatos das entrevistadas, o uso de termos como “porcaria” para se referirem ao preservativo

masculino e o uso de termos como “aquilo” e “aquele negócio” para se referirem ao sexo e às práticas sexuais. De forma geral, pelo relato das mulheres, pode-se afirmar que o tema parece ter sido tratado ao longo da vida das mesmas de forma restrita, proibitiva e como um tema pouco adequado ao universo feminino (SILVA et al., 2015).

Outra pesquisa realizada no Rio de Janeiro, que objetivou investigar o conhecimento de um grupo de pessoas idosas sobre o HIV/Aids, através do questionário de HIV na velhice, evidenciou, quanto à transmissão do vírus, que a maioria das pessoas idosas entrevistadas (83%) respondeu que o vírus não pode ser transmitido através de toalhas, sabonetes ou assentos sanitários, assim como abraçar, beijar ou compartilhar o copo com alguém que tenha o vírus (91%). Porém, quando perguntado se o vírus poderia ser transmitido através da picada de mosquito, apesar da maior parte ter respondido que não (52%) uma parte considerável (25%) respondeu que seria possível (MONTEIRO et al., 2016).

A AIDS trouxe à tona novas questões para o campo de prática da enfermagem, entre as quais se destacam: as abordagens da sexualidade/ato sexual, do uso de drogas e dos direitos humanos, o acesso aos serviços e insumos de prevenção, entre tantas outras questões que, muitas vezes, não são abordadas pelo setor saúde com as pessoas idosas. Quando reporta-se à velhice/Aids, uma primeira questão a ser abordada é a sexualidade/relação sexual das pessoas idosas, mas esta questão não é exclusiva e está relacionada a outros fatores que também são determinantes da infecção pelo HIV (BELMIRO, 2011).

Ao relacionar a percepção de vida das pessoas idosas com HIV/Aids, estudo que objetivou compreender os significados buscados na experiência singular de cada indivíduo, percebeu-se que estes não possuíam nenhum ou quase nenhum conhecimento sobre a Aids antes de adoecerem (SERRA et al., 2013).

Observou-se também que havia uma distinção entre ouvir falar e ter informações corretas sobre HIV/Aids, pois muitas pessoas idosas não tinham percebido estar sob risco, caracterizando, assim, vulnerabilidade. São várias as representações destas pessoas idosas sobre a AIDS: doença incurável, doença fatal, que pode levar à morte e impregnada de discriminação e preconceito. Diante da velhice e do diagnóstico para soropositividade, há uma mistura de sentimentos, como: medo, indiferença, descrédito, negação, amargura, tristeza, desespero, solidão e pânico (SERRA et al., 2013).

Ainda, há de se considerar a questão da situação marital e de gênero na vulnerabilidade ao HIV/Aids na pesquisa realizada no Rio Grande do Norte, com o objetivo de identificar a percepção de risco de infecção pelo HIV e o comportamento preventivo de mulheres casadas frente à feminização da Aids. Observou-se nos depoimentos das mulheres

entrevistadas que, ao serem questionadas acerca da possibilidade de contraírem o vírus da Aids, a confiança no seu parceiro surgiu como sendo um fator determinante para o aumento do risco delas em relação a essa síndrome. Ao sustentarem um casamento ou um relacionamento estável percebem-se com reduzido ou nenhum risco de se infectar por esta doença. Em relação aos motivos da não utilização do preservativo nas relações sexuais, foi comum entre elas a afirmação de que não o utilizam devido a seus parceiros não gostarem ou que, com a utilização do mesmo, a relação sexual fica menos prazerosa. Além disso, observou-se que, mesmo quando as mulheres tentam dialogar com seus companheiros sobre este assunto, suas queixas não são levadas em consideração (FIGUEREDO et al., 2013).

Quanto às mulheres com HIV/Aids no que tange à sexualidade, manter relação sexual sabendo que podem infectar o parceiro ou reinfectar-se implica perder a libido, preferindo abdicar da vida sexual a criar laços de sofrimento e medo. Mesmo enfrentando dificuldades relacionadas à revelação do diagnóstico ao parceiro e, por conseguinte, negociação do uso do preservativo, as mulheres vivendo com HIV e que ainda mantêm vida sexual e afetiva, afirmam que as relações sexuais melhoraram a partir do diálogo sobre sua condição de soropositiva (AFFELDT; SILVA; BARCELOS, 2015).

Uma assistência integral a essas mulheres com a compreensão de todas as suas vulnerabilidades e o convite aos parceiros sexuais a participar do serviço de saúde são necessárias para que o casal compreenda a dimensão da sua sexualidade e da infecção e/ou reinfecção pelo HIV, tornado sujeitos protagonistas do autocuidado de forma a promover práticas sexuais prazerosas e protegidas, promovendo melhor qualidade de vida às pessoas idosas (SILVA et al., 2015).

É desafiador diagnosticar pessoas soropositivas idosas por se tratar de mais um diagnóstico diferencial para um grupo já exposto a múltiplas DCNTs, o que leva à possibilidade de subnotificação de casos ou se reflete em diagnósticos tardios e em terapêuticas incorretas, acelerando a instalação de infecções oportunistas e de complicações. Assim, em consequência do diagnóstico tardio, tem-se encontrado a enfermidade em estágios avançados (AZAMBUJA, 2010).

Mesmo diante dos avanços na área da saúde, vários profissionais não conseguem associar o HIV/Aids a pessoas idosas e têm dificuldades de abordar as questões relacionadas à sexualidade nesta faixa etária. O preconceito é evidente no contexto da família, da sociedade e dos profissionais de saúde. Diante da situação, as pessoas idosas buscam estratégias de resistência, dentre elas, o apoio da religião, o silêncio em não relevar sua sorologia e a esperança de que a ciência encontre a cura da doença (DOS ANJOS et al., 2016).

O HIV/Aids proporciona impactos nos princípios morais, religiosos e éticos e os profissionais de saúde precisam respeitar a autonomia do idoso em relação ao sigilo da informação, principalmente por conta das concepções construídas socialmente em relação à doença. Dessa forma, verifica-se a necessidade de investimentos em educação em saúde direcionada à sexualidade de idosos, com a perspectiva de ampliar o conhecimento dessas pessoas e minimizar sua exposição aos riscos (DOS ANJOS et al., 2016).

A pesquisa realizada no Canadá teve como objetivo entender os obstáculos enfrentados pelas pessoas idosas que vivem com HIV na manutenção de seus laços sociais significativos (família, amigos). Grande parte dos participantes sofreram rupturas ou deterioração dos laços estreitos com pessoas íntimas ao nível da família ou amigos. Os principais fatores subjacentes a estas dificuldades são o passado e o presente estigma associado ao HIV e/ou outras posições sociais, os efeitos em longo prazo do HIV, as questões relacionadas ao envelhecimento e transversais efeitos do HIV e envelhecimento (WALLACH et al., 2016).

É importante que os serviços de saúde acolham as pessoas idosas e desenvolvam ações voltadas para o HIV/Aids, pois é evidente que muitas delas deixam de buscar apoio nesses serviços por vergonha de serem vistas recebendo orientações sexuais ou preservativos, ou, quando já infectadas, de serem descobertos por conhecidos e, conseqüentemente, estigmatizadas e discriminadas (GARCIA et al., 2012). A ampliação da Aids entre as pessoas idosas pode estar diretamente ligada a um possível déficit nos esforços de prevenção direcionados a este grupo social.

A prevenção consiste em algo complexo, já que representa um desafio para as políticas de saúde pública. Destaca-se que as campanhas de prevenção do HIV/Aids estão, majoritariamente, voltadas para a população jovem. A percepção que o profissional de saúde/enfermeiro tem sobre a sexualidade do idoso reflete diretamente no modo como ele lida com esse assunto com os pacientes. Uma vez que a sexualidade é inerente ao ser humano e manifesta-se durante toda a vida, é compreensível que o profissional/enfermeiro, ao abordar a sexualidade do paciente, leve em consideração os seus próprios valores, haja vista a dificuldade de se conseguir ficar totalmente neutro diante desse tema. A aquisição de conhecimentos sobre a temática, que deveria acontecer durante a graduação, contribui para a redução de ações indevidas e inapropriadas dos profissionais frente ao paciente (ALENCAR; CIOSEK, 2014).

É importante o reconhecimento de ações estratégicas voltadas às pessoas idosas pois reconhece-se que embora haja uma semelhança no tratamento do HIV/Aids para as pessoas

em diversas fases da vida, no que se refere ao grupo etário das pessoas idosas, alguns cuidados tornam-se distintos em face à própria velhice e às características que o organismo da pessoa idosa apresenta, o planejamento do cuidado torna-se indispensável para que este atenda as necessidades destas pessoas idosas de forma autônoma (OLIVEIRA; LEITE; FULY, 2015).

Pode-se perceber, haja vista, a falta de preparo e adequação suficientes dos serviços de saúde e políticas públicas para a prevenção e o tratamento da pessoa idosa com HIV/Aids. Os recursos humanos, materiais e tecnológicos parecem não estar aptos a lidar com as características desta pessoa idosa sexualmente ativa, com isso, diante do exposto, percebe-se que as pessoas idosas não estão excluídas da possibilidade de aquisição do HIV/Aids. Vem à tona a necessidade dos profissionais da saúde/enfermeiros, perpassem barreiras, mitos e tabus que esse grupo enfrenta acerca de sexualidade/relação sexual e realizar ações de prevenção adequadas e direcionadas para estas pessoas.

2.2 A Complexidade segundo Edgar Morin: aproximação da pessoa idosa com HIV/Aids.

A Complexidade tem como precursor Edgar Morin que nasceu na França, em 1921. Graduou-se em História, Geografia e Direito e a sua preferência pelas ciências humanas o fez desenvolver estudos em Sociologia, Cinema, Filosofia, Economia dentre outras disciplinas. Pesquisador emérito do CNRS (Centre National de La Recherche Scientifique) e autor de mais de trinta livros, entre eles: O método (seis volumes), Introdução ao pensamento complexo, Ciência com consciência e Os sete saberes necessários para a educação do futuro. É considerado um dos principais pensadores contemporâneos e um dos principais teóricos da complexidade (BARROS, 2012).

Complexidade, palavra que, em sua origem latina, significa abraçar e a produção de um conhecimento que não seja fragmentado, em que importa tanto o indivíduo quanto o planeta Terra como um todo (MORIN, 2015).

O pensamento complexo diverge e questiona das correntes de pensamento que acreditam que o conhecimento ocorre de forma linear e imprevisível. Opõe-se aos mecanismos reducionistas e simplificadores, além de considerar as influências recebidas do ambiente interno e externo, enfrentar a incerteza e a contradição e conviver com a solidariedade entre os fenômenos existentes (MORIN, 2000).

A Complexidade é um espaço de abertura à dinâmica da organização do mundo e dos seres humanos, por meio de um olhar global modificado, de acordo com os conceitos

introjetados e entendidos. A aproximação entre o ser humano, sociedade e ambiente torna-se um desafio compreensível, o que é uma das metas usadas pela educação em saúde para formular estratégias na busca da construção de ações efetivas. É uma nova forma de buscar as explicações às coisas que não conseguimos entender (BARROS, 2012).

A complexidade é uma epistemologia cujo pensamento não separa, une e busca as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana. Neste pensamento, são consideradas todas as influências recebidas, externas e internas, e ainda a incerteza e a contradição, sem deixar de conviver com a solidariedade dos fenômenos existentes (MORIN, 2005).

Sendo um referencial, a Complexidade é pautada em conceitos que estão constantemente em processo de construção, sem um ponto final, que tende a buscar a religação de saberes, união e disjunção na tentativa de compreender a multidimensionalidade que envolve a acessibilidade e as tecnologias do cuidado. Esta consiste em uma maneira de entender o mundo, integrando relações de co-existência entre os seres vivos e não vivos, integrando conceitos de ordem e desordem, uno e diverso, estabilidade e mudança e, principalmente, a noção de incerteza (MORIN, 2004).

A palavra complexidade indicaria uma tessitura comum, pois complexo significa aquilo que é tecido junto e que coloca como sendo inseparavelmente associados indivíduo e contexto, ordem e desordem, sujeito e objeto, corpo e mente e todos os tecidos que regem os acontecimentos, as ações, as interações e retroações que tecem a realidade de nossa existência. Além disso, a complexidade emerge da desordem, incerteza, ambiguidade, individualidade, autonomia e ainda é dialógica, necessitando uma aptidão reflexiva (MORIN, 2015).

No desenvolvimento de um pensamento complexo entre os indivíduos, encontra-se o futuro da ciência em virtude das novas descobertas que pode propiciar. Este pensamento é uma estratégia para encaminhar os indivíduos e as nações para o bem estar, a evolução e a produtividade (MORIN, 2000).

O pensamento complexo compreende que conhecimento das partes depende do conhecimento do todo e o todo depende, simultaneamente, do conhecimento das partes. Ele enfrenta a incerteza; troca a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo; corrige a rigidez da lógica pelo dialógico, que é capaz de conceber noções ao mesmo tempo complementares e antagônicas; liga a explicação à compreensão em todos os fenômenos humanos. Mostra-se como um sistema aberto, abrangente e flexível que não reduz a multidimensionalidade às explicações simplistas ou aos esquemas fechados de ideias.

Defende, ainda, que o ser humano seja a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social e histórico (SILVA; FREITAS, 2010).

Um todo possui partes que o integram, assim, é necessário aprender a fazer com que as certezas interajam com as incertezas. Essa condição solicita uma reforma do pensamento. Esta reforma do pensamento vai gerar um pensamento do contexto e do complexo, um pensamento que liga e enfrenta a incerteza. O pensamento que une substituirá a causalidade linear e unidirecional por uma causalidade em círculo e multirreferencial; corrigirá a rigidez da lógica clássica pelo diálogo capaz de conceber noções ao mesmo tempo complementares e antagonistas, e completará o conhecimento da integração do todo no interior das partes (MORIN, 2002).

O ser humano complexo traz em si um conjunto de características antagônicas e bipolares. Ao mesmo tempo em que é sábio, é louco; é prosaico e é poético; é trabalhador e lúdico; é simultaneamente empírico e imaginário. Esse ser humano complexo é *sapiens* e *demens* em relação consigo, com o outro e com o universo. A partir da ampliação da consciência de mundo e da reelaboração do pensamento, uma relação de alteridade se faz presente na escola e na sociedade por meio do seu fazer (MORIN, 2003).

O *homo complexus* é responsável pelo processo de autoecoorganização que se constrói na partilha e na solidariedade dos diversos tipos de pensamentos. O pensamento que integra e associa, também liberta porque é criativo, artístico, político e ético. No pensamento complexo, as contradições têm espaço de acolhimento sem preconceito ou exclusão. São opostos, diferentes e complementares que, se ligam numa rede multirreferencial que inclui a objetividade e a subjetividade inerentes à condição humana, colocando-as no patamar de possibilidades constantes (MORIN, 2004).

A Complexidade aborda sete princípios que são: o Sistêmico/organizacional; o Hologramático; o Retroativo; o Recursivo; a Autonomia/dependência; o Dialógico e Reintrodução do conhecimento em todo conhecimento. Esses princípios se constituem em conjunto ligado um ao outro, proporcionando uma visão integral e complexa do ser humano e do todo que o cerca (MORIN, 2005).

O princípio *Sistêmico ou organizacional* retrata a ligação do conhecimento das partes ao conhecimento do todo. A organização do ser vivo produz qualidades desconhecidas no que se refere aos seus constituintes, logo o todo é mais que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização do conjunto (MORIN, 2004). O observador não pode nunca conhecer o ponto exato de encontro entre o real e o dever-ser, a teoria e a prática, o positivo e o negativo, o controle de uma das coordenadas exclui o controle da outra (MORIN, 2004).

Quando se verifica a aproximação do HIV/Aids com o princípio Sistêmico ou organizacional, percebe-se que o índice crescente de pessoas idosas com HIV/Aids mostra-se um fenômeno no cotidiano atual. Estas pessoas têm vida sexualmente ativa por conta das mudanças socioculturais, propagandas nas mídias, mais oportunidades de lazer e inovações na área da saúde. Existe uma resistência por parte das pessoas idosas em utilizar preservativo e, aliado a esses fatores, há todo um contexto que impulsiona estas pessoas para viverem sua sexualidade/relação sexual, mas por outro lado, o conhecimento dessas pessoas idosas sobre o vírus é superficial e escasso (SERRA et al., 2013).

A pessoa idosa com HIV/Aids necessita ser percebida como parte da sociedade e a sociedade como parte dessa pessoa, de forma em que haja uma (re)organização das informações para que estas cheguem de forma igualitária para a ampliação do conhecimento, sobre o vírus, só assim, poderá haver redução do HIV/Aids a este seguimento populacional.

O princípio *Hologramático* põe em evidência o aparente paradoxo das organizações complexas, em que a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Cada célula é uma parte de um todo – o organismo global – mas o todo está na parte: a totalidade do patrimônio genético está presente em cada célula individual; a sociedade está presente no ser humano, enquanto todo, por meio de sua linguagem, sua cultura, suas normas (MORIN, 2004).

A partir do princípio hologramático verifica-se que a epidemia de HIV/Aids está crescendo cada vez mais nas pessoas idosas e junto caminham os estigmas que permeiam a sexualidade/relação sexual (in)ativo delas; a vulnerabilidade pela ausência de informações pertinentes; a falta de políticas e programa de saúde voltadas a este tema e adequada para estas pessoas.

O princípio *Retroativo (auto-regulador)* é o que rompe com a determinação linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito sobre a causa, promovendo processos em circuitos. Este envolve tanto a percepção como o pensamento. Na forma negativa o círculo de retroação (ou *feedback*) permite reduzir o desvio e, assim, estabilizar um sistema, por exemplo, o processo de “hemostasia” de um organismo vivo que é um conjunto de processos reguladores baseados em múltiplos retroações.

A pessoa idosa com HIV/Aids está inserida em um ecossistema onde estão contempladas todas as facetas que compõem um indivíduo: o social, o biológico, o físico e o mental. Além disso, a pessoa idosa está inserida em uma sociedade que a visualiza como um ser assexuado e que por isso não tem risco de contrair o HIV/Aids. A pessoa idosa que tem a sociedade em si também não enxerga-se como alguém que pode contrair o HIV/Aids.

Relacionando-se a pessoa com HIV/Aids com o princípio retroativo verifica-se que

esta possui uma circularidade no que tange as suas atitudes pois, todo o contexto em que a mesma se insere terá interferência direta com ela. A forma como esta pessoa idosa assume sua condição de ter HIV/Aids vai depender de como ela encara os resultados, por exemplo, de sua sorologia e da suas relações e inter retroações com o ambiente em que esta pessoa idosa partilha com o todo. Como um paradigma de distinção/conjunção mostra-se impossível distinguir sem separar, associar sem identificar ou reduzir esta pessoa idosa a sua sorologia positiva.

O princípio *Recursivo* ultrapassa a noção de regulação com as de autoprodução e autoorganização. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz. Os seres humanos produzem a sociedade nas interações, mas à medida que emerge, produz a humanidade desses seres, gerando-lhes a linguagem e a cultura (MORIN, 2004).

Na aproximação do princípio recursivo, verifica-se que quando uma pessoa idosa descobre-se com HIV/Aids, ela sente-se contaminada/doente e precisa de suporte da família e de pessoas do entorno/ambiente para que possa, mesmo doente, viver sua vida do melhor modo possível.

O princípio da *Autonomia/dependência (auto-organização)* surge com a necessidade de retirar energia, informação e organização do ambiente, o que traduz a autonomia a partir dessa dependência, culminando em um processo de auto-eco-organização, que para os humanos desenvolvem a autonomia na dependência da cultura e a sociedade do meio geológico. Assim, as ideias de morte e vida são antagônicas e complementares quando o organismo mantem-se vivo a partir da morte diária e regeneração das células (MORIN, 2004). A situação do ser humano, contradição entre a afirmação do ser humano e as limitações da espécie, da morte, da sociedade, provavelmente engendrou mitos necessários para viver (MORIN, 2004).

Na relação da pessoa idosa com HIV/Aids e o princípio da autonomia/dependência, observa-se que esta pessoa depende não somente de um cuidado especializado para viver, mas também da família e de um ambiente profícuo para melhor qualidade de vida.

O princípio *Dialógico* une dois princípios ou noções que deviam excluir-se reciprocamente, mas são indissociáveis em uma mesma realidade, permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo (MORIN, 2004). Morin (2000) ressalta que sob as diferentes formas, a dialógica entre ordem, desordem e organização, por meio de inúmeras interretroações, está a ação nos contextos físico, biológico e humano.

Quando se aproximam o princípio dialógico com a pessoa idosa com HIV/Aids, verifica-se que ela costuma refletir sobre sua sobrevivência nesse mundo, questionando-se sobre a aproximação com a morte e vivenciando momentos de tristeza profunda, acreditando que o HIV/Aids representa uma “sentença de morte”. Com os avanços da ciência, os medicamentos antitretrovirais e os tratamentos, está aumentando a expectativa de vida de pessoa com sorologia positiva. Esta pessoa idosa intercala momentos de felicidade intensa com tristeza profunda, havendo necessidade dos profissionais de saúde/enfermeiros que a atendem, compreendam que a dialogicidade mostra-se um fator constante no contexto dessas pessoas.

O princípio da *Reintrodução do conhecimento* em todo conhecimento, é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma determinada cultura e época determinadas (MORIN, 2004). É um caminho a ser realizado em meio a uma religação deliberada e exigente da ciência e da consciência complexa. Convoca os seres humanos de maneira urgente ao exercício da inteligência, ou seja, múltiplos encontros e diálogos em um circuito universal (MORIN, 2000).

Relacionando o princípio de reintrodução do conhecimento em todo conhecimento com a pessoa idosa com HIV/Aids, verifica-se que esta situação constitui um problema de saúde pública por sua magnitude e transcendência, o que vem modificando seu cenário epidemiológico, revelado no aumento dos casos nas pessoas idosas. Tanto a pessoa idosa com sorologia positiva, quanto às com sorologia negativa, enfrentam algumas barreiras na verbalização de assuntos relacionados à sexualidade/relação sexual. Concorda-se que o comportamento de determinados grupos sociais pode determinar a vulnerabilidade para a aquisição do HIV/Aids trazendo à tona questões para o campo da prática de saúde, entre as quais a abordagem da prevenção na sexualidade/ato sexual é prevalente (BELMIRO, 2011).

A Complexidade é um espaço de abertura à dinâmica da organização do mundo e dos seres humanos, por meio de um olhar global modificado, de acordo com os conceitos introjetados e entendidos. A aproximação entre o ser humano, sociedade e ambiente torna-se um desafio mais compreensível, o que é uma das metas usadas pela educação em saúde para formular estratégias na busca da construção de ações mais efetivas. É uma nova forma de buscar as explicações às coisas que não conseguimos entender. Na religação dos saberes há a aspiração à totalidade, em que a consciência dos limites da mente humana são antídotos e antagônicos, é a via dialógica intrínseca ao espírito da complexidade (MORIN, 2010).

O pensamento complexo integra os modos de pensar, opondo-se aos mecanismos reducionistas. É uma atividade mental que procura integrar os modos de pensar linear e

sistêmico, simplificadores e totalizantes da era moderna, num esforço do pensamento para promover a união, operando com diversidades de pensamentos: o simples e o complexo. A grande questão do pensamento complexo é combinar a simplicidade com a complexidade, exercitando a contextualização (SILVA; CIAPONE, 2003).

Em relação à produção de conhecimento, o cuidado de enfermagem complexo vem sendo desenvolvido pelos integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeritria, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON)/FURG. O cuidado de enfermagem ao idoso, enfatizado na abordagem ecossistêmica da saúde e alicerçado na complexidade de Edgar Morin, direciona-se aos princípios da complexidade, com compreensão do método/caminho como estratégia de ação. Também nessas produções vêm-se utilizando elementos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), para realizar a avaliação funcional das pessoas idosas, incluindo avaliações físicas, comportamentais, cognitivas, psicológicas e em outras dimensões. Essas medidas também contribuem no planejamento do cuidado, utilizando-se de diagnósticos de enfermagem com intervenções e/ou de direcionamento de ações socioambientais e gerontotecnologias direcionadas às pessoas idosas.

O primeiro elemento do cuidado de enfermagem complexo diz respeito a perceber que o ser humano idoso é dotado de complexidade e de seus principais elementos: incertezas, compreensões, solidariedade e respeito. O cuidado de enfermagem a ele direcionado precisa de ações complexas e interdisciplinares, tendendo-se à transdisciplinaridade (BARROS, 2012).

Os profissionais da saúde/enfermeiros necessitam posicionar-se contra os pensamentos lineares e fragmentados, já que estes são capazes de separar o que é humano do humano, unidimensionalizando o que na verdade é multidimensional. E para favorecer a assistência, de acordo com o pensamento complexo, é preciso pensá-la e planejá-la pareando a organização do processo de cuidar com as questões relacionadas com a humanidade, de forma flexível, crítica e sensível. Sendo assim, esse caminhar coletivo em prol do saber científico da profissão e da qualidade da assistência de enfermagem prestada deve seguir na direção de referenciais dinâmicos, capazes de favorecer o atendimento do ser humano na concepção do cuidado complexo, a partir da contextualização, interdependência e relação de todos os aspectos referentes à vida humana, integração dos diferentes saberes disciplinares e enfrentamento das incertezas (SILVA; MOREIRA, 2010).

Considera-se o cuidado de enfermagem a pessoa com HIV/Aids um fenômeno complexo, pois as ações necessitam ser direcionadas a esta pessoa, com ênfase na família, no

ambiente/contexto e no autocuidado, levando-se em conta as limitações que o processo de envelhecimento pode acarretar e atentando para fortalecer um pensamento circular e sistêmico, que priorize a sua contextualização.

2.3 O cuidado de enfermagem complexo à pessoa idosa sustentado na CIF/Gerontotecnologias/Ações ecossistêmicas

O cuidado significa um trabalho profissional específico. Cuidar é um verbo cuja ação ocorre entre, no mínimo, duas pessoas presentes na situação e no ambiente de cuidado: uma pessoa que assume a posição de ser cuidador e outra pessoa que assume a posição de ser cuidado. Ao longo dos anos, o conhecimento na Enfermagem vem sendo construído e direcionado-a ser uma ciência, capaz de valorizar a qualidade de vida do ser humano (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

As diversas práticas de cuidado foram influenciadas pelos papéis femininos e pelos fatores culturais, sociais e econômicos de cada época. Caracterizaram-se por terem sido realizadas de forma empírica, com base em forças místicas e da natureza. Eram prestadas e recebidas sem uma instrução ou um conhecimento prévio sobre o que se fazia, possuíam apenas um caráter de tradição cultural, transmitido através da experiência transmitida de geração a geração (COLLIÈRE, 1989).

Cuidar significa tomar conta, um ato de vida, e representa uma variedade de atividades que visam manter e sustentar a vida. Esse cuidar é um ato individual, quando prestado a si mesmo, e um ato de reciprocidade quando prestado a outras pessoas que, temporária ou definitivamente, têm necessidade de recebê-lo para manter seu estado vital (PASSOS; SADIGUSKY, 2011).

O cuidado conduz o ser humano à abertura para o universo existencial, tornando significativa a vida e a existência, sendo entendido como arte, contato entre os seres, na transmissão e troca de sentimentos. Ao abordar a pessoa idosa, compreende-se que a velhice é uma fase de vida complexa, muitas vezes, associada a incapacidades e algum tipo de dependência; todavia, pode consolidar-se com respeito à autonomia, capacidade de deliberar, criar objetivos próprios e desenvolver atitudes em direção a eles (HAMMERSCHMIDT et al., 2013).

Os componentes do cuidado envolvem competência técnica, conhecimento científico, qualidades humanas, por isso é importante distinguir o termo cuidar de cuidado. Cuidar significa uma ação dinâmica, pensada e refletida, envolve um agir, uma atitude integrada pela formação pessoal e a profissional, enquanto que o cuidado tem a conotação de

responsabilidade e de zelo (ROCHA et al., 2010).

O cuidado está embutido nos valores, que independente do enfoque, prioriza a paz, a liberdade, o respeito, o amor, entre outros aspectos. O cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. É um modo de ser no qual a pessoa centra-se no outro, incluindo duas significações básicas, intimamente ligadas entre si: a primeira, a atitude de solicitude e atenção para com o outro; a segunda, de preocupação e inquietação, porque a pessoa que cuida se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro (ROCHA et al., 2010).

O cuidado é indispensável ao ser humano, o cuidado como essência da Enfermagem e como função precípua do enfermeiro há de ser conceituado e compreendido por todos, com a perspectiva de dar sentido ao fazer da enfermagem para os que oferecem cuidados (enfermeiras assistenciais), para quem recebe os cuidados (pacientes/ clientes), para educadores e educandos da área de Enfermagem (VALE; PAGLIUCA, 2010).

A ciência da Enfermagem, considerada como a arte do cuidar, passa a integrar-se fundamentalmente nas práticas de cuidado, sempre buscando um envolvimento com o ser humano em todos os seus aspectos, não importando como e a quem, só precisa que o indivíduo esteja necessitando de cuidado (ROCHA et al., 2010).

Cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento e dor, bem como, na existência. É finalidade, objetivo e prática e, mesmo entendendo que todos podem cuidar de todos, é o enfermeiro, o profissional que tem no cuidado, a especificidade de sua ação profissional (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

O cuidado de enfermagem promove e restaura o bem-estar físico, psíquico e social e amplia as possibilidades de viver e prosperar, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento factíveis para a pessoa. O cuidar em enfermagem direcionado à pessoa idosa insere-se no âmbito da intergeracionalidade, pois se revela na prática com um conjunto de ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo da ação (SOUZA et al., 2005).

As novas demandas de saúde e de cuidados requerem conexões entre saberes, habilidades e atitudes que favoreçam a compreensão do indivíduo e da coletividade em uma perspectiva multidimensional, perpassando, desse modo, as ações mecanicistas e isoladas (SILVA et al., 2015).

Pensar em cuidado é pensar no indivíduo, nas relações deste com os demais indivíduos e o meio em que vivem, ou seja, no ambiente ecológico, nas interações e associações que

envolvem o sistema como um todo. Por este motivo consideramos imprescindível que os profissionais da saúde/enfermeiros tenham uma visão ampliada em saúde, que considere as diversas dimensões que integram a saúde humana (BACKES et al., 2011).

Os cuidados de enfermagem fazem parte da relação ser humano/mundo, estão presentes no cotidiano e permanecem por toda a vida. Para compreender seu sentido e significado, é preciso situá-los no contexto da vida, ou seja, no processo de viver, de adoecer ou de morte, processo vivenciado pelo homem, pelo grupo humano, em todo o seu existir. O enfermeiro é facilitador dessa relação, e, para isso, ele precisa estar atento ao mundo de informações que o cerca a fim de compreender e interpretar tudo o que envolve o processo de cuidado. Por isso, é necessário escutar, compreender o que os sujeitos expressam nas situações de enfermagem, reaprender a ver e ouvir a linguagem que objetiva o subjetivo do homem por meio do corpo (ESPIRITO SANTO; PORTO, 2006).

Não existe o cuidar se eu não souber quem estou cuidando, existe o cuidar que parte do pressuposto do ser que é. Conhecer, cuidar e identificar a coisa (a enfermidade, a doença, a patologia) garante ao profissional a parcela técnica do cuidado, mas se for o sujeito enfermo que aparecer como uma coisa, a enfermagem perde seu sentido precípuo, deturpa sua natureza intrínseca. Daí a necessidade de praticar um exercício de alargamento da visão para além do que é objetificável e buscar conhecer quem é este sujeito que incorpora aquela enfermidade que pode ser visível aos meus olhos. Quem é esta pessoa? Como a saúde deste ‘quem-enfermo’ mudou? O que esta mudança quer dizer? Em que eu posso contribuir para uma transformação que melhore sua qualidade de vida? Que caminho os dois, sujeito enfermo e sujeito cuidador, devem trilhar para que a vida continue no seu fluxo e o sujeito enfermo possa voltar a ser autônomo? Aqui se descortina instrumento essencial para o cuidado de enfermagem calcado na integralidade (SCHOELLER; LEOPARD; RAMOS, 2011).

O enfermeiro necessita assumir estratégias do cuidado de enfermagem, como a organização de um grupo de apoio, que voltem à percepção dessa pessoa idosa aos aspectos positivos do tratamento e da importância da sua determinação para participar no seu cuidado. Essa relação transcende ao trabalhador que o cuida, no sentido do cuidado como forma sistemática e organizada do agir profissional ético e integrado, como proposta de mudança que relaciona as partes ao todo e o todo às partes (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

A ideia de sistema de cuidado de enfermagem passa pela visão abrangente do cuidado, como conteúdo ou essência da vida dos seres da natureza, ou processo dinâmico produtor e protetor da vida. Essa ideia inclui questões organizacionais e operacionais, facilitando o cuidado do enfermeiro em situações gerais, como organizador do ambiente do cuidado e

situações específicas (BARROS; SANTOS; ERDMANN, 2008).

Refletir sobre o significado da ação de cuidar da pessoa idosa na enfermagem mostra-se importante. É imprescindível que o enfermeiro e a pessoa idosa estejam disponíveis um para o outro, escutando e valorizando desejos, sentimentos, comportamentos e necessidades para que, juntos, possam planejar as ações de cuidado. O enfermeiro necessita ir além da competência técnica e do domínio biológico, uma vez que deve estar aberto para compreender o significado da experiência do outro (SILVA; SANTOS; SOUZA, 2013).

A Enfermagem tem como foco/razão da sua existência o cuidado integral ao ser humano, independentemente das condições sociais, econômicas, raciais, de sexo, nos mais diversos espaços do ser e existir humanos. Torna-se necessário que os enfermeiros compreendam o ser que é cuidado como integral, com múltiplas relações sociais, as quais são potencializadas pelo ambiente natural e social (PIEXAK, 2012).

O cuidado complexo em saúde/enfermagem pauta-se em ações práticas que podem ser facilitadas, todavia não podem ser substituídas pela relação e a compreensão intersubjetiva entre os seres humanos. A capacidade de empatia, de identificação, de abertura, de projeção, de generosidade e de solidariedade é expressa na relação de comunhão, de troca e de interação entre os seres, visando, assim, atender as necessidades de cuidados de saúde do ser humano (BARROS et al., 2014).

Para realização do cuidado de enfermagem à pessoa idosa/família, mostra-se essencial que o enfermeiro assuma princípios teóricos importantes como possibilidades inseridas na ação do cuidar: intersubjetividade, interatividade, mudança e multidimensionalidade. Ao assumir a complexidade no cuidado de enfermagem à pessoa idosa, reconhece-se o diálogo entre enfoques concorrentes (HAMMERSCHMIDT et al., 2013).

Para uma visão ampliada do cuidado de enfermagem, é necessário superar modelos tradicionais lineares, que enfocam a doença, em detrimento do ser que a abriga. O cuidado de enfermagem vem adquirindo novos significados, influenciados por diferentes valores, convicções culturais e novas abordagens. O cuidado necessita ser entendido como um fenômeno complexo, motivado pelas interações e associações sistêmicas, ou seja, desenvolvido a partir de redes interacionais de vários saberes do agir humano expresso pelo trabalho compartilhado, multi/inter/transdisciplinar (PIEXAK, 2012).

A complexidade do cuidado à pessoa idosa pode ser percebida quando o enfermeiro contribui para manutenção da vida autônoma dela; centra a ação de cuidar nas suas necessidades e não em suas limitações ou doenças; entende que o cuidado direcionado a esta pessoa necessita ser ação multi/inter/transdisciplinar, procurando partilhar responsabilidades;

advoga em prol dessa pessoa/família; amplia seus conhecimentos para além da enfermagem e da gerontogeriatrics; considera necessária a mudança de atitudes e práticas pessoais; adota a ética de viver sustentavelmente (HAMMERSCHMIDT et al., 2013).

Este cuidado necessita estar entrelaçado com a abordagem ecossistêmica da saúde, na qual a realidade humana é pluridimensional, não se podendo aprisioná-la a um único momento. A unidade do ser humano é dialógica, pressupõe a multiplicidade, continuidade, conectividade, interligação; engloba a complexidade e as dimensões ecossistêmicas focalizadas na saúde, sugerindo conjunto de conceitos para melhor compreender as complexas interações entre os vários componentes (SILVA; CAMILO, 2007).

Nessa pesquisa, direcionou-se o cuidado de enfermagem à pessoa idosa com HIV/Aids por meio da avaliação funcional, tendo como foco a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como uma tecnologia da saúde e mais especificamente centrado nas gerontotecnologias e na influência do ambiente/contexto, ecossistema.

A CIF mostra-se fundamentada no princípio da universalidade. A funcionalidade e a incapacidade são aplicáveis a todas as pessoas, independentemente da condição de saúde. A incapacidade tende a diminuir em funcionamento em um ou mais níveis, não sendo a marca de uma determinada classe minoritária de pessoas, mas uma característica da condição do ser humano, que é relacionada ao tempo de vida como um fenômeno universal, ou seja, ao envelhecimento (KOSTANJSEK, 2011).

Essa classificação descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa pode ou não pode fazer na sua vida diária, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

O objetivo principal da CIF é fornecer uma linguagem unificada e padronizada, que sirva de referência conceitual para a descrição da saúde e dos estados relacionados. Esta Classificação tem sido utilizada como uma ferramenta em vários níveis: estatístico (na coleta e registro de dados da população), na investigação (para medir resultados, a qualidade de vida ou os fatores ambientais), na avaliação clínica (avaliar necessidades, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados), ao nível da política social (no planejamento de sistemas de segurança social, de sistemas de compensação e nos projetos e no desenvolvimento de políticas) e como uma ferramenta pedagógica (na elaboração de programas educacionais, para aumentar a consciencialização e realizar ações sociais)

(PEREIRA et al., 2011).

Outro objetivo da CIF é fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde, permitindo a comparação de dados referentes a essas condições entre países, serviços, setores de atenção à saúde, bem como o acompanhamento da sua evolução no tempo (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A compreensão e a explicação da incapacidade e da funcionalidade têm sido recolhidas, formatadas e propostas em vários modelos conceituais ou paradigmas do binômio saúde/doença, cujo exemplo maior dar-se na dialética entre o modelo biomédico versus o modelo social, tradicionalmente saúde e incapacidade se definem como conceitos exclusivos. É a este paradigma conceitual que a CIF oferece a diferença, evitando o reducionismo dos modelos biomédico e social, ao promover uma perspectiva abrangente, integrativa e universal da funcionalidade e incapacidade, onde o indivíduo interage com o ambiente físico, social e atitudinal, onde estão perspectivadas as linhas da saúde biológica, individual e social (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

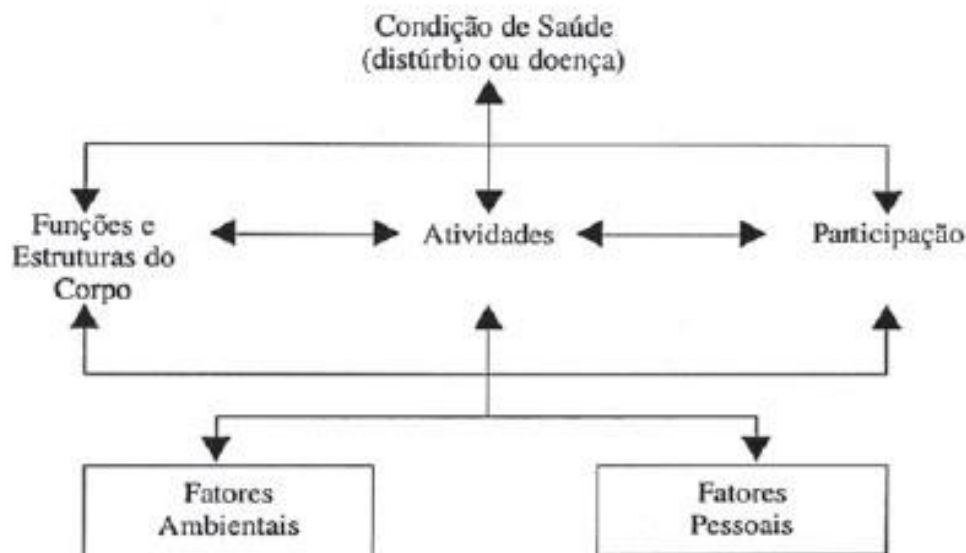


Figura 1: Interação dos elementos da CIF

Fonte: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004)

Os conceitos apresentados na CIF introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade: elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação. Dessa forma, a Classificação não constitui apenas um instrumento para medir o estado funcional dos indivíduos. Além disso, ela permite avaliar as condições de

vida e fornecer subsídios para políticas de inclusão social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A CIF possibilita uma significativa mudança, que altera profundamente o perfil do tratamento dado pelos governos de todo o mundo às questões que envolvem as pessoas com deficiência (BARROS, 2012).

Também a CIF contribui ainda com o aperfeiçoamento da avaliação de potenciais, inserindo dados no contexto da gestão da saúde pública e em associação com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Considera as condições de saúde relacionadas às doenças, aos transtornos ou às lesões, fornecendo um modelo baseado na etiologia, na anatomia e nas causas externas das lesões. Constitui-se em um instrumento útil para as estatísticas de saúde, tornando possível monitorar as diferentes causas de morbidade e de mortalidade em seres humanos e populações, tornando-se uma ferramenta gerencial capaz de aproximar a realidade das informações dos gestores governamentais (BARROS, 2012).

Uma mudança radical de paradigma é introduzida pela CIF, pois, do modelo puramente médico passa-se a um modelo biopsicosocial e integrado da funcionalidade e incapacidade humana. Sintetiza o modelo médico e o modelo social numa visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social (OMS, 2004).

Esta Classificação não se limita a descrever de uma forma detalhada a incapacidade, descreve também de forma abrangente a possibilidade do impacto que os fatores ambientais produzem na funcionalidade do indivíduo, como facilitadores ou como barreira. Os fatores ambientais na sua interação direta com o estado de saúde do indivíduo, quando se manifestam como barreira, podem produzir incapacidade, restringindo a participação e limitando as atividades, em indivíduos que em situações ambientais facilitadoras, não seriam considerados possuidores dessa incapacidade. Quando o contexto ambiental é acessível, quando as políticas sociais são positivas, quando as circunstâncias atitudinais são de inclusão, a experiência da incapacidade pode ser dissolvida e minorada, onde o estigma da incapacidade cede lugar à plena integração e participação social (FONTES; FERNANDES; BOTELHO, 2010).

A CIF abre novas possibilidades de análise do processo de funcionalidade humana, concebe o corpo humano como uma entidade física que delimita e define, em parte, os limites e as capacidades da ação humana. Remete a uma política de incapacidade de caráter universal salientando, talvez, a equidade na distribuição de recursos e oportunidades. Surge a possibilidade complexa de desfocar as necessidades especiais e promover um repensar sobre o entendimento de que todas as pessoas têm limitações que variam ao longo da vida (BARROS, 2012).

A Tecnologia inclui os saberes utilizados na produção dos produtos singulares nos serviços de saúde, bem como os saberes que operam para organizar as ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. As tecnologias são definidas em três tipos: duras, leve-duras e leves. As tecnologias duras são os equipamentos, as máquinas, e que encerram trabalho morto, fruto de outros momentos de produção; dessa forma, conformam em si saberes e fazeres bem estruturados e materializados, já acabados e prontos. As tecnologias leve-duras são às referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho: as normas, os protocolos, o conhecimento produzido em áreas específicas do saber, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo e outros (MEHRY, 2002).

As tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato, condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. Permitem a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário (MEHRY, 2002).

Dessa forma, a CIF apresenta-se como uma tecnologia leve/gerontotecnologia leve, pois proporciona embasamento para que os profissionais de saúde/enfermeiros elaborem os cuidados de enfermagem apropriados pessoa idosa com HIV/Aids levando-se em conta o ambiente e considerando a complexidade intrínseca desta situação.

Vivemos numa era tecnológica onde muitas vezes a concepção do termo tecnologia tem sido utilizada de forma enfática, incisiva e determinante, porém, equivocada na nossa prática diária, uma vez que tem sido concebida, corriqueiramente, somente como um produto ou equipamento. A temática tecnologia não deve ser tratada através de uma concepção reducionista ou simplista, associada somente a máquinas. Entendemos que a tecnologia compreende certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos, como ainda, para organizar as relações humanas. Desse modo, a Enfermagem encontra-se, atualmente, com um conjunto de tecnologias que podem ser cada vez mais desenvolvidas e especializadas por todos aqueles profissionais motivados para uma melhoria do cuidado à saúde do ser humano (BARRA et al., 2006).

Na enfermagem, a tecnologia supera o caráter técnico e teórico e permeia a prática do cuidado, ultrapassa a utilização de equipamentos tecnológicos a diversos saberes que, inseridos no processo de trabalho do enfermeiro. Os resultados do trabalho da enfermagem

podem ser subjetivos, não palpáveis, o que denota que a tecnologia compreende também os processos e os métodos envolvidos no cuidado. Diante da subjetividade do cuidado de enfermagem, é interessante pensar em tecnologia como um conceito abrangente, que ultrapassa a utilização de máquinas. A tecnologia necessita não ser vista apenas na perspectiva de um produto palpável, mas como resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas ou concretas que apresentam determinada finalidade, neste caso, o cuidado em saúde (CROZETA et al., 2010).

O cuidado de enfermagem está intimamente interligado à tecnologia, tendo em vista que os profissionais da enfermagem estão comprometidos com princípios, leis e teorias e a tecnologia representa esse conhecimento científico e sua própria transformação. Necessita-se pensar nestas interconexões entre o cuidado de enfermagem/saúde e a tecnologia, buscando-se compreender que estas não ocorrem de forma isolada, mas interdependentes e interconectados. Desta forma, enfatiza-se que o uso das tecnologias na área da saúde, em especial pelo enfermeiro, necessita ser expandido, não significando apenas a incorporação de equipamentos no cuidado (SCHWONKE et al., 2010).

Outro objeto de preocupação da profissão situa-se na interface da ideia de tecnologia associada aos equipamentos médicos com o cuidado de enfermagem. Neste sentido, observam-se esforços na problematização do saber necessário para manejar tais maquinários articulados à assistência e também uma enorme arena de debates se delineia em torno dos modos de agir do enfermeiro junto ao cliente em uso de aparelhagens, com foco na humanização do cuidado. Tais aspectos se configuram como grandes desafios aos enfermeiros, na tentativa de manter o equilíbrio entre a dimensão objetiva e subjetiva do cuidado de enfermagem mediado pela tecnologia. A dimensão objetiva abarca a aplicação de saberes estruturados e diz respeito à manipulação das máquinas e interpretação das informações oriundas dessas, de tal forma a direcionar as ações, enquanto a subjetiva ganha força a partir de toda a expressividade do cuidar (SILVA; FERREIRA, 2014).

Configura-se a importância das tecnologias no cuidado de enfermagem à pessoa idosa, que neste caso, denomina-se gerontotecnologia, que surgiu da junção de gerontologia + tecnologia. A gerontotecnologia objetiva o estudo da tecnologia e do envelhecimento como forma de melhorar as atividades do dia a dia das pessoas idosas, promovendo saúde, participação social e uma vida autônoma. A característica da gerontotecnologia em enfermagem é peculiar, pois ao se cuidar do ser humano, não é possível generalizar condutas, mas adaptá-las às mais diversas situações, a fim de oferecer um cuidado individual e adequado ao ser humano (KOERICH et al., 2006).

Além das gerontotecnologias voltadas às pessoas idosas com HIV/Aids traz-se a importância do ecossistema em que este insere-se, por meio da complexidade para melhor compreensão do processo vivenciado pelo ser humano idoso frente às subjetividades interpeladas pela soropositividade.

Assim, destaca-se a importância da CIF como gerontotecnologias, pois a partir desta, os enfermeiros podem avaliar cada pessoa idosa, identificando as necessidades básicas afetadas e elaborando/programando o plano de cuidado, com vistas à manutenção do envelhecimento ativo. A CIF pode confirmar/validar essa avaliação, além de torná-la uma linguagem universal aos enfermeiros que atuam no cuidado a pessoa idosa e aos demais profissionais da área da saúde, já que essa ferramenta objetiva agrupar aspectos semelhantes da funcionalidade humana, organizá-los numa estrutura lógica e defini-los de forma que os termos usados nessa Classificação sejam equivalentes no âmbito internacional (SANTOS et al., 2013).

Para que a possibilidade de cuidado complexo à pessoa idosa aconteça, torna-se importante o reconhecimento das influências do ambiente, entendendo-o como condição e domínio da enfermagem. O olhar atencioso às diversas perspectivas que o compõem com um (re)olhar sobre a condição da pessoa idosa, possivelmente, promovem a recursividade do cuidado de enfermagem ecossistêmico (PILLON, 2010).

Um dos determinantes do processo de envelhecimento é o ambiente. Os seres humanos vivem e se relacionam em espaços que são contextos ecossistêmicos. São sistemas ambientais nos quais os componentes vivos e não vivos interagem na ação e na reação para provocarem direta ou indiretamente estados adequados à vida em comunidade ou a sua inadequação (CEZAR VAZ et al., 2005). Ecossistema é um sistema de interações entre as populações de diferentes espécies que vivem num mesmo sítio e entre estas populações e o meio físico. Os ecossistemas são difíceis de ser delimitados, portanto, apresentam-se como um conjunto de interações que se realizam numa determinada área (FRONTIER, 2001).

O ambiente de um determinado sistema é o conjunto dos sistemas que lhe são exteriores, com os quais ele interage, seja familiar, profissional, econômico e social. Ambiente, em um sentido amplo e multidimensional, tem significado relacionado aos limites do espaço das relações humanas, sejam essas produzidas na abrangência familiar ou até mesmo no contexto da comunidade, com a intenção de produzir e reproduzir situações favoráveis à construção de interações saudáveis entre os seres humanos (CEZAR-VAZ et al., 2007).

A complexidade representa uma nova compreensão do que seria a vida dos seres

humanos, a partir de um conjunto de sistemas que se auto-organiza, que apresentam um equilíbrio interativo. Forma-se, uma rede, onde, no ambiente, o ser vivo se nutre, se organiza, se programa, mas é preciso não trazer consequências desastrosas para a relação com o ecossistema. Nesta interdependência é que há a complexidade, visto o sistema vivo ser ao mesmo tempo autônomo e dependente do ecossistema (PETRAGLIA, 2008).

Assim, a relação ser humano idoso com HIV/Aids e o ecossistema não pode ser concebida de forma reducionista, pois emerge e distingue-se pela cultura, pensamento e consciência (MORIN, 2012).

Portanto, o ecossistema e as gerontotecnologias poderão servir como ferramentas, com o auxílio da avaliação funcional e das condições de saúde, como facilitadoras à compreensão das necessidades da pessoa idosa com HIV/Aids. O cuidado de enfermagem sob a ótica da complexidade para a realização de um cuidado integral, considerando a compreensão da condição humana e suas relações, depende do ambiente e da especificidade do ser humano e se darão por meio da interação do enfermeiro com a pessoa idosa/família.

3. MÉTODO: o direcionamento para o estudo de caso

O conhecimento progride não tanto por sofisticação, formalização e abstração, mas, principalmente pela capacidade de contextualizar e englobar (MORIN, 2004, p.15).

Este capítulo concentra os caminhos metodológicos que foram realizados e tornaram-se indispensáveis para o direcionamento da pesquisa. Será apresentado o tipo de pesquisa escolhido, o local em que esta foi realizada e os participantes. Após, serão apresentados os procedimentos utilizados para a coleta de dados, contemplando os instrumentos, as técnicas e o procedimento para análise os dados. Por fim, faz-se alusão aos aspectos éticos da pesquisa.

O método consiste na descrição do caminho percorrido ao longo da caminhada empreendida e, nesta caminhada, torna-se interessante que o pesquisador faça um ir e vir incessante entre certezas e incertezas. Para isso, necessita ser possível adotar a ideia de que o pesquisador precisa desenvolver e construir os métodos e caminhos mais adequados às explicações dos fenômenos que ele busca revelar (MORIN, 2001).

3.1 Tipo de pesquisa

Estudo de caso múltiplo, que consiste em um estudo dos acontecimentos, dos fatos ocorridos, dos contextos das circunstâncias. Lida-se ao mesmo tempo, com questões que surgem num campo empírico e com aquelas que se situam mais numa discussão teórica (YIN, 2010).

O método do estudo de caso é utilizado no grupo de pesquisa GEP-GERON onde já foi aplicado em uma tese de doutorado (BARROS, 2012) e uma dissertação de mestrado (ÁVILA, 2012) de integrantes do Grupo e também está sendo utilizado em outra tese, pois mostrou-se eficaz. Ainda porque conseguiu-se, por meio dele, alcançar os objetivos propostos no que tange às pessoas idosas em situações específicas (estomizados, institucionalizados, consumidores de substâncias psicoativas) e os acontecimentos que acometem a pessoa idosa caracterizando-a de forma singular e com a profundidade necessária.

Em geral, os estudos de caso representam a estratégia perfeita para ser utilizado quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida de forma

imparcial (YIN, 2010).

O estudo de caso é também um método usado para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e outros. Permite que o investigador retenha características significativas dos eventos da vida real, como nos ciclos individuais da vida, o comportamento dos pequenos grupos, e é comum nas diversas áreas, entre elas a enfermagem. É ainda uma investigação empírica que pesquisa um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites não são claramente evidentes (BARROS, 2012).

Para a construção de um estudo de caso bem sucedido mostra-se necessário que esta pesquisa obedeça a uma lógica de replicação, e não a da amostragem, que exige o cômputo operacional do universo ou do grupo inteiro de respondentes em potencial. Cada caso deve ser selecionado de modo a prever resultados semelhantes ou, inversamente, produzir resultados contrastantes por razões previsíveis (YIN, 2010).

No estudo de caso, o pesquisador busca a contemplação da realidade de forma profunda, focalizando a relação do fenômeno com o contexto (YIN, 2010). O fenômeno equivale à unidade de análise, que é a definição do caso que será estudado. Nesta pesquisa o fenômeno/unidade de análise será representada pela pessoa idosa com HIV/Aids e o(s) contexto(s) será(ão) indicados pelo serviço do Hospital Dia do HU/FURG.

Modelo Metodológico da Pesquisa Realizada (YIN, 2010).

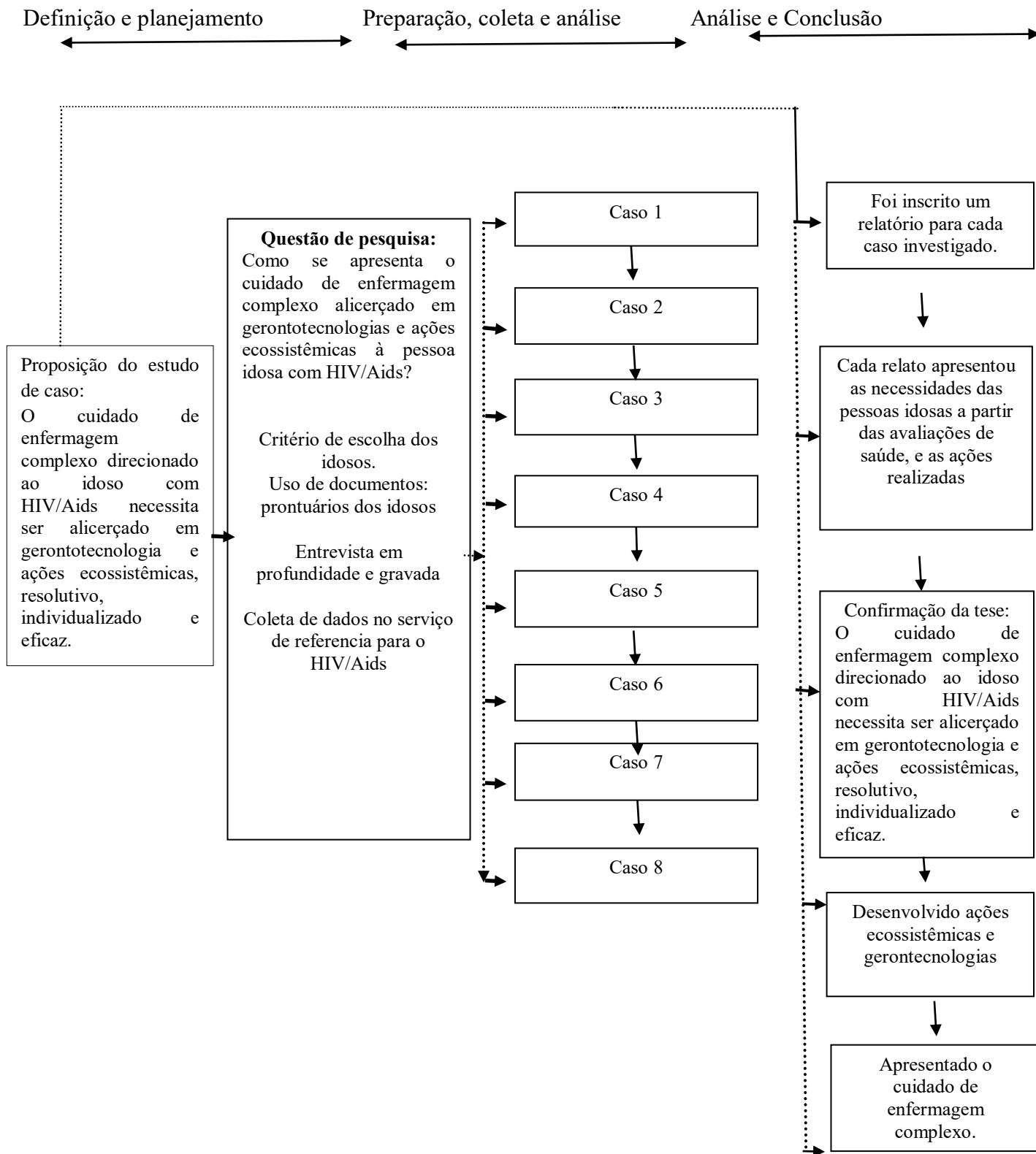


FIGURA 2 – Modelo Metodológico do Estudo de Caso Adaptado de Yin (2010), Barros (2012) e Ávila (2012).

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no serviço de referência do hospital dia HIV/Aids de um hospital universitário do Rio Grande do Sul, Brasil, no programa Atenção aos pacientes com Aids, que atende adultos, crianças e adolescentes desde o ano de 1989.

Quanto ao hospital universitário pesquisado, em 2013, foram realizadas 202.730 internações, 320.275 consultas, 6.585 cirurgias, 250.397 exames de laboratório. Trabalham 76 docentes dos cursos de Medicina e Enfermagem, 461 Técnicos em Educação/FURG, 495 trabalhadores oriundos de uma fundação específica, 55 médicos residentes e inúmeros estagiários de diversas áreas profissionais da comunidade e região. Atende a micro-região litoral lagunar, que tem uma população residente estimada em mais de 240 mil habitantes, compreendendo as populações das cidades do Rio Grande, São José do Norte, Santa Vitória do Palmar e Chuí. Recebe, ainda, pessoas dos municípios vizinhos como: Pelotas, Camaquã, Jaguarão, Arroio Grande, Tavares, entre outros (FURG, S/D)

3.3 Participantes

Participaram da pesquisa oito pessoas idosas com HIV/Aids cadastradas e ativas no serviço específico do hospital universitário investigado e que apresentaram os seguintes critérios de inclusão: terem 60 anos e mais; de ambos os sexos; terem HIV/Aids e apresentarem-se orientadas e em condições de interagir com a pesquisadora. Como critérios de exclusão, compreenderam-se as pessoas idosas que não possuem condições de interagir com a pesquisadora.

Inicialmente foi realizado um teste piloto em cinco pessoas idosas em condições semelhantes às do estudo. Foram percebidas inadequações nas questões específicas relacionadas ao HIV/Aids que, posteriormente, foram corrigidas e reaplicadas em mais duas pessoas idosas, considerando-se o instrumento adequado. Estas pessoas idosas que participaram do teste piloto - e na reaplicação após a correção - não foram incluídas como participantes da pesquisa.

3.4 Procedimentos da coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em 2015, por meio da investigação nos documentos, principalmente prontuário da pessoa idosa, quanto aos dados de identificação, anamnese, resultados de exames e outras informações relevantes. Depois, houve aplicação do instrumento para coleta de dados, composto de perguntas abertas e aplicado por entrevista semiestruturada, tendo como base a Classificação Internacional de Funcionalidade,

Incapacidade e Saúde (CIF) (ANEXO A) e perguntas abertas sobre o HIV/Aids.

Os participantes foram devidamente orientados acerca da pesquisa e cientes para assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), que foi elaborado com letras tamanho 14, para facilitar a leitura.

Para operacionalização, a entrevistadora/pesquisadora, juntamente com a secretária do serviço de referência, realizou uma busca no sistema, acerca da agenda de consultas médicas e de enfermagem às pessoas com idade igual e superior a 60 anos e que se enquadravam nos critérios de inclusão. Após identificação das pessoas idosas, foi disponibilizado um consultório, dentro do próprio serviço para a realização da entrevista, de modo a manter a privacidade e a ambiência rotineira do idoso.

A coleta de dados seguiu protocolo formal que se constitui em um conjunto de códigos, menções e procedimentos suficientes para se replicar o estudo, ou aplicá-lo em outro caso que mantém características semelhantes ao estudo de caso original. Este protocolo (APÊNDICE B) conteve os procedimentos, os instrumentos e as regras gerais que foram seguidas e no uso dos instrumentos e se constitui numa tática para aumentar a fidedignidade da pesquisa (YIN, 2010).

A coleta de dados no estudo de caso objetiva buscar várias fontes de evidências. Para Yin (2010), há seis fontes de evidência principais nos estudos de caso: os documentos, os registros em arquivos, as entrevistas, a observação direta, a observação participante e os artefatos físicos. Essas fontes de evidência direcionam a triangulação dos dados, como processo de complementaridade entre eles.

Neste estudo, a coleta dos dados seguiu: verificação, por meio de documentos (primeira fonte de evidência), ou seja, das fichas cadastrais das pessoas idosas com HIV/Aids assistidas no hospital universitário investigado, quanto aos dados de identificação, endereço residencial completo, como ponto de referência. Os documentos facilitaram a integração no serviço para realizar aproximação com as pessoas idosas e convidá-las a participar da pesquisa. Nesse momento, as pessoas idosas com HIV/Aids foram informadas acerca da pesquisa, da possibilidade de participação, seguindo as normas éticas.

A utilização de documentos na coleta de dados apresenta diversas vantagens porque elimina, em grande parte, a influência do vivido pelo pesquisador, dos acontecimentos ou comportamentos pesquisados, suprimindo a possibilidade de reação do sujeito à medida dos fatos (CELLARD, 2010).

A entrevista (segunda fonte de evidência) foi utilizada por meio da gravação (terceira fonte de evidência), com o uso de um gravador. Houve uma entrevista por cada participante.

De acordo com Pope e Mays (2009), a entrevista é percebida como uma técnica que orienta um diálogo com um determinado propósito, que se caracteriza como promotora da abertura e aprofundamento em uma comunicação, além disso, traz perguntas abertas (possibilidade do entrevistado expor suas opiniões sem uma determinada condição pré-estabelecida), podendo abranger mais de um aspecto.

O instrumento para a entrevista semiestruturada foi elaborado a partir dos resultados de uma pesquisa metodológica realizada pelos integrantes do GEP/GERON denominado “Guia de coleta de dados segundo a CIF”, cujos componentes/domínios/categorias. Foi composto por 107 itens (45 relacionados à função do corpo, 38 relacionados à participação e atividade, 24 relacionados com o ambiente) e enviado via online para um grupo de 31 enfermeiras doutoras da área de saúde do idoso. Retornaram as respostas 13 enfermeiras. Após validação das *experts*, os elementos que obtiveram 80% ou mais de aparição deram origem ao instrumento de coleta de dados deste estudo. Estes elementos são apresentados em três quadros.

Quadro 1 - Categorias da CIF nas Funções do Corpo com 80% e mais de frequência. Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

Código	Categorias
b114	Funções de orientação em relação: ao tempo, ao lugar, à pessoa
b134	Funções do sono: quantidade, início, manutenção e qualidade
b140	Funções da atenção: manutenção e mudança
b144	Funções da memória: de curto e longo prazo
b156	Funções de percepção: auditiva, visual, tátil, visioespacial
b167	Funções mentais da linguagem: recepção da linguagem oral
b210 b240 b270 b235	Funções sensoriais: da visão, auditivas, vestibulares (de posição, de equilíbrio, de movimento), zumbido, vertigens, tontura ou sensação de cair, náuseas, sensibilidade à temperatura, sensibilidade à pressão, sensibilidade aos estímulos nocivos
b280	Sensação de dor – dor generalizada
b410	Funções cardíacas: frequência e ritmo
b420	Funções da pressão arterial: aumentada, diminuída, mantida
b440	Funções da respiração: ritmo, profundidade
b455	Funções de tolerância ao exercício: resistência, capacidade aeróbica, fatigabilidade
b510	Funções de ingestão: morder, mastigar, manipular alimentos na boca, deglutir
b525	Funções de defecação: eliminação, consistência, frequência, continência
b530	Funções de manutenção do peso
b54501	Funções de equilíbrio hídrico – manutenção
b550	Funções termoreguladoras: temperatura corporal, manutenção da temperatura
b620	Funções miccionais: micção, frequência, continência
b640	Funções sexuais: desconforto associado à menopausa
b710	Funções da mobilidade das articulações: mobilidade geral das articulações, estabilidade geral das articulações, tremor

b810 b840 Funções de pele e estruturas relacionadas: reparadoras, sensações relacionadas com a pele

Quadro 2 - Categorias da CIF em Atividade e Participação com 80% e mais de frequência. Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

Código	Categorias
d115	Experiências sensoriais intencionais: ouvir
d160	Aplicação do conhecimento: concentrar a atenção
d177	Tomar decisões
d230	Executar a rotina diária: gerir rotina diária, concluir rotina diária, gerir seu próprio nível de atividade
d240	Lidar com estresse e outras situações psicológicas; lidar com crises
d310	Comunicação: comunicar e receber mensagens orais
d3501	Conversação: conversar com uma pessoa
d410	Mudar a posição básica do corpo: deitar-se, sentar-se, pôr-se em pé, curvar-se, permanecer sentado, permanecer de pé
d420	Auto transferência: na posição sentada, na posição deitada
d4500	Andar: distâncias curtas
d4600	Deslocar-se: dentro de casa, fora da sua casa e de outros edifícios, utilizar transporte
d510 - d520	Autocuidado: lavar-se, secar-se, cuidar da pele, cuidar dos dentes, cuidar do cabelo e da barba, cuidar das unhas das mãos, cuidar das unhas dos pés
d5300	Cuidados relacionados com o processo de excreção: regulação da micção
d540	Vestir-se: vestir roupa, despir roupa, calçar, descalçar, escolha de roupa
d570	Cuidar da própria saúde: assegurar o próprio conforto físico, controle da alimentação e da forma física, manter a própria saúde
d9100	Vida comunitária: associações informais
d920	Recreação e lazer: passatempo (hobbies), socialização
d930	Religião e espiritualidade: religião organizada, espiritualidade

Quadro 3 - Categorias da CIF em Fatores Ambientais com 80% e mais de frequência. Rio Grande do Sul, Brasil, 2014.

Código	Domínios/Categorias
e110	Produtos e tecnologias, produtos ou substâncias para uso pessoal: alimentos, medicamentos
e225	Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem: clima/temperatura
e310 - e355	Apoio e relacionamentos: família; amigos; conhecidos, pares, colegas, vizinhos e membros da comunidade; prestadores de cuidados pessoais e assistentes pessoais; profissionais de saúde

Além destas categorias validadas pelas *experts* foram incorporadas outras questões sobre o HIV/Aids, para o aprofundamento dos questionamentos e direcionamento dos aspectos que serão pesquisados.

Também foi utilizada a anotações em diários de campo (quarta fonte de evidências). Diário de campo que serviu para descrever e compreender o comportamento, assim como a

diversidade de situações que podem ocorrer, além das percepções e sensações que podem ser descritas ao pesquisador na realização da observação de forma aleatória (POUPART, et al., 2009).

É indispensável a aplicação de múltiplas técnicas de coleta de dados, para direcionar os resultados à triangulação dos dados, como processo de complementaridade e maior segurança quanto aos resultados (YIN, 2010).

O instrumento de coleta, subsidiado na Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF), vem sendo utilizada no GEP-GERON desde março de 2011 quando se elaborou a proposta para a Chamada Universal 2011, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

3.5 Procedimentos de análise dos dados

A análise de dados foi realizada por meio de três estratégias: 1) a estratégia analítica geral, que define as prioridades que foram analisadas e justificadas; 2) a estratégia analítica teórica, que estabelece uma estrutura fundamentada na teoria; 3) a estratégia analítica descritiva que constitui a descrição dos casos e seus desdobramentos (YIN, 2010). No estudo de caso o pesquisador pode dar relevância aos depoimentos dos participantes; à elaboração de quadros/tabelas e outras figuras gráficas, como diagramas; à organização de temas/categorias; dentre outras possibilidades.

3.6 Questões éticas envolvidas na pesquisa

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem (EEnf) da FURG, apresentado ao Conselho da EEnf e aprovado. Foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Área de Saúde (CEPAS) da FURG e inserido na Plataforma Brasil com número do CAAE:23116.001116/2015-59. O projeto teve parecer favorável do CEPAS com número de protocolo 36/2015 (ANEXO B). O estudo seguiu todos os preceitos éticos conforme Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013).

Foi solicitada a autorização da direção do HU-FURG para a realização do estudo (APÊNDICE C). Após o recebimento da autorização foi feito contato com a médica responsável pelo serviço de referência e explicitado o objetivo da pesquisa e a forma como seria conduzida a coleta de dados.

4. RESULTADOS: os casos dos seres humanos idosos com HIV/Aids

Caso 1

F. S. P, 72 anos, masculino, branco, união estável. Reside em casa própria de alvenaria e quitada, com companheira. Tem 17 filhos. É aposentado, com renda mensal no último mês de um salário mínimo¹. Quanto às funções do corpo, apresenta-se orientado quanto ao tempo, lugar e pessoa. Consegue concentrar-se pelo período de tempo necessário e de um estímulo para outro, mantendo memória de curto e longo prazo. Percepções auditiva, visual e visioespacial mantidas. Relata parestesia em membros superiores e inferiores. Linguagem oral preservada. Acuidade visual alterada e faz uso de lentes de correção para leitura. Detecta sons dentro da normalidade apesar de sentir falta de aparelho para audição. Determina posição do corpo, equilíbrio e movimento. Ausência de zumbidos (acufeno) no ouvido, vertigens e náuseas associada à tontura ou vertigem. Refere sentir tontura e sensação de que vai cair. Percebe temperatura, pressão contra ou na pele e sensações dolorosas e desconfortáveis. Apresenta-se normocárdico (FC = 75 bpm) pulso rítmico; normotenso mantido (PA = 130x70mmHg); eupneico (FR= 21 mrm) com movimentos respiratórios profundos e mantém-se normotérmico (36,2°C). Quanto à ingestão sólida, consegue morder, mastigar, manipular os alimentos na boca, além de deglutir sem dificuldades apesar da ausência de dentes. Relata ingerir dois litros de água por dia com manutenção satisfatória da ingesta. No momento, apresenta e consegue manter-se com 96kg aceitando dieta saudável. Quanto à defecação, suas fezes são de consistência firme e frequência de uma vez por dia. Micção de quatro a seis vezes por dia. Em relação ao sono, dorme a noite com dificuldade, acordando-se duas vezes ou mais por noite, porém consegue descansar. Articulações íntegras e com mobilidade preservada, acredita que pode estar com reumatismo em MSE devido a dores e dificuldade de movimentação do membro. Apresenta a pele hidratada, sem tremores em MMSS. Em relação à sensação dolorosa, apresenta dor no hipocôndrio esquerdo com frequência de uma vez por dia e de intensidade seis, segundo escala numérica, que varia de um a 10. Joga futebol mais de três vezes por semana por tempo de 10 a 20 minutos. Após a realização do exercício físico sente dor na panturrilha. Na atividade e participação, tem capacidade para ouvir, concentrar a atenção, gerir e concluir rotina diária e seu próprio nível de atividade. Apresenta capacidade de lidar com crises e situações psicológicas, comunicar e receber mensagens orais e conversar

¹ No momento da coleta de dados, no ano de 2015, o valor consistia de R\$788,00, que correspondia a \$ 197,00

com uma pessoa. Consegue mudar as posições básicas do corpo como deitar-se, sentar-se, por-se em pé, curvar-se, permanecer sentado e em pé. Possui capacidade de autotransferência na posição sentada e deitada. Consegue andar distâncias curtas e se deslocar dentro de casa e fora, de outros edifícios e utiliza transporte público. Na questão do autocuidado, lava-se, seca-se, cuida da pele, dos dentes, do cabelo e da barba, das unhas das mãos e dos pés sem auxílio. Regula sua micção. Veste e despe sua roupa, calça e descalça seus sapatos e escolhe a própria roupa. Assegura seu conforto físico, controla sua alimentação e sua forma física, além de manter sua própria saúde. Tem o futebol e a lida dos animais como passatempo (*hobbie*) e consegue se socializar. Na espiritualidade, relata ser católico não praticante. Nos fatores ambientais, em relação aos alimentos, tem quatro refeições durante o dia, ingerindo proteínas e carboidratos. Ausência de alergia ou intolerância aos alimentos. Quanto aos medicamentos, utiliza a TARV² (Biovir, Atazanavir, Ritonavir, Genfibrozila 900) que é de uso diário e consegue gratuitamente com prescrição médica no ambulatório do hospital em que faz o tratamento. Quando não consegue algum medicamento gratuitamente, os compra com dinheiro próprio. Ausência de dificuldades em relação ao clima. Possui capacidade de associações informais, contando com apoio e relacionamento da família, membros da comunidade e profissionais de saúde.

Refere ter adquirido o vírus da HIV na Unidade Básica de Saúde por meio de uma medicação injetada na pele. Após a realização percebeu mudanças na sua coloração da pele até que descobriu o diagnóstico, conforme relato:

[...] quando chegou aquela injeção para o idoso de reforço para gripe e depois veio outro reforço, eu não me lembro que ano foi, mas tenho a marca dela. [...] eu fazia regularmente todos os anos os exames com a enfermeira e nunca revelou doenças e com quem eu vivia maritalmente, não me preocupava, eu tinha certeza que não acontecia, mas com outras que eu tinha relações sexuais eu sempre usei camisinha, como podia contrair o vírus do HIV? Com as companheiras que eu transava nenhuma delas tinha HIV [...]. Comecei a perder a cor da pele depois dessa injeção. Eu tenho certeza que eu peguei no posto de saúde [...]depois dessa injeção que eu me senti mal, passou mais ou menos uns 15 ou 20 dias e comecei a notar a diferença na minha pele. Um dia eu estava com um lado branco outro dia com o lado roxo e com uma coceira no corpo [...] internei no hospital e fizeram os exames foi

² Sigla utilizada para Terapia Antirretroviral.

quando me disseram que eu estava com HIV.

Em relação a aceitação sobre a condição sorológica, apesar de fazer alguns anos do diagnóstico, revela que no momento em que descobriu a positividade para o vírus do HIV ficou muito triste, mas ao passar dos anos está aprendendo a lidar com a condição e afirma:

[...] é terrível, poderia ser diferente?

Quanto à vida pessoal, afirma que houve mudanças no que tange a masculinidade e a sexualidade, pois, sentiu que houve diminuição do desejo sexual após descobrir que tinha o vírus e completa:

[...] mudou muito, mudou a liberdade que eu tinha com parcerias, pois eu tive que evitar (ter relações sexuais). Para falar a verdade, eu tive que deixar de ser homem (se sentir como) e depois que voltei (se sentir como homem) já não era a mesma coisa, o 'tesão' não é mais o mesmo.

Não tem doenças associadas ao HIV e não faz uso de outros medicamentos. Faz uso de TARV desde o momento que descobriu sua sorologia, conforme explica:

[...] desde que descobri há seis ou sete anos, não sei dizer se é certo. Os nomes são Retrovir, Atrivir, Benerva, Genzibrozila e Eprovir.

Afirma que faz uso do TARV corretamente como lhe foi orientado no ambulatório em que faz o tratamento e não apresenta dificuldades em manter a adesão, fato este que comprova-se nos registros do prontuário. No momento não apresenta efeitos colaterais do uso dos medicamentos. Relata:

[...] Faço tudo regimentalmente como ela (a enfermeira) me pediu, tomo (a medicação) até hoje.

É fumante e afirma fazer uso ocasional do cigarro, pois acredita que para algumas pessoas, sendo este o seu caso, o fumo não faz mal a saúde, explica o fato:

[...] eu fumo e paro, é assim que eu faço, porque esse negócio de dizer que o cigarro faz mal, acredito que faça para algumas pessoas, não para todas. Eu fumo dois cigarros por dia, três cigarros, um cigarro, tem dia que não fumo.

Relata que não ingere mais bebidas alcoólicas após a descoberta da sorologia e após iniciar o uso de TARV, segundo explica:

[...] álcool antes de eu ter HIV eu consumia, depois que eu peguei HIV nunca mais consumi álcool. Eu até agora vou falar com a doutora [...] vou perguntar se eu posso tomar um cálice de vinho tinto, não todos os dias, mas em algumas refeições, vou pegar a autorização dela se posso ou não posso tomar.

Explica que já tinha algumas informações sobre o vírus do HIV na televisão, mas que não tinha muito conhecimento sobre o assunto, conta:

[...] foi um 'osso' que entrou na minha vida porque não sei nada dele [...]. Porque eu via muito aquela Discovery nas partes de ciência, eles explicam muita coisa, no programa da tv que eu soube disso. [...] eu já tinha 60 e tantos anos e nunca tinha contraído esse vírus, nunca tinha contraído isso. Eu contrai como te disse dentro do posto de saúde, tenho certeza. Os familiares possuem amplo conhecimento acerca da sorologia não causando prejuízos a seu relacionamento com estes, segundo afirma:

[...] os que convivem comigo todos sabem que sou soropositivo. Todas elas sabem (ex companheiras e companheira atual). Os filhos sabem.

Acredita que existem grupos de risco para adquirir o vírus do HIV, sendo este grupo, representado pelas pessoas mais jovens. Conta o fato:

[...] em cada 100 jovens, uns 15 tem chance de pegar esse vírus pelo que eu vejo [...]. Porque eu estou cansado de sair e encontro às vezes quatro ou cinco 'casaizinhos' transando aberto na rua, crianças bobas, alguns adultos também [...]. Às vezes eu olho para ele não estava usando nada, é carne com carne.

Afirma que faz uso de preservativo masculino como forma de prevenção ao HIV e outras DST's:

[...] Eu uso preservativo, agora já não é como antes, mas eu toda vez que eu ia para sexo usava.

Cuidados de Enfermagem/Gerontotecnologias

- Conversar acerca do déficit de autoestima e autoimagem, após a descoberta do vírus, pois é necessário, como ser humano, a manutenção do ato sexual, com prevenção;
- Encaminhar para serviço de Psicologia para reflexão acerca da aceitação da condição sorológica;
- Encorajar a realização de atividade física, proporcionando benefícios físicos (alívio das dores), psicológicos (ansiedade, distração) e sociais, evitando a propensão de quedas e incentivando a independência e a autonomia;
- Ressaltar a importância da boa adesão ao uso da TARV conforme prescrição médica;
- Orientar para evitar a automedicação;
- Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;
- Orientar a procura do serviço de saúde para investigação acerca da tontura com a sensação da ocorrência de quedas;
- Encaminhar para o serviço de odontologia para reparação dos dentes faltantes, pois estes são essenciais para o trituração correto dos alimentos, influenciando assim na ingestão, e

posterior, digestão;

- Conversar para cessar o uso de Tabaco explicando os danos que este causa à saúde, independentemente da situação de saúde de qualquer pessoa;
- Encaminhar para serviço especializado para melhor orientar o tratamento adequado;
- Orientar quanto à evitação do cigarro, explicando os danos que este causa a saúde independentemente da situação de saúde de qualquer pessoa;
- Procurar serviço de saúde para investigar acerca do tremor nas mãos e parestesias;
- Orientar quanto a importância da manutenção do padrão de sono adequado à noite, para reparação da saúde;
- Explicar acerca da necessidade de restrição dos exercícios físicos que possam agravar a dor na panturrilha;
- Salientar a importância de investigar a necessidade de aparelho auditivo e que somente um profissional de saúde especializado pode indicar seu uso.

Ações Ecológicas

- Reforçar para utilização de proteção em todas as formas de relações sexuais com penetração (anal ou vaginal) e sexo oral (boca/pênis, boca/ânus, boca/vagina);
- Orientar para o não compartilhamento de objetos cortantes/perfurocortantes ou que tenham risco de sangramento, como escovas de dente e aparelhos de barbear/depilação, dentre outros;
- Esclarecer acerca do descarte correto dos fluidos corpóreos, como sêmen e sangue, que devem ser descartados no vaso sanitário e fraldas, absorventes e gazes devem ser colocados em saco plástico e destinados ao lixo comum;
- Orientar para a procura de grupos ajuda mútua, para apoio emocional e desmistificação do ser com o vírus HIV como “sentença de morte”.

Caso 2

A. G. S. feminino, 65 anos, branca, solteira, reside com o ex-companheiro em casa de alvenaria cedida. Aposentada e tem dois filhos. A renda no último mês foi de um salário mínimo. Orientada em relação ao tempo, lugar e pessoa, consegue se concentrar pelo período de tempo necessário e de um estímulo para outro, memória mantida em longo e em curto prazo, percepção auditiva, tátil, visual e visoespacial presentes. Recepção da linguagem oral. Acuidade visual alterada evidenciada pelo uso de lentes corretivas para longe e para perto. Detecta sons sem a necessidade de aparelho de audição. Determina posição, equilíbrio e movimento do corpo sem auxílio, porém apresenta tontura ou sensação de cair associada à

Labirintite, sem zumbidos (acufeno) no ouvido, vertigem ou náusea associada a essa. Tem sensação de temperatura na pele, pressão e sensibilidade dolorosa ou desconfortável. No momento da entrevista, encontrava-se internada e mostrou-se taquicárdica (FC= 110 bpm) com pulso rítmico; hipertensa (PA = 140x90mmHg) mantida; taquipneica (FR = 34 mrm) com respiração arritmica e superficial, estava em uso de cateter nasal no momento, porém estava desconectado da fonte de oxigênio e afebril (T =37,1°C) mantida. Quanto à ingesta sólida: morde, mastiga, manipula os alimentos na boca e os deglute sem dificuldades apesar de possuir falta de dentes. Na ingesta hídrica, relata ingerir um copo de água por dia, como suficiente para sua hidratação. Pesa 50 kg e aceita dieta saudável. Quanto à defecação, as fezes apresentam consistência dura e com frequência de duas vezes ou mais por semana. Ausência de incontinência fecal. Quanto à micção, possui frequência de um a três vezes por dia, de forma espontânea e com coloração alterada, ou seja, “mais amarelada” que o habitual. Ausência de vida sexual ativa e de desconfortos associados à menopausa. Quanto ao sono, dorme a noite por todo o período, sem dificuldades para dormir e conseguindo descansar. Mobilidade e estabilidade das articulações sem alterações. Apresenta tremor acentuado nos MMSS (mãos). Nas sensações relacionadas à pele, mostra pele hidratada com parestesias e diversos hematomas nos membros superiores (braços, antebraços e mãos) devido a acessos venosos periféricos durante período de internação. Ausência de dor de qualquer natureza. Não realiza atividades físicas. No quesito atividades e participação, tem capacidade para ouvir e concentrar atenção e também para tomar decisões. Tem capacidade de gerir e concluir rotina diária, além de administrar o próprio nível de atividade. Lida com estresse e outras situações psicológicas, como crises; comunica e recebe mensagens orais e conversa normalmente. Muda posição básica do corpo, como deitar-se, sentar-se pôr-se em pé, curvar-se, permanecer sentado e em pé sem auxílio. Consegue se autotransferir, tanto na posição sentada como na posição deitada. Deambula distâncias curtas lentamente e desloca-se dentro e fora de casa, entre outros edificios e também utiliza transportes. Tem a capacidade de autocuidado para lavar-se, secar-se, cuidar da pele, dos dentes, do cabelo e da barba, das unhas das mãos e dos pés. Consegue escolher, vestir e despir a roupa, calçar e descalçar os calçados. Quanto a sua própria saúde, assegura o próprio conforto físico, alimentação, forma física e manutenção da própria saúde. Na vida comunitária, associa-se informalmente e socializa-se. Tem como passatempo (*hobbie*) bordar e costurar. E na religião/espiritualidade, é evangélica. Nos fatores ambientais, quanto aos produtos, tecnologias e substâncias de uso pessoal, alimenta-se com frequência quatro vezes ao dia, costuma ingerir proteínas, carboidratos e frituras, ausência de alergia e/ou intolerância aos alimentos. Quanto aos medicamentos, faz uso diário de TARV

(Biovir e Kaletra), protetor gástrico (Omeprazol) e corticóides inalatórios (Seretide) segundo prescrição médica, por também ter, em alguns momentos, crise de asma brônquica. Relata não conseguir todos os medicamentos que necessita gratuitamente, comprando-os com dinheiro próprio. Ausência de dificuldades em relação ao clima. Conta com apoio de sua família, amigos, membros da comunidade e profissionais da saúde.

Em relação ao HIV/Aids, descobriu que tinha o vírus quando o ex companheiro, o qual viveu 23 anos, adoeceu, assim, foi descoberta a sorologia, relata a história:

[...] nós morávamos no interior e ele bebia muito e usava drogas [...] eu vivi com ele 23 anos, mas eu sempre confiei nele porque ele sempre dizia que não andava com mulher. Ele chegava bêbado em casa tarde e a gente tinha relação [...] depois ele foi morar com a irmã dele e ele adoeceu, chamaram a ambulância na casa da irmã dele e trouxeram para o hospital [...], fizeram vários exames nele. A irmã dele disse: eu quero saber o que o meu irmão tem. O teu irmão tem HIV respondeu a doutora. A irmã dele entrou em pânico [...] depois a doutora perguntou ele se ele era casado [...] e ele disse assim: Ela tem a vida dela e eu vivo a minha com a minha irmã. A doutora disse: Então o senhor vai ser obrigado dizer a ela, se o senhor não falar para ela o senhor é obrigado, se não o hospital vai lhe processar [...]. A doutora me chamou e falou, o seu ex-marido está com HIV há mais ou menos 5 anos, vamos fazer um exame lá no posto quatro e eu fui e fiz. Esse exame custou três meses para vir o resultado e eu ia lá todos os dias e me diziam que não havia chegado o resultado [...] e quando veio deu positivo.

Ao receber o resultado do exame que revelou a soropositividade, não aceitou a situação e ficou depressiva. Mesmo após alguns anos, não consegue ainda aceitar sua condição, conforme relata:

[...] Muito pouco porque eu não estou acreditando nisso [...] eu emagreci porque entrei em depressão por causa disso. Depois fui perdendo a fome acho que por causa da própria depressão e quanto mais eu me via magra mais em pânico eu entrava [...] eu não podia olhar a cara daquele homem de tanta raiva que eu fiquei e até hoje eu não aceito. Eu não aceito porque eu fui uma mulher sincera e ele não foi comigo, porque se ele fosse homem, pelo menos ele pensaria: eu vou me prevenir para não pegar nela. Eu confiava nele. Eu nunca iria imaginar uma coisa dessas. [...] Arrasou a minha vida!

Não houve grandes mudanças na sua vida após a descoberta da sorologia em relação à família, pois estes e os seus conhecidos desconhecem a sua situação. Apenas os profissionais da saúde do service de referência e os demais pacientes sabem, entretanto, não se conforma

com a situação - como é relatada:

[...] Eu tenho até vergonha de entrar aqui dentro [...]. Até o médico: disse que ter o vírus do HIV é muito comum hoje em dia. Não é disso que pode morrer, tem que te cuidar tomar teus remédios direitinho [disse o médico].

Faz uso de TARV diariamente, porém não sabe informar os nomes, pois tira os rótulos dos frascos para não lembrar da sua condição sorológica, revelando que:

[...] faço uso dos remédios há uns dois anos em média. Para lhe dizer a verdade quando eu ganho os remédios eu tiro o rótulo ou troco [...] eu uso dois amarelos de manhã e um branco e eu pego e boto em um outro pote. Eu boto certinho os três em cada até encher aquele pote e só vou pegando desse pote. Prefiro não pegar da embalagem original que me lembro de tudo e fico triste e muito magoada [...]. Não posso ver, eu não consigo.

Faz uso corretamente dos TARV apesar de não manipulá-los de forma correta, não apresenta efeitos colaterais no momento e não faz uso de outros medicamentos, somente quando em crise de asma brônquica, fazendo uso de corticóides inalatórios. Não tem doenças provenientes de sua sorologia. Não faz uso de cigarro e bebida alcoólica. Apresentava pouco conhecimento sobre o HIV/Aids e agora que apresenta o vírus, tem se negado a saber mais sobre o tema, conforme explica abaixo:

[...] Tinha conhecimento, mas eu não me importava [...] Só pedia para Deus que me prevenisse [...] agora não me interessa saber.

Quanto à transmissão do vírus HIV, Acredita que apenas as pessoas que não se previnem são as que possuem chances de contrair o vírus. Conta:

[...] para quem não se previne é mais fácil. Se eu já tivesse me alertado antes de acontecer porque eu nunca tinha imaginado [...] eu tinha me prevenido.

Informa que não faz uso de métodos preventivos (preservativo masculino ou feminino) nas relações sexuais, pois relata que não tem vida sexual ativa:

[...]. Não, porque eu não faço (sexo). Não faço e nem vontade eu tenho e nem quero. Desde nova sempre fui assim, nunca tive vontade sexual [...], se me procurassem assim e esse mesmo é uma pessoa que por mais carinho que me fazia, eu fazia só pela vontade (da outra pessoa).

Cuidado de enfermagem/Gerontotecnologias

- Orientar a cessar o uso de tabaco, explicando os danos que estes causam à saúde independentemente da situação de saúde de qualquer pessoa e, se necessário, encaminhar para service especializado;

- Conversar acerca do deficit de auto estima e autoimagem, após a descoberta do vírus, pois é necessário, como ser humano, a manutenção do ato sexual, com prevenção;
- Encaminhar para serviço de Psicologia para reflexão acerca da aceitação da condição sorológica;
- Encorajar a realização de atividade física, proporcionando benefícios físicos (alívio das dores), psicológicos (ansiedade, distração) e sociais, evitando a propensão de quedas e incentivando a independência e a autonomia;
- Ressaltar a importância da boa adesão ao uso da TARV, conforme prescrição médica;
- Orientar para evitar a automedicação;
- Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;
- Orientar a procura do serviço de saúde para investigação acerca da tontura com a sensação da ocorrência de quedas;
- Encaminhar para o serviço de odontologia para reparação dos dentes faltantes, pois estes são essenciais para o trituração correto dos alimentos, influenciando, assim, na ingestão, e, posterior, digestão;
- Ressaltar a importância de aumentar a ingestão hídrica para hidratação da pele e digestão;
- Orientação para o controle da pressão arterial e demais sinais vitais no serviço de saúde;
- Reforçar quanto à importância de manipular a TARV corretamente, pois ao misturar os medicamentos pode haver um engano e ocorrer sobredose ou a diminuição da dose do medicamento;
- Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;
- Procurar serviço de saúde para investigar acerca do tremor nas mãos e parestesias.

Ações Ecológicas

- Reforçar para utilização de proteção em todas as formas de relações sexuais com penetração (anal ou vaginal) e sexo oral (boca/pênis, boca/ânus, boca/vagina);
- Orientar para o não compartilhamento de objetos cortantes/perfurocortantes ou que tenham risco de sangramento, como escovas de dente e aparelhos de barbear/depilação, dentre outros;
- Esclarecimento acerca do descarte correto dos fluidos corpóreos, como sêmen e sangue devem ser descartados no vaso sanitário e fraldas, absorventes e gazes devem ser colocados em saco plástico e destinados ao lixo;
- Orientar para a procura de grupos ajuda mútua para apoio emocional e desmistificação do ser com o vírus HIV como “sentença de morte”.

Caso 3

M.R.M.O, 60 anos, feminino, cor parda, solteira, reside em casa cedida de madeira. Mora com o companheiro. Tem um filho. Profissão de tarefeira³. Sua renda no último mês foi de um salário mínimo. Orientada em relação ao tempo, lugar e pessoa. Concentra-se em período de tempo necessário e consegue mudar a concentração de um estímulo para o outro. Memória de curto e de longo prazo mantidas. Percepções auditiva, tátil, visual e visioespacial preservadas. Recebe mensagem oral. Acuidade visual alterada percebida pelo uso de lentes corretivas para perto. Audição mantida sem uso de aparelhos. Determina posição, equilíbrio e movimento do corpo. Ausência de zumbidos (acufeno), tontura, náuseas ou sensação que vai cair. Apresenta vertigem quando está em um local alto. Sente pressão contra a pele, temperatura e sensação dolorosas ou desconfortáveis. Apresenta-se normocárdica (FC = 98 bpm) rítmico; normotensa (PA= 120x80 mmHg) mantida; eupneica (FR= 21 mrm) com movimentos respiratórios rítmicos e profundos e mantém-se normotérmica (T = 37,1°C). Na ingesta sólida, consegue morder, mastigar, manipular os alimentos na boca e deglutir, apesar da ausência de alguns dentes. Relata não ingerir água, somente ingere refrigerante, em média de dois litros por dia. Pesa 58kgs, mantém peso e aceita dieta saudável, apesar de não mantê-la. Quanto à defecação, elimina fezes firmes, com frequência de uma vez por dia, com ausência de incontinência. Na micção, urina de uma a três vezes por dia, de forma espontânea e com características normais. Com vida sexual ativa. Apresenta ressecamento vaginal como desconforto sexual associado à menopausa. Em relação ao sono, tem insônia, mas dorme à noite por todo período, pois faz uso de medicamento tranquilizante com prescrição médica. Acorda com a sensação de ter descansado. Articulações sem alterações, íntegras e não apresenta tremores. Nas sensações relacionadas à pele relata insensibilidade na palma da mão, além de pele hiperemiada. Apresenta episódio de dor, de intensidade 10 na escala numérica nos membros inferiores após esforços, com frequência de uma a duas vezes por dia. Sua atividade física consiste em andar de bicicleta para fazer as atividades diárias, como ir ao supermercado e levar os enteados na escola. Realiza essas atividades com frequência de três vezes ou mais na semana e por mais de 1h30min no total de todas as atividades. Após atividade sente dor. Na atividade e participação, tem capacidade para ouvir, concentrar a atenção e tomar decisões. Mostra capacidade de gerir e concluir rotina diária. Administra seu próprio nível de atividade. Lida com crise, estresse e outras situações psicológicas. Capaz de

³ Termo utilizado, neste estudo, para designar como profissão o trabalho por tarefa nas fábricas de conserva de pescado.

comunicar e receber mensagens orais e conversar com uma pessoa. Consegue mudar as posições básicas do corpo tais como: deitar-se, sentar-se, pôr-se em pé, curvar-se, permanecer sentado e em pé. Capacidade de autotransferência na posição sentada e na posição deitada. Consegue andar distâncias curtas e deslocar-se de dentro de casa e de outros edifícios, assim como fora da sua casa e de outros edifícios. Capacidade para autocuidar-se como: lavar-se, secar-se, cuidar da pele, dos dentes, do cabelo, das unhas das mãos e pés. Tem capacidade de regular a micção. Veste, despe e escolhe a roupa, assim como, calça e descalça os calçados. Capacidade de cuidar da própria saúde ao assegurar o próprio conforto físico, controle da alimentação e da forma física além de manter a própria saúde. Na vida comunitária, associa-se informalmente. Ausência de *hobbies* e socializa-se. É espiritualizada, mas não tem uma religião definida. Nos fatores ambientais, em relação aos alimentos, tem seis refeições durante o dia com alimentos ricos em proteínas, carboidratos e frutas. Tem alergia e intolerância a carne de porco. Utiliza medicamentos de uso diário como analgésicos (Paracetamol), corticóides inalatórios (Dipropionato de beclometasona) por ter asma brônquica e tranquilizantes (Diazepan) além da TARV (Biovir e Lopinavir), conforme prescrição médica. Não consegue gratuitamente todos os medicamentos que precisa. Quando necessita, pede dinheiro emprestado para comprá-los. Ausência de dificuldades em relação ao clima e não deixa de fazer algo por causa da temperatura. Conta com o apoio da família, amigos e profissionais da saúde.

Conta que descobriu sua sorologia ao consultar no serviço de saúde após ter um episódio de mal estar no serviço. Refere ter adquirido o vírus do HIV do atual companheiro conforme relata:

[...] quanto ao tempo eu não posso te dizer de certo, mas acho que foi em 2007. Simplesmente porque me deu um problema de pressão alta, passei mal no serviço, fui no posto de saúde, pedi para fazer todos os exames de sangue e foi quando eu descobri. Demorei um ano para buscar o resultado lá no posto e eu quando fui buscar e me deram o resultado foi uma decepção só. Eu entrei em 'parafuso'. Fiquei um mês encerrada dentro de casa [...]. Tenho certeza que peguei dele (companheiro) com quem estou há 18 anos, [...] quando eu descobri em 2007, eu já estava com o vírus há cinco anos [...]. Assim, simplesmente eu não saía de casa, quem saía para rua era ele.

No momento em que descobriu a condição sorológica, não apresentou boa aceitação, entretanto, com o passar dos anos, está se conformando com a situação conforme relato:

[...] Eu já estava contaminada, iria fazer o quê?! Me sinto traída por isso... eu não sabia com

quem ele andava se relacionando [...]. Não está escrito na testa. Ele tem culpa, mas ao mesmo tempo não tem, mas se ele não tivesse me traído, não tinha acontecido isso.

Não houve muitas mudanças na sua vida pessoal após a descoberta da doença. A família tem conhecimento da sua sorologia, porém as questões relacionadas à sexualidade ficaram abaladas conforme diz:

[...] mudou meus sentimentos! Se eu me separar dele (companheiro) acho que nunca mais aceitaria me relacionar (ter relações sexuais) com outro homem. Com ele (companheiro) eu já não tenho mesmo (relações sexuais) [...]. Fiquei com esse sentimento de culpa, de consciência pesada.

Faz uso de TARV e de outros medicamentos conforme citado anteriormente. Não tem doenças provenientes da sorologia e também não apresenta efeitos colaterais no momento. Consegue ter adesão aos medicamentos, segundo explica:

[...] Esse agora é de 12 em 12 horas. Um de manhã e outro de noite. É tranquilo. Às vezes sirvo um copinho de água e vão os três juntos. É tudo comprimido.

Conta que fazia uso de tabaco há muitos anos, mesmo sabendo da sorologia positiva e estando em tratamento com uso de TARV, entretanto conseguiu cessar seu uso. Não faz uso de bebida alcoólica. Conta:

[...] Fumava. Faz um ano que parei, fumava uma carteira de cigarro por dia.

Tem conhecimento sobre o vírus e sobre sua prevenção, acreditava que não aconteceria consigo, pois há 18 anos só tem relações sexuais com o companheiro, assim explica:

[...] Já. Mas eu achava que isso não aconteceria comigo [...]. Mas como era só com ele, com marido em casa [...] é o caso de muitas mulheres por aí.

Acredita que qualquer pessoa pode adquirir o vírus HIV e utiliza preservativo masculino quando tem relações sexuais:

[...]. Quando não se cuida, qualquer um pode pegar [...]. isso é normal [...]. Acha o fulano bonitinho, mas não sabe o resto [...]. Uso camisinha. Faz três anos e pouco que nem sei o que é isso (sexo). Tenho até medo de fazer.

Cuidado de Enfermagem/Gerontotecnologias

- Orientar a cessar o uso de tabaco, explicando os danos que este causa à saúde, independentemente da situação de saúde de qualquer pessoa e, se necessário, encaminhar para serviço especializado;
- Conversar acerca do déficit de autoestima e autoimagem, após a descoberta do vírus, pois é necessário, como ser humano, a manutenção do ato sexual, com prevenção;

- Encaminhar para serviço de Psicologia para reflexão acerca da aceitação da condição sorológica;
- Encorajar a realização de atividade física, proporcionando benefícios físicos (alívio das dores), psicológicos (ansiedade, distração) e sociais, evitando a propensão de quedas e incentivando a independência e a autonomia;
- Ressaltar a importância da boa adesão ao uso da TARV, conforme prescrição médica;
- Orientar para evitar a automedicação;
- Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;
- Orientar a procura do serviço de saúde para investigação acerca da tontura com a sensação da ocorrência de quedas;
- Encaminhar para o serviço de odontologia para reparação dos dentes faltantes, pois estes são essenciais para o trituração correto dos alimentos, influenciando, assim, na ingestão, e posterior, digestão;
- Fazer uso de medicamento tranquilizante de forma correta como prescrito para evitar quedas e outros acidentes domésticos ao se acordar;
- Restringir atividades físicas para avaliar episódios de dor. Procurar serviço de saúde para investigar estes episódios, evitando permanecer em pé por um tempo prolongado e ao descansar elevar os membros inferiores para melhorar o retorno venoso;
- Procurar serviço de saúde para investigar quanto à insensibilidade na palma das mãos de modo a evitar acidentes.

Ações Ecológicas

- Reforçar para utilização de proteção em todas as formas de relações sexuais com penetração (anal ou vaginal) e sexo oral (boca/pênis, boca/ânus, boca/vagina);
- Orientar para o não compartilhamento de objetos cortantes/perfurocortantes ou que tenham risco de sangramento, como escovas de dente e aparelhos de barbear/depilação, dentre outros;
- Esclarecer acerca do descarte correto dos fluidos corpóreos, como sêmen e sangue devem ser descartados no vaso sanitário e fraldas, absorventes e gazes devem ser colocados em saco plástico e destinados ao lixo;
- Orientar para a procura de grupos de ajuda mútua para apoio emocional e desmistificação do ser com o vírus HIV como “sentença de morte”.

Caso 4

J.S.C, 66 anos, feminino, cor preta, solteira, mora em casa própria financiada de madeira e sozinha. Tem sete filhos, aposentada e sua renda no último mês foi de até um salário mínimo. Orientada em relação ao tempo, lugar e pessoa. Na atenção, consegue concentrar-se por período de tempo necessário e muda a concentração de um estímulo para outro. Mantém memória de longo e de curto prazo. Percepção auditiva, tátil, visual e visioespacial mantidas. Recebe mensagens orais. Acuidade visual alterada, fazendo uso de lente corretiva para perto. Detecção de sons sem uso de aparelho auditivo. Determina posição, equilíbrio e movimento do corpo com dificuldade. Apresenta vertigem e tontura com a sensação de que vai cair, no entanto, não apresenta zumbidos ou náuseas. Mostra sensibilidade quanto à temperatura, pressão contra a pele e sensações dolorosas ou desconfortáveis. Normocardica (89 bpm) com pulso rítmico; hipertensa (140x90 mmHg) mantida; eupneico (FR= 21 mrm) com movimentos respiratórios superficiais e mantém-se normotérmico (37,2°C). Quanto à ingesta sólida, morde, mastiga, manipula os alimentos na boca e os deglute, apesar da falta de diversos dentes e uso de prótese dentária. Não possui dentes na parte superior da boca. Relata ingerir três litros de água por dia. Pesa 47kgs e consegue manter o peso com dieta saudável. Quanto à defecação, apresenta fezes líquidas com frequência de duas vezes ou mais por dia. Ausência de incontinência fecal. Na micção, a frequência varia de uma a três vezes por dia de forma espontânea e características normais. Ausência de desconforto associado à menopausa. Quanto ao sono, dorme a noite, com dificuldade para iniciar o sono, mesmo fazendo uso de medicamento tranquilizante e, apesar disso, se acorda duas vezes ou mais durante o sono, porém consegue descansar. Mobilidade das articulações e integridade preservadas. Ausência de tremores. Ausência de queixas algicas. Também não realiza exercícios físicos. Tem capacidade para ouvir, concentrar atenção e tomar decisões. Administra e conclui sua rotina diária e seu próprio nível de atividade. Apresenta capacidade de lidar com estresse e outras situações psicológicas e com crise. Capacidade de comunicar e receber mensagens orais e conversar com uma pessoa. Tem capacidade de mudar as posições básicas do corpo como deitar-se, sentar-se, pôr-se em pé, curvar-se, permanecer sentado e em pé sem auxílio. Também consegue se autotransferir na posição sentada e deitada. Não necessita de auxílio para andar distâncias curtas, deslocar-se dentro e fora de casa, de outros edifícios e utilizar transporte. Apresenta capacidade para autocuidado como lavar-se, secar-se, cuidar da pele, dos dentes, dos cabelos, da barba, das unhas das mãos e dos pés. Capacidade de regular a micção mantida. Consegue vestir-se, despirm roupa, calçar, descalçar e escolher roupa. Assegura seu próprio conforto físico, alimentação e forma física e mantém sua própria saúde.

Associa-se informalmente, não possui passatempos e consegue se socializar. É espiritualizada, sem religião definida. Nos fatores ambientais, alimenta-se com a frequência de seis vezes ou mais por dia. Consome carboidratos e proteínas e não possui intolerância ou alergia a algum alimento. Utiliza medicamentos tranquilizantes (Rivotril), broncodilatadores inalatórios (Berotec), pois apresenta Asma brônquica, além da TARV (TDF+3TC+EFZ) diariamente sob prescrição médica. Automedica-se com analgésicos (Paracetamol) quando sente alguma algia. Consegue todos os medicamentos que necessita gratuitamente e, quando não consegue, compra com dinheiro próprio. Ausência de dificuldades em relação ao clima. Conta com o apoio da família e com os profissionais da saúde.

Descobriu que tinha o vírus do HIV há cinco anos quando internou na unidade hospitalar para tratamento renal e nos exames de sangue solicitados detectou a presença do vírus. Conta o ocorrido:

[...] Foi um exame que me fizeram (na unidade hospitalar). Eu estava internada devido a um problema nos rins e a doutora pediu vários exames [...] A doutora disse: vou te mandar fazer uns exames, por isso não posso lhe dar alta. Quando chegou o resultado a doutora me contou. Eu não sabia que tinha esse vírus.

Quando realizou o exame de sangue e recebeu o resultado, houve dificuldade em aceitar a sorologia. Pensou em suicídio. No momento, está em processo de melhora da aceitação apoiando-se na religião, conforme explica:

[...] fiquei apavorada, entrei em depressão, perdi muito peso. Queria me matar. E depois eu fiquei mais arrasada por eu ter que guardar isso (o fato de ser soropositiva) só para mim [...]. E eu não podia desabafar e nem posso falar sobre isso com ninguém. Eu não era de religião e agora sou.

Conta que pegou o vírus com o ex-companheiro após um reencontro depois de alguns anos separados, conforme relata:

[...] Sei, foi mantendo relação (sexual) com esse pilantra (ex-companheiro). E foi só um dia que tive sexo com ele e depois de um tempo que eu fiquei com ele que eu soube que eu tinha o vírus [...] na hora ele me machucou porque eu não estava acostumada mais a manter relação.

Não houve grandes mudanças na sua vida, pois não contou a sorologia para os familiares e amigos. Apenas para a filha, que estava no momento da consulta em que foi revelado o diagnóstico, sabendo, assim, de sua condição, de acordo com a fala abaixo:

[...] eu não conto para os meus filhos que eu tenho esse vírus. Meus filhos não sabem porque eu não quero destruir a vida deles porque a minha está praticamente destruída. Então para

que eu vou impressionar eles? Eles me perguntam: afinal mãe, o que a senhora tem? Eu digo: Não interessa saber o que eu tenho, vocês não vão me devolver a minha saúde. O dia que eu morrer vocês saberão o que eu tenho porque o doutor vai colocar no atestado de óbito. O que mata a gente não é a doença, é o preconceito.

Relata que antes de ter o vírus do HIV não tinha conhecimento sobre isso, mas somente agora após adquirir o vírus. Ao consultar no ambulatório conseguiu adquirir algum conhecimento sobre o assunto. Desconhecia acerca da sua prevenção. Acredita que as pessoas que possuem múltiplos parceiros são as que possuem mais chances de adquirir o vírus, comenta o fato:

[...]. Eu não sabia o que era! [...] o que eu sei hoje que esse vírus existe e que não tem cura, porque é no sangue. Agora eu sei, porque na época (em que adquiriu o vírus) eu não sabia [...] Sabia que era como uma doença qualquer e que com tratamento a gente se cura e ele (ex-companheiro) me fez acreditar que tinha cura [...]. Eu ouvia falar em Aids, mas agora em vírus....porque vírus é uma coisa e Aids é outra. Eu tenho o vírus [...]. Eu não sabia mesmo! Agora eu sei. Tem que usar camisinha. Para mim, não existia maldade em fazer sexo sem camisinha.

Apesar de ter o vírus há cinco anos, está fazendo uso da TARV desde o início do ano, pois não havia indicação anterior. Tem adesão ao medicamento e não apresenta efeitos colaterais do uso no momento, explica a seguir:

[...]. Sim, essas 'porcarias' (comprimidos) são essas aqui. Tomo desde janeiro. Comecei a tomar agora porque a doutora disse que antes não precisava [...] Consigo. Não tenho problema, tampouco para engolir os comprimidos porque são enormes. Mas eu já acostumei com esse 'inferno' (uso de TARV diariamente) [...] Não tenho efeito colateral agora, mas já aconteceu antes quando eu tomava um comprimido muito forte.

Faz uso de outros medicamentos além da TARV, como tranquilizantes, anti-hipertensivos e broncodilatadores. Afirma que tem asma e hipertensão. Acredita ter alguma doença relacionada ao sistema nervoso (psiquiátrico), pois se “descontrola” muito rapidamente. Faz uso de cigarro, segundo prontuário é tabagista pesada. Conta que anda com os pés gelados e acredita que o aumento do uso de cigarro diariamente pode minimizar essa alteração. Afirma que a mais de dez anos que não faz uso de bebida alcoólica. Relata:

[...] Fumo, estou abrindo (fumando) duas carteiras por dia, porque se estou sentada na frente da televisão o cigarro está do meu lado. Eu fumo mesmo. Eu entendo que eu estou fumando mais. Fico nervosa quando eu me mexo e sinto isso aqui (os pés gelados) então eu fumo mais ainda [...]. O álcool (...) não é porque eu estou tomando remédio para HIV que eu não tomo álcool, há mais de dez anos que eu parei. Eu era viciada em cerveja e vinho tinto. Não

suporto ninguém falar comigo com cheiro de álcool, até 'embrulha' meu estômago.

Afirma que não utilizava preservativo antes de descobrir a sorologia, pois não tinha um relacionamento estável. Mantinha relações sexuais com parceiro fixo, não percebendo a necessidade de uso do preservativo. No momento tem conhecimento sobre o vírus HIV, revelando que continua não o utilizando, pois relata que não quer ter mais relações sexuais, conforme aponta:

[...] não quero mais isso na minha vida. Não tenho necessidade disso (relações sexuais). Só para dizer que tenho um homem na cama?! Nem penso mais nisso. Eu não tinha ninguém, o que eu ia usar? Na época que eu vivia com ele (ex-companheiro), ele não tinha doença, o que eu fazia era tomar as pílulas para não engravidar e nada mais.

Cuidado de Enfermagem/Gerontotecnologias

- Orientar a cessar o uso de tabaco, explicando os danos que este causa à saúde, independentemente da situação de saúde de qualquer pessoa e, se necessário, encaminhar para serviço especializado;
- Conversar acerca do déficit de autoestima e autoimagem, após a descoberta do vírus, pois é necessário, como ser humano, a manutenção do ato sexual, com prevenção;
- Encaminhar para serviço de Psicologia para reflexão acerca da aceitação da condição sorológica;
- Encorajar a realização de atividade física, proporcionando benefícios físicos (alívio das dores), psicológicos (ansiedade, distração) e sociais, evitando a propensão de quedas e incentivando a independência e a autonomia;
- Ressaltar a importância da boa adesão ao uso da TARV conforme prescrição médica;
- Orientar para evitar a automedicação;
- Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;
- Orientar a procura do serviço de saúde para investigação acerca da tontura com a sensação da ocorrência de quedas;
- Encaminhar para o serviço de odontologia para reparação dos dentes faltantes, pois estes são essenciais para o trituramento correto dos alimentos, influenciando assim na ingestão, e posterior, digestão;
- Fazer uso de medicamento tranquilizante de forma correta como prescrito para evitar quedas e outros acidentes domésticos ao se acordar;
- Orientar para o consumo de carboidratos integrais, alimentos protéicos sem gordura, fibras e frutas; gorduras saudáveis e beber em média oito copos de água por dia para aumento do peso

corpóreo de forma saudável;

- Incentivar para a realização de seis refeições diárias com pequenas porções de alimentos saudáveis. Os alimentos devem ser ingeridos devagar e bem mastigados para o favorecimento da digestão;
- Ressaltar a importância de evitar ficar mais de duas horas sem comer para que o organismo não utilize os músculos como fonte de energia;
- Orientar para o aumento gradativo do consumo de alimentos, nas refeições, para que aumente a capacidade de armazenamento do estômago;
- Conversar para cessar o uso de tabaco e encaminhar para serviço especializado para melhor orientar o tratamento adequado;
- Orientar para revisão de sua alimentação, o uso da medicação e/ou doenças com o intuito de investigar a causa de fezes líquida com frequência;
- Orientar a procura de serviço de saúde para investigação acerca da tontura com a sensação da ocorrência de queda;
- Fazer uso de medicamento tranquilizante de forma correta como prescrito para evitar quedas e outros acidentes domésticos ao se acordar.

Ações Ecológicas

- Reforçar a proteção em todas as formas de relações sexuais com penetração (anal ou vaginal) e sexo oral (boca/pênis, boca/ânus, boca/vagina);
- Orientar para o não compartilhamento de objetos cortantes/perfurocortantes ou que tenham risco de sangramento, como escovas de dente e aparelhos de barbear/depilação, dentre outros;
- Esclarecer acerca do descarte correto dos fluidos corpóreos, como sêmen e sangue devem ser descartados no vaso sanitário e fraldas, absorventes e gazes devem ser colocados em saco plástico e destinados ao lixo comum;
- Orientar para a procura de grupos ajuda mútua para apoio emocional e desmistificação do ser com o vírus HIV como “sentença de morte”.

Caso 5

I. S, 61 anos, feminino, branca, união estável, mora com o ex-marido, tem oito filhos, do lar e renda no último mês de um salário mínimo. Reside em casa emprestada de madeira. Orientada em relação ao tempo, lugar e pessoa, consegue se concentrar pelo período de tempo necessário e mudar a concentração de um estímulo para outro. Mantém memória a longo e curto prazo. Percepção auditiva, tátil visual e visioespacial presentes. Linguagem oral

preservada. Acuidade visual alterada, fazendo uso de lente corretiva para perto e para longe. Detecta sons sem a necessidade de aparelho auditivo. Determina posição, equilíbrio e movimento do corpo. Ausência de zumbido ou acufeno no ouvido. Apresenta vertigem e tontura ou sensação que vai cair com frequência de duas vezes por semana em média, essa sensação já faz presente há dois anos com náuseas associadas. Tem percepção de temperatura, pressão dolorosa e sensação desconfortáveis ou dolorosas na pele. Normocárdica (FC = 72 bpm) com pulso rítmico; normotensa (PA = 130x90mmHg) níveis mantidos; eupneica (FR= 18 mrm) com rítmica; e normotermica (T= 36,9°C) mantidas. Quanto à ingesta sólida consegue morder, mastigar, manipular os alimentos na boca e deglutir. Ingerir cinco copos de água diariamente com manutenção satisfatória. Pesa 39 kg e aceita dieta saudável. Na defecação, as fezes possuem consistência firme, com frequência de uma vez por dia, ausência de incontinência. Na micção, urina com frequência de uma a três vezes por dia de forma espontânea com características normais, apesar de relatar que a urina está com uma espuma branca e volumosa. Ausência de desconfortos associados à menopausa e vida sexual inativa. Quanto ao sono, dorme durante a noite, dorme rápido, acorda em média uma vez por noite e consegue descansar. Articulações íntegras, com boa mobilidade e sem tremores nas mãos. Tem dor de intensidade de nível dois em escala numérica de um a dez. As dores são no útero com frequência de uma vez por dia, geralmente à noite. Não realiza exercícios físicos. Na atividade e participação, tem capacidade para ouvir e concentrar a atenção, além de tomar suas decisões. Administra seu próprio nível de atividade, concluindo sua rotina diária. Tem capacidade de lidar com estresse e outras situações psicológicas e com crises. Comunica e recebe mensagem oral, conversa com uma pessoa. Tem a capacidade de mudar a posição básica do corpo tal como: deitar-se, sentar-se, pôr-se em pé, curvar-se, permanecer sentado e em pé. Capacidade de se autotransferir na posição sentada e deitada. Desloca-se dentro de casa e de outros edifícios. Anda distâncias curtas. Capacidade de autocuidado para: lavar-se, secar-se, cuidar da pele, cuidar dos dentes, cuidar do cabelo, cuidar das unhas das mãos e pés. Tem também capacidade de regular a excreção. Veste, despi e escolhe roupa além de calçar e descalçar os calçados. Assegura o próprio conforto físico, controla alimentação e forma física e mantém a própria saúde. Capacidade de associação informal, socializando-se e não possui hobby. Tem religião organizada, considera-se católica e umbandista praticante. Realiza seis refeições diárias com ingestão de carboidratos, proteínas, frutas, legumes e carnes brancas. Faz acompanhamento com nutricionista. Ausência de alergia ou intolerância a alimentos. Utiliza diariamente medicamentos prescritos como a TARV (Biovir, Efavirens e Pravastatina), hipoglicemiantes (Glifage), anti-hipertensivos (Enalapril), protetor gástrico (Omeprazol) e

para colesterol alto. Consegue gratuitamente todos os medicamentos que necessita. Não se automedica. Se necessário, consegue dinheiro emprestado para comprar os medicamentos que necessita. Ausência de dificuldades em relação ao clima. Conta com apoio e relacionamento da família, vizinhos conhecidos, profissionais da saúde, e amigos.

Descobriu que era soropositiva para o vírus do HIV quando estava realizando seus exames rotineiros devido à perda de um rim há alguns anos atrás e lhe foi solicitado vários exames laboratoriais, conforme relata:

[...] eu faço controle do meu rim, então eu vim, eu estava muito magra andava sentindo umas tonturas [...] eu vim consultar aqui na ala verde e tinha uma moça (técnica em enfermagem) [...] ela começou a conversar comigo [...] depois ela me encaminhou para médica e perguntou o que ela achava da conversa que havia tido comigo. Ela (técnica em enfermagem) falou [...] doutora, a conversa foi boa, mas será que não seria o caso da senhora pedir o teste de HIV? [...] eu pensei: o que será que ela está achando de mim? Eu 18 anos dentro de casa com um homem, o que será que ela imaginando de mim? Claro que quando a gente conversou eu respondi que eu saia para dançar, mas isso não quer dizer que faça sexo! Que eu vá para o baile para isso. A doutora disse: mas ela faz tratamento direto duas vezes ao ano e se for preciso até mais! Acho que não tem necessidade! Ai eu disse: mas agora eu quero [...] e a doutora então pediu o exame e eu fiz. No dia de pegar o resultado do exame eu cheguei à enfermeira responsável pelo pré-teste e pós-teste do hospital dia me pergunta: porque que te pediram esse exame? Eu disse que a técnica em enfermagem sugeriu e eu aceitei, porque eu ia me negar eu disse pra ela [...] e a enfermeira diz: tens HIV! E eu disse: Sou mulher de um homem só dentro de casa! E ela disse: tu tens o HIV!! Faz sete anos mais ou menos que esse fato aconteceu.

No momento da descoberta da sorologia, sua aceitação foi muito difícil, sentiu-se revoltada e com repulsa do próprio corpo, mas com o tempo está aceitando melhor sua condição, segundo diz:

[...] eu vou te dizer... até um ano atrás mais ou menos eu própria tinha nojo de mim, eu não conseguia, eu ia para o chuveiro tinha nojo uma revolta contra o meu corpo...contra mim mesma, eu não fiz por onde merecer e fui 'presenteada'. Então eu não aceitava, agora hoje não, eu já me aceito, eu não tenho nojo de tocar no meu corpo, antes eu tinha, hoje eu não tenho mais, mas fica a magoa.

Relata que pegou o vírus do ex-companheiro com quem viveu em união estável há 18 anos, mas que ainda reside junto, vindo a se separar após descoberta da sorologia positiva. Conta

que não tinha relações sexuais com outras pessoas, apenas com o ex-companheiro, como explica:

[...] ele era praticamente meu esposo, que eu já era divorciada e eu tinha ele como esposo, há 18 anos como esposo, quer dizer, se eu estou dentro de casa, se eu não faço nada de errado eu não tenho como pegar [...]. Foi ele que me trouxe nessa época, nesses 18 anos, não fiz nenhuma transfusão de sangue, anterior sim, mas anterior eu já teria até descoberto. Então foi ele que me trouxe. Eu me senti, como poderia dizer, 'lesada'.

Em relação à família/ amigos, não houve mudanças após a descoberta da sorologia, pois estes desconhecem sua condição, somente os filhos conhecem. Mas, houve mudança para si mesma em relação à confiança para com as pessoas, conforme relato:

[...] Os meus amigos eu não contei para ninguém. As minhas vizinhas tudo me tratam muito bem, as minhas doenças para elas é colesterol, elas acham que eu trato o açúcar e que eu trato o meu rim que eu não tenho. Elas não sabem nada e eu nunca contei para ninguém, tanto que eu nunca quis revelar às pessoas da vila [...] a minha família toda sabe, todos me tratam a mesma coisa [...]. Agora eu aprendi a me cuidar mais, agora não é assim que eu vou confiar em um homem. Não vai ser assim que um homem vai me convencer e vai me levar para a cama. Eu sou e sei que sou a mesma mulher, que eu tenho as mesmas vontades, os mesmos desejos, mas eu não consigo (ter relações sexuais), até porque se eu for ter uma relação com um homem vai ter que ser com preservativo e não é todo o homem que quer usar. O que eu não quero para mim eu não quero para os outros.

Faz uso de TARV desde a descoberta da sorologia, com adesão do medicamento corretamente e não apresentando efeitos colaterais no momento. Além disso faz uso de outros medicamentos, conforme relata:

[...] Sim, faço. Faz mais ou menos sete anos que faço. É o Belvira e o Efavirense [...] consigo tomar no horário certinho. Um de manhã às 10:30 da manhã e 22:30 da noite, tomo esse de novo e um outro.

Não faz uso de cigarro e ingeria bebidas alcoólicas socialmente, porém após fazer uso do TARV, cessou uso de álcool. Conta o fato:

[...] gostava de beber em festa de família, com os parentes no final do ano essas coisas, mas agora devido aos medicamentos eu não tomo mais.

Quanto ao vírus do HIV, afirma que possuía pouco conhecimento sobre o vírus, mas não se prevenia, pois tinha um relacionamento de 18 anos com o mesmo companheiro e acreditava que não havia risco de estar exposta ao vírus, segundo relato:

[...] sim, eu ouvia falar, mas é aquela coisa, tu acha que não vai acontecer. A gente acha assim: não vai acontecer, porque estou dentro de casa quieta [...] como era só ele dentro de casa e eu pensava que meu marido era limpo, meu marido era leal e que estava trabalhando, ate porque ele trabalhava durante o dia e não saía sozinho, só saía comigo.

Acredita que as pessoas que possuem múltiplos parceiros são as que têm chances de contrair o vírus. Utiliza preservativo para se prevenir, explica a seguir:

[...] Eu acredito que as pessoas que tem mais chance são aquelas que andam com uma aqui e outra ali e que nem sabe quem são [...] Sim, uso preservativo, eu até tinha preservativo feminino, mas agora estou sem.

Cuidado de Enfermagem/Gerontotecnologias

- Orientar a cessar o uso de tabaco, explicando os danos que este causa à saúde, independentemente da situação de saúde de qualquer pessoa e se necessário, encaminhar para service especializado;
- Conversar acerca do déficit de autoestima e autoimagem, após a descoberta do vírus, pois é necessário, como ser humano, a manutenção do ato sexual, com prevenção;
- Encaminhar para serviço de Psicologia para reflexão acerca da aceitação da condição sorológica;
- Encorajar a realização de atividade física, proporcionando benefícios físicos (alívio das dores), psicológicos (ansiedade, distração) e sociais, evitando a propensão de quedas e incentivando a independência e a autonomia;
- Ressaltar a importância da boa adesão ao uso da TARV conforme prescrição médica;
- Orientar para evitar a automedicação;
- Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;
- Orientar a procura do serviço de saúde para investigação acerca da tontura com a sensação da ocorrência de quedas;
- Encaminhar para o serviço de odontologia para reparação dos dentes faltantes, pois estes são essenciais para o trituração correto dos alimentos, influenciando assim na ingestão, e posterior, digestão;
- Fazer uso de medicamento tranquilizante de forma correta como prescrito para evitar quedas e outros acidentes domésticos ao se acordar;
- Orientar a procura de serviço de saúde para investigação acerca da tontura com a sensação da ocorrência de queda;
- Reforçar a importância de seguir as orientações fornecidas pela nutricionista de modo a

aumentar o peso corpóreo de forma saudável;

- Orientar para o consumo de carboidratos integrais, alimentos protéicos sem gordura, fibras e frutas; gorduras saudáveis e beber em média oito copos de água por dia para aumento do peso corpóreo de forma saudável;
- Incentivar para a realização de seis refeições diárias com pequenas porções de alimentos saudáveis. Os alimentos devem ser ingeridos devagar e bem mastigados para o favorecimento da digestão;
- Ressaltar a importância de evitar ficar mais de duas horas sem comer para que o organismo não utilize os músculos como fonte de energia;
- Orientar para o aumento gradativo do consumo de alimentos, nas refeições, para que aumente a capacidade de armazenamento do estômago;
- Procurar serviço de saúde para investigar episódios de dor no útero, preferencialmente com um médico ginecologista, bem como rever exame de citopatologia.

Ações Ecológicas

- Reforçar para utilização de proteção em todas as formas de relações sexuais com penetração (anal ou vaginal) e sexo oral (boca/pênis, boca/ânus, boca/vagina);
- Orientar para o não compartilhamento de objetos cortantes/perfurocortantes ou que tenham risco de sangramento, como escovas de dente e aparelhos de barbear/depilação, dentre outros;
- Esclarecer acerca do descarte correto dos fluidos corpóreos, como sêmen e sangue devem ser descartados no vaso sanitário e fraldas, absorventes e gazes devem ser colocados em saco plástico e destinados ao lixo comum;
- Orientar para a procura de grupos de ajuda mútua para apoio emocional e desmistificação do ser com o vírus HIV como “sentença de morte”.

Caso 6

I.A.B, 62 anos, feminino, branca, viúva. Reside em casa própria quitada e de alvenaria. Mora com um neto. Tem dois filhos e aposentou-se como cozinheira. Tem renda mensal de um salário mínimo. Não recebe ajuda/auxílio de programas governamentais. Orientada em relação ao tempo, lugar e pessoa. No que tange à atenção, consegue se concentrar pelo período de tempo necessário e consegue mudar a concentração de um estímulo para outro. Apresenta memória a curto prazo e a longo prazo mantidas com dificuldade. Percepção auditiva, tátil, visual e visioespacial preservadas. Acuidade visual alterada percebida por meio de uso de lentes corretivas para perto e longe. Detecta sons sem a necessidade de aparelho de

audição. Determina a posição do corpo, equilíbrio e movimento do corpo. Ausência de zumbido no ouvido (acufeno), vertigem, tontura ou sensação de que vai cair e náusea associada à tontura ou vertigem. Apresenta outros estímulos como temperatura, pressão contra a pele e sensações dolorosas e desconfortáveis. Normocárdica (FC= 72 bpm) com pulso rítmico; Normotensa (PA = 130x70mmHg) com níveis mantidos; eupnéica (FR = 20mrm) com respiração rítmica e profunda; e normotérmica (T° 36,5°C) com valores mantida. Quanto à ingesta sólida: morde, mastiga, manipula os alimentos na boca e deglute sem dificuldades. Na ingesta hídrica, relata ingerir mais ou menos dois litros de água por dia. No momento pesa 69kg com manutenção satisfatória do peso. Relata aceitar dieta saudável. Quanto ao padrão de defecação, elimina fezes moles, com frequência de uma vez por dia e não apresenta incontinência fecal. Quanto à micção, urina com frequência de quatro a seis vezes por dia de forma espontânea com características normais. Vida sexual inativa e ausência de desconfortos sexuais associados à menopausa. No que tange ao sono, dorme à noite, apresentando dificuldade para dormir fazendo uso de medicamento tranquilizante. Na manutenção do sono, acorda uma vez por noite e consegue descansar. Articulações íntegras, com boa mobilidade e sem tremores nas mãos. Quanto à pele, evidenciam-se áreas de hiperpigmentação nos membros inferiores, com as sensações preservadas. Apresenta episódios de dor, com intensidade oito na escala numérica que tem pontuação máxima de 10, localizada no peito na região retroesternal, com frequência constante e sensação de “peso”. Não realiza exercícios físicos. Na atividade e participação, mostra capacidade para ouvir, concentrar a atenção e tomar decisões. Na rotina diária, mostra capacidade de gerir e concluir rotina diária. Administra seu próprio nível de atividade. Demonstra capacidade de lidar com estresse, crises e outras situações psicológicas. Comunica e recebe mensagens orais, capacidade de conversar com uma pessoa. Demonstra capacidade de mudar de posição básica do corpo, tais como deitar-se, sentar-se, pôr-se em pé, curvar-se, permanecer em pé e sentado. Demonstra também capacidade de autotransferência da posição sentada e deitada. Anda distâncias curtas e desloca-se do interior e fora de sua casa e de outros edifícios. Utiliza qualquer tipo de transporte. Apresenta capacidade de autocuidado como: lavar-se secar-se, cuidar da pele, dos dentes, do cabelo, da barba, das unhas das mãos e dos pés. Também apresenta capacidade de regular micção. Na questão vestir-se, apresenta capacidade de vestir, despir e escolha de roupa, calçar e descalçar. Assegura o próprio conforto físico, controla sua alimentação e forma física, mantendo sua saúde. Possui capacidade de associações informais, não possui hobbies e consegue se socializar. Relata ter religião organizada (católica). Nos Fatores Ambientais, que se referem à alimentação, realiza três refeições por dia com a ingestão de proteínas,

carboidratos, frutas e legumes. Ausência de alergia ou intolerância aos alimentos. No que se refere aos medicamentos, faz uso diário como as TARV (Tenofovir, 3tc, Arunavir, Ritonavir, Raltegravir) com como anti-hipertensivos (Enalapril e Selosok), vasodilatadores (Monocordil, Sustrate), antiulcerosos (Ranitidina) diuréticos (Hidroclortiazida), anticoagulantes (AAS) e protetor gástrico (Omeprazol). Consegue alguns medicamentos gratuitamente, quando não os consegue, compra. Relata dificuldades em relação ao clima, pois quando está muito frio, sua pressão arterial aumenta, apresentando dor precordial e, por isso, não consegue realizar suas atividades diárias. Conta com o apoio da família quando precisa.

Descobriu que tinha o vírus do HIV após a realização de vários exames de sangue, pois vinha apresentando alteração no sistema imunológico com várias doenças associadas, conforme explica:

[...] em 2003 que eu descobri, faz tempo já. O exame de sangue que detectou que eu estava com o vírus do HIV. Eu fiz porque eu estava com feridas no corpo e minhas defesas estavam muito baixas e eu sempre doente, sempre gripada então fui fazer o exame.

Não teve uma boa aceitação da condição sorológica, mas com o apoio profissional da psicologia, já está aceitando melhor sua condição. Conta o fato:

[...] Na hora foi horrível como todo mundo é eu acho, na hora foi um estresse. Ah, vou morrer, acabou a vida. Daí eu vim aqui consultei, me tratei com a psicóloga também e melhorei, agora estou bem! É a mesma coisa que não ter nada. As defesas estão altas, eu ficava apavorada quando elas estavam baixas, era horrível, mas agora não. Se tiver que morrer eu vou morrer disso ou não [...] quando me deu o infarto eu já tinha o vírus e eu não morri de infarto porque fui atendida na hora porque se não tinha morrido. Fiquei 10 dias na UTI. Se eu tivesse morrido não iria ser do HIV, mas sim do infarto. E quantos que não tem o vírus e morrem.

Afirma ter adquirido o vírus com o marido, que faleceu em decorrência dos agravantes da Aids. Após sua morte, foi realizado o teste confirmando sua positividade. Relata o caso:

[...] Do meu marido, mas ele já tinha morrido. Foi dele que eu peguei, ele morreu com o vírus [...] depois que ele morreu a gente imaginou que era isso mesmo que ele tinha morrido era do HIV mesmo. [...] tenho certeza que foi dele porque eu não tinha relacionamento com outras pessoas depois que ele morreu que eu soube que ele tinha HIV eu tinha relacionamento com um senhor e só, mas eu já sabia que eu tinha.

Conta que houve mudanças na sua vida após a descoberta de sua sorologia. Revelou aos seus filhos a situação. As demais pessoas que mantêm contato não sabem de sua sorologia. A maior

mudança que aconteceu foi consigo mesma, pois perdeu a vontade de sair e se socializar, conforme relata:

[...] com a família no início foi difícil com a minha filha, ela ficou revoltada com o pai dela e com tudo. Mas, depois não, depois ela aceitou assim numa boa. Meu filho tem a cabeça mais aberta. O resto ninguém sabe [...]. Nunca mais eu fiz (relações sexuais), nunca mais eu tive nada (relacionamentos). Antes eu gostava de sair muito, agora não saio quase.

Faz uso de TARV desde que descobriu a sorologia e relata ter adesão ao medicamento fato que se confirma no prontuário e não apresenta efeitos colaterais. Além disso, faz uso também de medicamentos anti-hipertensivos e antianginosos. Confirma o fato:

[...] Faço, desde que eu vim pela primeira vez aqui em 2003. Eu sei, mas não sei dizer os nomes [...].

Conta que foi tabagista por muitos anos e que no ano de 2009 teve um infarto. Em virtude deste episódio, cessou o uso de cigarro e de álcool. Explica:

[...] Não, já fumei. Parei desde que me deu o infarto em 2009.

Relata que já tinha ouvido falar do vírus HIV na televisão e que algumas pessoas famosas eram soropositivas. Desconhecia a forma de transmissão/contágio do vírus e não sabia exatamente como se prevenir:

[...]. Já ouvi, que nem o Cazuzza a gente ouviu falar [...], como se pegar nem sabia não tinha ideia [...]. Mais ou menos, tinha que usar camisinha.

Relata que há alguns anos não tem relações sexuais, mas afirma utilizar preservativo masculino quando as tem:

[...] mas faz muitos anos que não faço, mas quando eu fazia, usava camisinha a masculina. Mas, isso aí agora não me preocupo mais.

Cuidado de Enfermagem/Gerontotecnologias

- Orientar quanto a evitação do cigarro, explicando os danos que estes causa à saúde, independentemente da situação de saúde de qualquer pessoa;
- Conversar acerca do déficit de autoestima e autoimagem, após a descoberta do vírus, pois é necessário, como ser humano, a manutenção do ato sexual, com prevenção;
- Encaminhar para serviço de Psicologia para reflexão acerca da aceitação da condição sorológica;
- Encorajar a realização de atividade física, proporcionando benefícios físicos (alívio das dores), psicológicos (ansiedade, distração) e sociais, evitando a propensão de quedas e incentivando a independência e a autonomia;

- Ressaltar a importância da boa adesão ao uso da TARV conforme prescrição médica;
- Orientar para evitar a automedicação;
- Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;
- Orientar a procura do serviço de saúde para investigação acerca da tontura com a sensação da ocorrência de quedas;
- Encaminhar para o serviço de odontologia para reparação dos dentes faltantes, pois estes são essenciais para o trituramento correto dos alimentos, influenciando assim na ingestão, e posterior, digestão;
- Fazer uso de medicamento tranquilizante de forma correta como prescrito para evitar quedas e outros acidentes domésticos ao se acordar;
- Orientar quanto à consulta médica com cardiologista para averiguar as dores precordiais.

Ações Ecológicas

- Reforçar para utilização de proteção em todas as formas de relações sexuais com penetração (anal ou vaginal) e sexo oral (boca/pênis, boca/ânus, boca/vagina);
- Orientar para o não compartilhamento de objetos cortantes/perfurocortantes ou que tenham risco de sangramento, como escovas de dente e aparelhos de barbear/depilação, dentre outros;
- Esclarecer acerca do descarte correto dos fluidos corpóreos, como sêmen e sangue em vaso sanitário e fraldas, absorventes e gazes devem ser colocados em saco plástico e destinados ao lixo comum;
- Orientar para a procura de grupos de ajuda mútua para apoio emocional e desmistificação do ser com o vírus HIV como “sentença de morte”.

Caso 7

M.F.O, 60 anos, feminino, cor preta, casada, reside com o marido, em moradia própria e de madeira. Tem um filho. É tarefaira, mas está impossibilitada de trabalhar. Não tem renda financeira, vivendo da ajuda de pessoas conhecidas. Nas funções do corpo, está orientada em relação ao tempo, lugar e pessoa. Quanto à atenção, consegue se concentrar por período de tempo necessário e consegue mudar a concentração de um estímulo para outro. Memória a longo e a curto prazo mantidas. Percepção auditiva, tátil, visual e visioespacial sem alterações. Recepção da linguagem oral sem dificuldades. No que tange ao aparelho sensorial, a acuidade visual mostra-se alterada e está evidenciada pelo uso de lentes corretivas. Detecção de sons sem a necessidade de uso de aparelhos auditivos. Na função vestibular, determina posição, equilíbrio e movimento do corpo. Ausência de zumbidos (acufeno), vertigens e náusea

associada à tontura/vertigem, entretanto sente tontura ou sensação de que vai cair. Em relação a outros estímulos, é sensível a temperatura, pressão contra pele e sensações dolorosas e desconfortáveis. Normocárdica (PA = 64 bmp) com pulso rítmico; Normotensa (PA= 130x80 mmHg) com valoração mantida; Eupneica (FR= 20 mrm) com respiração rítmica e superficial, temperatura de 36,7 °c mantidas. Em relação à ingesta sólida, morde, mastiga, manipula os alimentos na boca e deglute sem dificuldades apesar da falta de alguns dentes. Quanto à ingesta hídrica, ingere um litro de água por dia. Pesa 48kgs e mantém por meio de dieta saudável. Na defecção relata ter constipação, com consistência fecal firme, e frequência de uma vez por semana; não apresenta incontinência fecal. Em relação à micção, urina com frequência de quatro a seis vezes por dia, de forma espontânea e com características normais. Vida sexual ativa. Ausência de desconfortos sexuais associados à menopausa. Nos aspectos relacionados ao sono, dorme a noite, com início rápido, acorda duas vezes ou mais durante a noite e dorme mal. Mobilidade das articulações sem alterações e estabilidade íntegra. Ausência de tremores. Pele e estrutura relacionadas sem alterações. Quanto à dor, apresenta intensidade sete na escala numérica, que vai de um a dez, em região de hipocôndrio direito. Já está sob investigação e cuidados médicos. Não realiza exercícios físicos. Nas atividades e participação, tem capacidade para ouvir e concentrar atenção, assim como para tomar decisões. Apresenta capacidade também de gerir e concluir rotina diária e também de gerenciar seu próprio nível de atividade. Consegue lidar com estresse e outras situações psicológicas e com crise. Comunica, recebe mensagem orais e conversa com uma pessoa sem dificuldades. Tem capacidade de mudar a posição básica do corpo tal como: deitar-se, sentar-se, pôr-se em pé, curvar-se, permanecer sentado e em pé. Realiza autotransferência na posição sentada e deitada. Anda distâncias curtas e desloca-se dentro e fora de casa, de outros edifícios e utiliza transporte sem auxílio. Apresenta também capacidade para autocuidar-se como: lavar-se, secar-se, cuidar da pele, dos dentes, dos cabelos, das unhas das mãos e pés. Capacidade também de regular micção. Quanto à vestimenta: veste, despe, calça, descalça e escolhe roupa. Mostra capacidade de assegurar o próprio conforto físico, controle da alimentação e da forma física e mantém própria saúde. Associa-se informalmente; não tem *hobbies* e considera-se espiritualizada (tem fé, mas sem religião definida). Nos fatores ambientais, que se referem à alimentação, ingere alimentos com frequência de seis vezes por dia e se baseia em proteínas, carboidratos, frutas e legumes. Tem intolerância à carne de porco e peixe. Faz uso de anti-hipertensivo (Enalapril). Não tem indicação de TARV. Consegue todos os medicamentos que necessita gratuitamente, quando não consegue adquirir com dinheiro emprestado. Em relação ao ambiente natural, tem dificuldade em relação ao clima,

pois quando está muito frio sente dores no corpo e, em virtude deste fato, não consegue realizar as atividades diárias. Conta com o apoio da família, dos amigos e profissionais de saúde.

Descobriu que tinha HIV em julho de 2015 após internação hospitalar devido a problemas na coluna. Vive com o marido que tem o vírus há 15 anos. Conforme relato:

[...]. eu caí levei um tombo e abri a coluna, quando eu internei no hospital me fizeram exames e me falaram que eu estava com AIDS e antes eu não tinha, eu já sabia que meu marido tinha AIDS. Eu tinha sexo com ele, mas com camisinha, eu acho que peguei quando troquei o curativo dele no hospital e de repente eu podia estar com alguma ferida no dedo alguma coisinha deve ter pegado. Porque em sexo eu não peguei. [...] Eu já tinha feito um monte de exames e nunca acusou nada e a enfermeira mandou eu fazer tudo de novo e eu fiz um monte de exames de novo. Porque eles levam os exames lá fora (outra instituição) para depois vir o exame. O meu já veio, o último que eu fiz agora foi para São Paulo, veio e agora a doutora vai estudar qual é os remédios. Iam fazer uma reunião para ver qual remédio que vão me dar.

Acredita que adquiriu o vírus ao realizar um curativo sem luva no marido e que também estava com ferimento na mão, no qual ocasionou sua contaminação. Explica o acontecimento:

[...] eu peguei assim como eu lhe disse eu fui fazer curativo no meu marido de repente eu estava sem luva e não foi do sexo que eu peguei, eu tenho certeza que peguei assim em alguma ferida que eu tinha no dedo, que às vezes, a gente passa a cutícula que está cortada. Eu fiz uma vez sem luvas, uma vez só.

Sua descoberta da sorologia positiva é recente e em virtude deste fato, está difícil aceitar a sorologia, pois relata que:

[...] ainda não caiu a ficha direito. Tem hora que eu penso: meu Deus eu não merecia isso porque eu sou tão legal e não sou ruim para ninguém, não faço mal a ninguém. Eu não merecia isso, e olha que eu me cuidei bastante para não pegar, foi uma bobeira que deu.

Relata que não houve mudanças ainda na sua vida após a descoberta de sua sorologia. Apenas os amigos mais próximos sabem da sua condição, não revelou para os familiares devido ao preconceito que estes possuem acerca do HIV/Aids, conforme descreve abaixo:

[...] Por enquanto ainda não mudou nada continua na mesma coisa [...] meus parentes não são daqui. Eu só tenho eu e meu marido, só nós dois, eu tenho amigo e uma amiga que eu contei, esses são as pessoas que sabem porque não conto nada para ninguém. Porque tem muita gente que tu diz que tem AIDS e nem conversa contigo. Não querem tomar água no

copo da gente [...] viram até as costas para gente [...] Tenho até vergonha de falar, não sou de ficar comentando porque tem muita gente que é ignorante e que acham que o HIV vai sair da tua boca e vai pegar em outra pessoa, nada a ver. Pega assim como eu peguei ou no sexo quando arrebenta uma camisinha.

Em relação à TARV, ainda não tem indicação para o uso. Utiliza apenas medicamento anti-hipertensivo diariamente, conforme já foi abordado. Relata que é ex-tabagista e que ingere bebida alcoólica apenas em datas comemorativas conforme explica:

[...] Fumava, parei faz uns 5 anos já [...] eu bebia, adorava tomar uma champagne em tempo de festa de Natal e Ano novo. Um pouquinho só para brindar na hora e deu, não sou de bebedeira.

Conta que tinha pouco conhecimento acerca do vírus do HIV, além disso, relata que não sabe ao certo como se dá sua transmissão tampouco sobre sua prevenção. Comenta:

[...] eu não sei muita coisa dele não, eu só sei que ele (o vírus) prejudica a visão, dá ferida no corpo da pessoa [...] não sabia direito, eu só sabia que precisava usar camisinha para não ter AIDS.

Quanto à utilização de proteção nas relações sexuais, afirma que o parceiro utiliza preservativo masculino quando tem relações com ela, conforme explica:

[...] uso camisinha. De uns tempos para cá, não sei mais o que é sexo. Se eu disser isso vai dizer que é mentira, depois de descobrir que peguei o vírus do HIV até perdi a vontade.

Cuidado de Enfermagem/Gerontotecnologias

- Orientar a cessar o uso de tabaco, explicando os danos que este causa à saúde, independentemente da situação de saúde de qualquer pessoa e se necessário, encaminhar para service especializado;
- Conversar acerca do déficit de autoestima e autoimagem, após a descoberta do vírus, pois é necessário, como ser humano, a manutenção do ato sexual, com prevenção;
- Encaminhar para serviço de Psicologia para reflexão acerca da aceitação da condição sorológica;
- Encorajar a realização de atividade física, proporcionando benefícios físicos (alívio das dores), psicológicos (ansiedade, distração) e sociais, evitando a propensão de quedas e incentivando a independência e a autonomia;
- Ressaltar a importância da boa adesão ao uso da TARV conforme prescrição médica;
- Orientar para evitar a automedicação;
- Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;

- Orientar a procura do serviço de saúde para investigação acerca da tontura com a sensação da ocorrência de quedas;
- Encaminhar para o serviço de odontologia para reparação dos dentes faltantes, pois estes são essenciais para o trituramento correto dos alimentos, influenciando assim na ingestão, e posterior, digestão;
- Encaminhar para serviço de Nutrição para o aumento do peso corpóreo e manutenção satisfatória deste;
- Orientar para o consumo de carboidratos integrais, alimentos protéicos sem gordura, fibras e frutas; gorduras saudáveis e beber em média oito copos de água por dia para aumento do peso corpóreo de forma saudável e para o favorecimento do funcionamento correto do intestino;
- Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;
- Incentivar para a realização de seis refeições diárias com pequenas porções de alimentos saudáveis. Os alimentos devem ser ingeridos devagar e bem mastigados para o favorecimento da digestão.
- Ressaltar a importância de evitar ficar mais de duas horas sem comer para que o organismo não utilize os músculos como fonte de energia;
- Orientar para o aumento gradativo do consumo de alimentos, nas refeições, para que aumente a capacidade de armazenamento do estômago.

Ações Ecológicas

- Reforçar para utilização de proteção em todas as formas de relações sexuais com penetração (anal ou vaginal) e sexo oral (boca/pênis, boca/ânus, boca/vagina);
- Orientar para o não compartilhamento de objetos cortantes/perfurocortantes ou que tenham risco de sangramento, como escovas de dente e aparelhos de barbear/depilação, dentre outros;
- Esclarecer acerca do descarte correto dos fluidos corpóreos, como sêmen e sangue devem ser descartados no vaso sanitário e fraldas, absorventes e gazes devem ser colocados em saco plástico e destinados ao lixo comum;
- Orientar para a procura de grupos de ajuda mútua para apoio emocional e desmistificação do ser com o vírus HIV como “sentença de morte”.

Caso 8

N.S, 66 anos, feminino, branca, viúva, reside em casa própria quitada de madeira. Reside com filha, genro e dois netos. É do lar. Tem renda mensal em torno de três salários mínimos. Nas funções do corpo, está orientada em relação ao tempo, lugar e pessoa. Mantém atenção ao se

concentrar pelo período de tempo necessário e de um estímulo para o outro. Memória de curto e de longo prazo mantidas. Percepção auditiva, tátil, visual e visioespacial sem alterações. Recebe mensagens orais com dificuldades afetando assim a comunicação devido ao uso de dialeto alemão típico da região onde nasceu (compreensão acerca do idioma). Acuidade visual alterada evidenciada pelo uso de lentes corretivas para perto e longe. Detecta sons sem a necessidade de aparelho auditivo, entretanto apresenta perda auditiva no lado direito, porém está fazendo tratamento com médico especializado que solicitou aparelho auditivo, mas ela recusa-se a utilizar. Quanto ao aparelho vestibular, determina posição, equilíbrio e movimento do corpo. Apresenta zumbidos (acufeno) no ouvido, entretanto não apresenta vertigem, tontura ou sensação que vai cair assim como náusea associada. Tem percepção de outros estímulos como temperatura, pressão contra a pele e sensações dolorosas ou desconfortáveis. Ao exame físico, apresentou-se normocárdica (77 bpm) com pulso rítmico; normotensa (130x 70 mmHg) de valoração mantida; eupneica (22mm) de maneira rítmica e profunda e normotérmica (37,4°C). Mantém temperatura. Quanto à ingestão sólida, morde, mastiga, manipula os alimentos na boca e os deglute sem dificuldades. Ingestão hídrica de seis a sete copos de água por dia com manutenção satisfatória. Pesa 72kgs. Aceita dieta saudável. Defecação com eliminação de fezes com consistências firmes e frequência de uma a duas vezes por dia. Ausência de incontinência fecal. Urina com frequência de quatro a seis por dia com características normais e de forma espontânea. Apresenta secura vaginal como desconforto sexual associado à menopausa. Em relação ao sono, dorme a noite, com dificuldade para dormir, acorda duas ou mais à noite, pois relata que urina muito durante este período, entretanto consegue descansar. Mobilidade das articulações do joelho e da coluna com alterações devido à artrite, porém com estabilidade preservada. Apresentou episódio de tremor nas mãos durante internação hospitalar. Ausência de alterações na pele e nas estruturas relacionadas. Mostra pele hidratada. Evidencia episódios de dor com intensidade cinco na escala numérica, que varia de um a dez, na cabeça (cefaléia), garganta e região lombar com frequência semanal, quando há mudanças bruscas na temperatura. Realiza exercício físico, que consiste em pedalar na bicicleta ergométrica três vezes ou mais na semana por 30 min. Após o exercício, sente-se bem. Nas questões de atividade e participação, tem capacidade para ouvir e concentrar atenção, assim como para tomar decisões. Administra e conclui rotina diária e o seu próprio nível de atividade. Lida com estresse, crises, comunica e recebe mensagens orais com dificuldade devido ao dialeto do qual se comunica. Tem capacidade de mudar as posições básicas do corpo tais como sentar-se, deitar-se, por-se em pé, curvar-se, permanecer sentado e em pé. Autotransfere-se na posição sentada e deitada. Anda distâncias

curtas e desloca-se dentro e fora de casa, de outros edifícios e utiliza transporte. Após a sua internação devido à neurotoxoplasmose, a filha restringe as saídas da idosa sozinha. Capacidade para autocuidar-se como: lavar-se, secar-se, cuidar da pele, dos cabelos, dos dentes, das unhas das mãos e dos pés. Capaz de regular micção. Tem capacidade para vestir, despir e escolher roupa assim como calçar e descalçar os calçados. Tem capacidade também para cuidar da própria saúde como assegurar o próprio conforto físico, controle da alimentação e da forma física assim como manter a própria saúde. Na vida comunitária, associa-se informalmente. Tem o crochê como *hobbie* e consegue se socializar. É católica. Quanto aos fatores ambientais, alimenta-se com frequência de três vezes por dia com alimentos ricos em proteínas, carboidratos, legumes e frutas. Ausência de intolerância ou alergia a alimentos. Faz uso de medicamentos prescritos pelo médico como a TARV (TDF, 3TC, EFZ), antibióticos (Clindamicina e Pirimetamina), antileproso (Dapsona) e anticonvulsivante (Depakene). Consegue todos os medicamentos que necessita gratuitamente, quando não consegue compra com dinheiro próprio. Tem dificuldades em relação ao clima, o que causam alterações na sua rotina diária, quando está muito calor, fica intolerante ao clima e dorme, abandonando suas tarefas cotidianas. Conta com o apoio da família, amigos, conhecidos e vizinhos.

Descobriu que tinha HIV em 2014, quando seu companheiro adoeceu, sendo diagnosticado com neurotoxoplasmose e outras doenças oportunistas. Após adoecimento do companheiro, a família solicitou que ela fizesse exames de sangue para saber se houve contaminação. Revela o fato:

[...] Descobri porque meu companheiro ficou doente, em setembro de 2014, teve neurotoxoplasmose e pediram para ele fazer vários exames onde foi detectado que ele tinha o vírus HIV. Como eu era companheira dele, pediram para eu fazer também [...] Ele morreu em dezembro de 2014.

No momento que descobriu a sorologia, entrou em depressão, pensou em suicídio, pois tinha muito medo de adquirir o vírus. Após conselhos de amigos e consultas no service de referencia, está conformando-se com a sua situação, conforme conta:

[...] Eu queria morrer. Porque ter essa doença era o que eu tinha mais medo na minha vida. Quando eu era menina nova eu me cuidava [...] Não sabia que anos depois isso iria acontecer comigo [...]. Tinha um médico que era meu amigo e ele me dizia que o HIV era como uma doença comum, que tinha que fazer tratamento, mas eu não aceitava isso, queria morrer [...]. Entrei até em depressão. Hoje eu estou bem. Aceitei.

Conta que adquiriu o vírus do companheiro, com quem se relacionou por oito anos, pois, não exigia que este usasse preservativo nas relações sexuais com ela, como explica:

Sim, sei como peguei o vírus. Do meu companheiro. Eu tinha relação (relações sexuais) com ele. E eu não me protegia. A gente ficou 'junto' por oito anos, só que ele morava longe de onde eu moro. Então quando ele vinha me visitar a gente ficava junto.

Revela que não houve mudanças significativas na sua vida social. Apenas mudou seus sentimentos em relação a futuros relacionamentos. Os familiares e amigos desconhecem sua situação sorológica, somente a filha e o sobrinho sabem de sua condição, de acordo com o relato:

Não mudou nada. Mas nunca mais vou querer uma pessoa (relacionar sexualmente). [...] Porque eu já era há bastante tempo viúva e ele entrou no meu caminho. Eu parecia uma menina nova quando eu o via [...]. E foi me acontecer isso [...]. Eu dizia que não precisava usar camisinha [...] (choro) a minha família não sabem que eu tenho essa doença. Se soubessem iriam me desprezar. [...]. A única pessoa que eu contei foi minha filha e um sobrinho.

Faz uso de TARV desde o final de fevereiro de 2015. Não tem efeitos colaterais no momento. Apresenta neurotoxoplasmose e está fazendo tratamento em consultório particular. Conta que consegue ter adesão ao TARV:

[...] Desde que me deram os remédios, eu tomo tudo bem direitinho. É uma vez por dia.

Não faz uso de cigarro e bebidas alcoólicas. Conta que já tinha ouvido falar sobre o vírus, mas desconhecia acerca deste, como no depoimento a seguir:

[...] Já tinha ouvido falar sobre este vírus na televisão, mas não sabia muita coisa sobre ele [...] Sabia que deixava as pessoas doentes.

Conta que não havia muito conhecimento acerca do HIV/Aids, entretanto relata que sabia que era necessário utilizar preservativo para se prevenir. Mas não utilizava, pois o companheiro não aceitava utilizar. Conforme explica:

[...] eu nunca esqueci de usar camisinha [...] eu não utilizava porque ele era contra [...] dizia que não tinha doenças [...] Ele dizia que iria terminar o nosso relacionamento [...].

Acredita que as pessoas que possuem múltiplos parceiros são as que possuem maiores chances de adquirir o vírus. Revela que não utiliza preservativos durante o ato sexual, pois após descobrir ser soropositiva, não pretende relacionar-se sexualmente com homens novamente.

Cuidado de Enfermagem/Gerontotecnologias

- Orientar a cessar o uso de tabaco, explicando os danos que este causa à saúde, independentemente da situação de saúde de qualquer pessoa e se necessário, encaminhar para service especializado;
- Reforçar as informações sobre o vírus do HIV quanto ao fato de que não existem grupos de risco e, com isso, todas as pessoas que não se protegem estão expostas ao vírus;
- Conversar acerca do déficit de autoestima e autoimagem, após a descoberta do vírus, pois é necessário, como ser humano, a manutenção do ato sexual, comum a todas as pessoas e que o importante a prevenção;
- Encaminhar para o serviço de psicologia para reflexão acerca da aceitação da sua condição;
- Encorajar a realização de atividade física, proporcionando benefícios físicos (alívio das dores), psicológicos (ansiedade, distração) e sociais, evitando a propensão de quedas e incentivando a independência e a autonomia;
- Ressaltar a importância da boa adesão ao uso da TARV conforme prescrição médica;
- Orientar para não fazer uso de medicamentos sem o consentimento dos profissionais do ambulatório de HIV/Aids;
- Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;
- Orientar a procura de serviço de saúde para investigação acerca da tontura com a sensação da ocorrência de quedas;
- Ressaltar a importância em utilizar aparelho de audição para evitar acidentes que possam ocorrer;
- Orientar para a mudança quanto ao estilo de vida, estratégias para melhorar a mobilidade e para reduzir a incapacidade funcional relacionada a artrite, bem como o repouso.
- Orientar para a manutenção do acompanhamento clínico como cuidado relacionado à neurotoxoplasmose;
- Evitar contato com os possíveis hospedeiros do protozoário *Toxoplasma gondii* tais como as fezes de animais domésticos não vacinados, carnes mal cozidas principalmente de gado e de porco e alimentos mal lavados;
- Orientar quanto à retirada de tapetes ou obstáculos que possam estar no trajeto entre quarto e o banheiro, a fim de evitar quedas à noite; bem como a possibilidade do uso de uma comadre próximo à cama e evitar a ingestão de líquidos no período noturno.

Ações Ecológicas

- Reforçar para utilização de proteção em todas as formas de relações sexuais com penetração (anal ou vaginal) e sexo oral (boca/pênis, boca/ânus, boca/vagina);
- Orientar para o não compartilhamento de objetos cortantes/perfurocortantes ou que tenham risco de sangramento, como escovas de dente e aparelhos de barbear/depilação, dentre outros;
- Esclarecer acerca do descarte correto dos fluidos corpóreos, como sêmen e sangue devem ser descartados no vaso sanitário e fraldas, absorventes e gazes devem ser colocados em saco plástico e destinados ao lixo comum;
- Orientar para a procura de grupos de ajuda mútua para apoio emocional e desmistificação do ser com o vírus HIV como “sentença de morte”.

5. DISCUSSÃO DOS CASOS

A discussão dos resultados foi realizada por meio de três artigos científicos. O primeiro, desenvolvido, intitula-se — **A complexidade de ser uma pessoa idosa com a Síndrome da Imunodeficiência Humana** responde ao primeiro objetivo da tese: Descrever os casos das pessoas idosas com HIV/Aids, tendo como subsídio a complexidade, Segundo Edgar Morin. Foi elaborado de acordo com as normas da Revista de Enfermagem da Escola da USP – REEUSP as quais estão disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reensp/pinstruc.htm>

O segundo artigo intitula-se — **CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS COM HIV/AIDS** e responde ao segundo objetivo da tese: Avaliar a funcionalidade e condições de saúde da pessoa idosa com HIV/Aids. Este artigo foi elaborado de acordo as normas da Revista Brasileira de Enfermagem as quais estão disponíveis em: <http://www.scielo.br/revistas/reben/pinstruc.htm>.

O terceiro artigo intitula-se – **CUIDADO DE ENFERMAGEM (GERONTOTECNOLOGIAS) ÀS PESSOAS IDOSAS COM HIV/AIDS E AÇÕES ECOSSISTÊMICAS** responde ao terceiro objetivo da tese: Propor cuidados de enfermagem (gerontotecnologias) e ações ecossistêmicas a pessoa idosa com HIV/Aids baseados na CIF. Foi elaborado de acordo com as normas da Revista Texto & Contexto as quais estão disponíveis em: <http://www.textoecontexto.ufsc.br/preparo-dos-manuscritos>.

5.1 Artigo 1

A complexidade de ser uma pessoa idosa com a Síndrome da Imunodeficiência Humana

Flavia Seles Oliveira⁴
Silvana Sidney da Costa Santos⁵

Resumo:

Objetivo: Descrever casos de idosos com Síndrome da Imunodeficiência Humana tendo como subsídio a complexidade. **Método:** Estudo de caso múltiplo qualitativo, realizado no Rio Grande do Sul, Brasil, em 2015, com oito pessoas idosas, por meio de aplicação de formulário embasado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. A análise baseou-se em três estratégias analíticas: geral, teórica e descritiva. **Resultados:** Entrevistou-se sete mulheres e um homem; com idade entre 60 e 72 anos. Adquiriram o vírus por meio de relação sexual com companheiro/marido. Realizaram exame diagnóstico após consulta médica de rotina, apresentaram sintoma da doença ou descobriram a sorologia do companheiro. Tiveram dificuldade em aceitar a condição sorológica, não revelando o diagnóstico e apresentando desapontamento nos relacionamentos e preconceito com a condição sorológica. **Conclusão:** Verificou-se a relevância de conhecer os casos dos idosos com a Síndrome da Imunodeficiência Humana para elaborar ações adequadas às necessidades destes idosos.

Descritores: Idoso; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Dinâmica não linear; Enfermagem.

⁴Discente do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). flaviaseles@gmail.com

⁵Professora, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, silvanasidney@cnpq.pesquisador

*Artigo extraído da tese: Cuidado de enfermagem complexo à pessoa idosa com HIV/AIDS: gerontotecnologias e ações ecossistêmicas apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

Introdução

O envelhecimento é caracterizado por progressivas modificações biológicas, psicológicas e sociais ao longo da vida do ser humano. No Brasil, ocorre um alargamento do topo da pirâmide etária devido ao crescimento da participação relativa da população com 60 anos ou mais que era de 4,8%, em 1991, passando a 5,9%, em 2000 e chegando a 7,4%, em 2010. O crescimento absoluto da população brasileira, nos últimos dez anos, ocorreu em função do aumento da população adulta com destaque para o aumento das pessoas idosas⁽¹⁾.

No mundo e no Brasil têm-se observado um crescimento da pandemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) que está na origem da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/Aids). Na população idosa verifica-se este fenômeno como um fator silencioso, além de crescente, levando a crer, em face dos avanços no tratamento do HIV/Aids, um envelhecimento soropositivo, requerendo, ações no sistema de saúde para atendimento das demandas específicas dessa clientela⁽²⁾.

Surge uma reflexão: Como se apresentam pessoas idosas soropositivas? Procurando conhecê-las e entendê-las, o cuidado de enfermagem a essas pessoas, de forma direcionada, será mais adequado e, para tanto, reporta-se ao pensamento complexo como um conector entre os fenômenos, a fim de que a multidirecionalidade da temática seja compreendida. A complexidade é aquilo que tenta conceber a articulação e origina-se do emaranhado de eventos, interações, retroações, incidentes, que constituem o mundo dos fenômenos⁽³⁾. Neste estudo vê-se a pessoa idosa como um ser humano na sua completude, sendo a sexualidade parte deste ser uno/múltiplo.

A sexualidade não é atividade sexual, mas a interação de aspectos físicos, emocionais e intelectuais, espirituais e sociais de um indivíduo, seja homem ou mulher. Ela é uma energia que motiva a procurar amor, contato, ternura, intimidade; que se integra no modo como o ser humano se sente, move-se, toca-se e é tocado; é ser sensual e sexual. Ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e também a saúde física e mental. É uma necessidade fundamental do ser humano, cuja dinâmica e riqueza devem ser vividas plenamente. A sexualidade nasce, cresce e evolui, sendo, por isso, necessária para a realização plena do ser humana⁽⁴⁾.

O atendimento integral às pessoas idosas engloba os aspectos de prevenção e os de responsabilização, vínculo, acolhimento e humanização. Todo ser humano tem direito em envelhecer com dignidade, tendo acesso e oportunidades compatíveis com as possibilidades das pessoas idosas. O envelhecimento não acontece da mesma maneira para todos e

compreender a pessoa idosa como ser humano e sujeito do seu cotidiano e de direitos é a base necessária para identificar e transformar as relações sociais que produzem agravos e os meios para superá-las⁽⁵⁾.

Os profissionais da saúde/enfermeiros, necessitam planejar ações de saúde dirigidas às demandas sexuais de pessoas idosas por meio da educação em saúde com o intuito de esclarecer os fatores de vulnerabilidade e de estimular adoção de comportamentos de proteção eficazes frente ao HIV/Aids, levando em conta a complexidade das relações que permeiam a velhice, a sexualidade e as DSTs.

Por meio do pensamento complexo pode-se permitir um olhar mais abrangente direcionado à pessoa idosa com HIV/Aids refletindo os modos de pensar, opondo-se aos mecanismos reducionistas; considerando a multidimensionalidade dos fenômenos e todas as influências recebidas (internas e externas).

Com base na complexidade de Edgar Morin este artigo teve como objetivo descrever casos de idosos com Síndrome da Imunodeficiência Humana subsidiados pela complexidade.

Método

Estudo de caso qualitativo⁽⁶⁾ do tipo múltiplo alicerçado na Complexidade⁽³⁾. Foi realizado em um serviço de referência, o hospital dia HIV/Aids de um hospital universitário do Rio Grande do Sul, Brasil. Foram participantes oito pessoas idosas com HIV/Aids com idade entre 60 e 72 anos. Foram critérios de inclusão na pesquisa: pessoas idosas⁽⁶⁾; de ambos os sexos; com o vírus HIV/Aids; cadastradas e ativas no serviço específico do hospital universitário investigado; orientadas e em condições de interagir com a pesquisadora. Foram excluídas as pessoas idosas que não tinham condições de interagir com a pesquisadora.

Inicialmente foi realizado um teste piloto em que participaram cinco pessoas idosas em condições semelhantes aquelas do estudo. Foram percebidas inadequações nas questões específicas relacionadas ao HIV/Aids que, posteriormente, foram corrigidas e reaplicadas em mais duas pessoas idosas, considerando-se o instrumento adequado. Estas pessoas idosas que participaram do teste piloto e na reaplicação após a correção não foram incluídas como participantes da pesquisa.

Para a operacionalização da entrevista, a entrevistadora/pesquisadora, juntamente com a secretária do serviço de referência, realizou uma busca no sistema, acerca da agenda de consultas médicas e de enfermagem às pessoas com idade igual e superior a 60 anos e que se enquadravam nos critérios de inclusão. Após identificação das pessoas idosas, foi fornecido/disponibilizado um consultório, dentro do próprio serviço, para a realização da

entrevista, de modo a manter a privacidade e a ambiência rotineira do idoso.

A coleta de dados ocorreu em 2015, por meio da consulta, dos prontuários da pessoa idosa, quanto aos dados de identificação, anamnese, resultados de exames e outras informações relevantes. Depois pela aplicação de entrevista semiestruturada, tendo como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O instrumento utilizado para entrevista é denominado Guia de coleta de dados segundo a CIF”, cujas categorias foram avaliados por enfermeiras *experts* na área de gerontologia. Foi elaborado a partir dos resultados de uma pesquisa anterior e realizada pelos integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/CNPq).

Além dos elementos da CIF, o instrumento continha também questões específicas e relacionadas à exposição ao vírus do HIV, conhecimento da sorologia positiva, diagnóstico da sorologia positiva, aceitação da sorologia positiva, mudanças após conhecimento da sorologia positiva, perdas após conhecimento da sorologia positiva. Com a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, preservando a fidedignidade de cada fala e excluindo-se os vícios de linguagem.

Três estratégias foram utilizadas para análise dos dados: 1) a estratégia analítica geral, que define as prioridades que foram analisadas e justificadas; 2) a estratégia analítica teórica, que estabelece uma estrutura fundamentada na teoria; 3) a estratégia analítica descritiva que constitui a descrição dos casos e seus desdobramentos⁽⁶⁾.

No estudo de caso, o pesquisador pode dar relevância aos depoimentos dos participantes; e/ou elaborar quadros/tabelas e outras figuras gráficas, como diagramas; e/ou a organizar temas/categorias; dentre outras possibilidades. Neste artigo optou-se por estabelecer *à priori* temas/categorias a partir das questões específicas do instrumento de coleta de dados.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos, conforme a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS⁽⁸⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande por meio do parecer 36/2015 e CAAE: 41768815.4.0000.5324

Resultados

Caracterização das pessoas idosas

Os idosos entrevistados foram sete mulheres e um homem. As idades variavam de 60 a 72 anos. Em relação à cor da pele, quatro pessoas afirmaram ser brancas; três, pretas e uma

parda. Quanto à condição marital, três pessoas são solteiras; uma, casada; duas, viúvas e duas, em união estável. As condições das moradias foram: duas pessoas têm moradia própria, quitada, de alvenaria; uma, própria, financiada, de madeira; duas, própria, quitada, de madeira; uma, cedida, de alvenaria; uma, cedida, de madeira. Quanto com quem reside: uma pessoa idosa reside sozinha; três, com companheiro/a ou marido; duas, com ex-companheiro ou ex-marido; uma, com um neto; uma, com filha e genro. Todos os idosos têm filhos. Em relação à atividade profissional: quatro são aposentados; dois são “Do lar” e dois atuam como tarefeiros. Quanto à renda: seis idosos percebem até um salário mínimo, que na época da coleta de dados era R\$ 788,00; um, não tem renda fixa e um, percebe mais de um salário.

A complexidade de ser pessoa idosa com HIV/Aids

Nesse momento foram estabelecidas três temas/categorias, assim descritas: Formas de contaminação pelo vírus HIV; Meio diagnóstico utilizado para descoberta da sorologia; Repercussões do conhecimento da sorologia na vida de pessoas idosas.

Formas de contaminação pelo vírus HIV

As pessoas idosas investigadas relataram que sabiam como adquiriram o vírus do HIV: de seus companheiros/esposos, com os quais se relacionam há alguns anos e, por isso, não utilizavam métodos de proteção: [...] *nós morávamos no interior e ele bebia muito e usava drogas [...] eu vivi com ele 23 anos, mas eu sempre confiei nele porque ele sempre dizia que não andava com mulher. Ele chegava bêbado em casa tarde e a gente tinha relação [...] (CASO 2). [...] Tenho certeza que peguei dele [companheiro] que estou há 18 anos [...] quando eu descobri em 2007, eu já estava com o vírus há cinco anos [...]. Assim, simplesmente eu não saía de casa, quem saía para rua era ele (CASO 3)*

Uma idosa relatou que adquiriu o vírus do HIV ao realizar um curativo no seu companheiro que é soropositivo há 15 anos: [...] *eu fui fazer curativo no meu marido de repente eu estava sem luva. Não foi do sexo que eu peguei, eu tenho certeza que peguei assim em alguma ferida que eu tinha no dedo. A gente passa a cutícula que está cortada. Eu fiz uma vez sem luvas (CASO 7).*

Outra pessoa idosa revela que adquiriu o vírus na Unidade Básica de Saúde, por meio de uma vacina realizada, conforme explica: [...] *quando chegou aquela injeção para o idoso de reforço para gripe e depois veio outro reforço, eu não me lembro que ano foi, mas tenho a marca dela. [...] Comecei a perder a cor da pele depois dessa injeção. Eu tenho certeza que eu peguei no posto de saúde [...] depois dessa injeção que eu me senti mal, passou mais ou*

menos uns 15 ou 20 dias e comecei a notar a diferença na minha pele. Um dia eu estava com um lado branco outro dia com o lado roxo e com uma coceira no corpo [...] internei no hospital e fizeram os exames foi quando me disseram que eu estava com HIV (CASO 1).

Meio diagnóstico utilizado para descoberta da sorologia

Os idosos tiveram ciência da condição sorológica por meio de exames para investigação de sinais e sintomas como feridas no corpo e mal estar: *[...] O exame de sangue que detectou que eu estava com o vírus do HIV. Eu fiz porque eu estava com feridas no corpo e minhas defesas estavam muito baixas e eu sempre doente, sempre gripada então fui fazer (CASO 6).*

Outro motivo que revelou a condição sorológica das pessoas idosas ocorreu devido aos esposos/companheiros adoecerem e descobrirem sua soropositividade, sendo solicitado à pessoa idosa realizarem o exame: *[...] Descobri porque meu companheiro ficou doente, em setembro de 2014, teve neurotoxoplasmose e pediram para ele fazer vários exames onde foi detectado que ele tinha o vírus HIV. Como eu era companheira dele, pediram para eu fazer também [...] (CASO 8).*

Uma pessoa idosa relata que, ao realizar uma consulta médica, uma técnica em enfermagem perguntou se esta tinha interesse em realizar o exame para o HIV: *[...] eu faço controle do rim, então eu vim. Eu estava muito magra andava sentindo umas tonturas [...] uma moça [técnica em enfermagem] [...] começou a conversar comigo [...] Depois ela me encaminhou para a médica. Ela [técnica em enfermagem] falou [...] doutora, será que não seria o caso da senhora pedir o teste de HIV? [...] (CASO5).*

Repercussões do conhecimento da sorologia na vida de pessoas idosas

As pessoas idosas entrevistadas rejeitam a condição, pensando até em suicídio no momento da revelação. Com o tempo e com o apoio de familiares/amigos/ profissionais de saúde, foram aprendendo, aos poucos, a lidar com a condição sorológica: *[...] Muito pouco porque eu não estou acreditando nisso [...] eu emagreci porque entrei em depressão. Depois fui perdendo a fome acho que por causa da própria depressão e quanto mais eu me via magra mais em pânico eu entrava [...] eu não podia olhar a cara daquele homem de tanta raiva que eu fiquei e até hoje eu não aceito [...] Eu nunca iria imaginar uma coisa dessas. [...] Arrasou a minha vida! (CASO 2). [...] fiquei apavorada, entrei em depressão, perdi muito peso. Queria me matar. E depois eu fiquei mais arrasada por eu ter que guardar isso [o fato de ser soropositiva] só para mim [...]. E eu não podia desabafar e nem posso falar sobre isso com*

ninguém. Eu não era de religião e agora sou. (CASO 5).

Não houve modificações no que tange à rede de apoio como família/amigos, surgiram mudanças nas questões sentimentais e na sexualidade, permeando sentimentos de desconfiança nos relacionamentos e preconceito com a sua condição sorológica perante outras pessoas: [...] *mudou muito, mudou a liberdade que eu tinha com parcerias, pois eu tive que evitar [ter relações sexuais]. Para falar a verdade, eu tive que deixar de ser homem [se sentir como] e depois que voltei [se sentir como homem] já não era a mesma coisa, o ‘tesão’ não é mais o mesmo. (CASO 1).* [...] *até um ano atrás mais ou menos eu própria tinha nojo de mim, eu não conseguia, eu ia para o chuveiro e tinha um nojo, uma revolta contra o meu corpo [...] eu não fiz nada para merecer isso [...] Então não me aceitava. Agora hoje não, eu já me aceito, eu não tenho nojo de tocar no meu corpo (CASO 5).*

Não houve perdas após o conhecimento da sorologia positiva, pois a maioria das pessoas idosas que participaram da pesquisa revelaram desconhecimento da condição sorológica por parte de alguns dos familiares/amigos/conhecidos: [...] *Não. Porque as pessoas da minha família não sabem. Apenas uma tia que sabe que eu tenho o vírus (CASO 2).* [...] *Não! Meus familiares não são daqui, minha família todinha mora em outro Estado. Minha mãe e meu pai estão mortos. Tenho uma tia e um primo, mas eles não sabem [...]. Só a única que sabe é a filha do meu marido, que sabe que tenho o vírus [...]. Mais ninguém, tenho até vergonha de falar [...]. (CASO 7)*

Discussão

As pessoas idosas investigadas adquiriram o vírus por meio de relações sexuais desprotegidas com companheiros/maridos, em relacionamentos de longa data e acreditavam que, não estavam vulneráveis ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis.

Este fato se assemelha ao estudo realizado no Rio Grande do Norte com mulheres casadas, objetivando identificar a percepção de risco de infecção e vulnerabilidade ao HIV. Para elas, a confiança no parceiro surgiu como um fator determinante para o aumento do risco delas em relação à contaminação. Ao sustentarem um casamento ou um relacionamento estável, percebem-se com reduzido ou nenhum risco de se infectar por pelo vírus⁽⁹⁾.

As mulheres não se consideram em situação de risco diante do HIV/Aids por serem casadas. O casamento é destacado como um fator de proteção à doença, representando amor, romantismo, respeito, confiança e cumplicidade. Há uma ilusão de que, ao assumir tais valores na vida cotidiana, as mulheres estariam protegidas do risco de se contaminarem⁽⁹⁾.

Nesta situação, remete-se ao princípio Retroativo⁽³⁾ que rompe com a determinação

linear: a causa age sobre o efeito, e o efeito sobre a causa, promovendo processos em circuitos. A pessoa idosa, por estar em um relacionamento longo e de confiança, não se percebe vulnerável às DSTs e não se protege nas relações sexuais.

Os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, necessitam ter uma ação dialógica no atendimento à pessoa idosa, tornando-se necessário incluir o contexto que essa pessoa com HIV/Aids está inserida e compreender comportamentos. Precisam, ainda, entender que a sexualidade e as DSTs estão inseridas em questões sociais, morais e sentimentais⁽¹⁰⁾.

A problemática do diagnóstico tardio do HIV/Aids entre as pessoas idosas está atrelada a três aspectos: os idosos não são vistos pelos profissionais de saúde/enfermeiros como pessoas vulneráveis à infecção pelo HIV/Aids; a pessoa idosa não se reconhece como um indivíduo vulnerável às DST/Aids; os profissionais de saúde/enfermeiros acabam por atribuir alguns sintomas sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem na Aids a outras morbidades mais significativas na população idosa⁽⁵⁾.

Ao se descobrirem tardiamente com HIV, os idosos sentem que os profissionais da saúde/enfermeiros os percebem assexuados, eles relacionaram esta situação ao fato de serem atendidos por profissionais jovens e que apresentaram desconforto ao abordarem a sexualidade de uma pessoa idosa, durante as consultas. A invisibilidade da sexualidade dos idosos nos serviços de saúde é sinalizada pelo fato de o diálogo dos profissionais de saúde/enfermeiros sobre a vida sexual dos idosos ter ocorrido após o diagnóstico da infecção pelo HIV/Aids, justificando-se o receio que estes trabalhadores têm em explorar a sexualidade da pessoa idosa em consultas a eles direcionados⁽⁵⁾.

Estes fatos corroboram-se à pesquisa realizada no Rio Grande do Sul que objetivou conhecer as pessoas idosas com HIV/Aids que frequentam um centro de referência, revelou que relação ao diagnóstico positivo para o HIV e reações as ele relacionadas, foi identificado que as pessoas idosas sofreram impacto ao receberem a notícia, pois nesse momento surge um emaranhado de sentimentos, fazendo com que ocorra desestruturação emocional, levando-os ao desespero, desorientação e, inicialmente, a estarem inconformados. A mesma pesquisa também revelou que o preconceito e a discriminação permanecem presentes e fazem com que as pessoas encontrem muitas barreiras, dificultando, assim, o processo de reestruturação e manutenção da vida em seus vários papéis⁽¹¹⁾.

O princípio hologramático⁽³⁾ da complexidade vem colaborar com a questão anterior e põe em evidência o aparente paradoxo das organizações complexas, em que a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte. Ao ter-se relações sexuais desprotegidas, tem-se a

possibilidade de adquirir DST não importando a idade e, tampouco, a situação marital do ser humano, dessa forma, os profissionais de saúde/enfermeiros necessitam estar atentos a esta questão e abordar o tema da sexualidade de forma natural e solicitar exames, sempre que necessário, desvelando tabus e preconceitos que possam existir.

Em relação à aceitação da condição sorológica do idoso, emergiram diversos sentimentos; inicialmente houve a sensação de desespero e tristeza com a possibilidade de suicídio, porém, com o tempo, esta sensação foi de conformismo e posterior aceitação.

A revelação do diagnóstico do HIV é um processo fatídico para a maioria dos indivíduos, visto que, após o conhecimento do diagnóstico pelos outros, pode acarretar a perda do apoio de pessoas importantes, assim como atitudes discriminatórias e isolamento social. O suporte familiar e dos amigos revela-se como um fator fundamental para facilitar o convívio com a doença. Ainda existe discriminação no seio familiar e no convívio com pessoas próximas e, quando isso ocorre, o indivíduo sente-se um estranho, mesmo estando em meio conhecido⁽¹⁰⁾.

No aspecto social, o idoso convive com o estigma associado ao estar com AIDS, o medo de familiares e da comunidade; a diminuição dos recursos financeiros e questões relacionadas à qualidade de vida⁽¹²⁾.

A partir da complexidade, o princípio sistêmico⁽³⁾ sinaliza que só é possível compreender um fenômeno a partir da análise das partes e do todo ao mesmo tempo. A pessoa idosa, ao adquirir o vírus HIV reflete sobre a sua vida e o que fez de “errado” para ter adquirido esse vírus, pois tem confiança no seu companheiro e acredita que ter um relacionamento longo é sinônimo de segurança.

Após a confirmação do diagnóstico, a pessoa idosa sente-se constrangida pela situação e entra em conflitos internos, podendo isolar-se do convívio social por medo do preconceito. Relaciona-se esta situação ao princípio da autonomia/dependência⁽³⁾ e observa-se que este ser humano idoso necessita sentir-se amparado pelas pessoas por quem possui apreço e não somente de um cuidado especializado, incluindo aqueles que o apoie da melhor forma possível, sem julgamentos e respeitando suas decisões.

No que tange aos sentimentos de suicídio, mulheres com HIV apresentam maior frequência de comportamentos suicidas devido aos efeitos psicológicos, físicos e sociais decorrentes da infecção ou da doença. Mulheres infectadas relatam ocorrência elevada de violência de gênero, má qualidade de vida e medo da morte. Apesar do aumento na expectativa de vida, viver com HIV impõe limitações sociais, profissionais, afetivas, dificuldade de manter relacionamentos e impasses nas decisões reprodutivas. Mesmo para as

peessoas que aderem ao tratamento, com o passar do tempo, a Aids piora a qualidade de vida e a possibilidade da morte segue presente no imaginário social, fazendo com que o fato de conviver com o HIV se torne uma situação de sofrimento, estresse e mal-estar. Ao longo do processo de adoecimento, ocorre agravamento dos sintomas e agudização de sentimentos de depressão, de desvalia e pensamentos de morte⁽¹³⁾.

Quanto às repercussões do conhecimento da sorologia, verificou-se que as pessoas idosas, identificaram que a mudança maior foi consigo mesmo, por meio de sentimentos sobre sua própria pessoa e sua imagem em relação aos outros. A não revelação do diagnóstico a familiares/amigos/conhecidos advém do medo de perdê-los e a manutenção do sigilo garante que não sofram discriminação.

Diante do diagnóstico confirmado, normalmente alguns idosos revelam somente para a família nuclear – cônjuge e filhos. Esta decisão pode justificar o convívio com o estigma associado ao fato de ser idoso e estar com Aids, e o medo da reação das pessoas⁽¹⁴⁾.

Observa-se que, após o período pós-diagnóstico, surge a necessidade do enfrentamento dos sentimentos relacionados com o impacto inicial de conhecer-se portador do HIV/Aids, em que o indivíduo necessita continuar a vida e as mudanças em seu cotidiano. Tais mudanças dizem respeito ao indivíduo e àqueles que se relacionam com ele, referem-se aos hábitos, as rotinas, as concepções sobre saúde e sobre sua própria vida. O enfrentamento da doença e a incorporação dela ao processo de viver são questões que geram ansiedade e sofrimento. Alguns soropositivos explicitam que estigmas vivenciados em decorrência da Aids, em parte são resultantes de informações que envolvem sexualidade, medo do desconhecido, tabus e iminência da morte⁽¹⁴⁾.

Em estudo realizado com pessoas idosas soropositivas, residentes na macrorregião Centro-Oeste de Minas Gerais, os entrevistados falaram do constrangimento advindo de ser soropositivo, uma vez que podiam ser julgados pelos estereótipos morais inferiorizantes vinculados a esta DST⁽¹⁵⁾. Torna-se possível compreender porque a vergonha pode tornar o indivíduo estigmatizado como uma possibilidade central em relação à sua identidade.

Em pesquisa em que se analisou a percepção dos idosos com Aids, atendidos em um centro de referência estadual do Maranhão, as pessoas idosas entrevistadas relataram, também, que, ao receberem o diagnóstico, apresentaram múltiplos sentimentos: amargura, tristeza, desespero, solidão, pânico e incredulidade. O impacto da notícia do diagnóstico positivo e a convivência com HIV/Aids, às vezes, é carregado e permeado de sentimentos tão intensos e angustiantes que o desejo de morte se faz presente⁽¹¹⁾.

Como entendimento da situação citada anteriormente traz-se o princípio da

Reintrodução do conhecimento⁽³⁾ em todo conhecimento que é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma determinada cultura e época determinadas. Verifica-se que o HIV/Aids na pessoa idosa constitui-se em uma situação grave, por sua magnitude e transcendência. Portanto, necessita-se de ações eficazes e intervenções que possam contribuir para a compreensão e a dimensão relacionada à sexualidade da pessoa idosa.

Em relação às perdas das pessoas idosas pesquisadas pós-resultado positivo, revelou-se que estas não ocorreram, pois o não contar para os familiares/amigos, com medo de perdê-los, fez com que o sigilo dos seus diagnósticos não modificasse em demasia as suas vidas.

A discriminação inicia, muitas vezes, na própria família, seja pelo julgamento, pela incompreensão ou pela não aceitação de que um membro da família tem o diagnóstico de HIV. Assim, o silenciamento da doença na própria família pode significar uma forma de proteção, no intuito de não sofrer com as recriminações dentro do seu âmbito familiar⁽¹⁶⁾.

Como uma forma de compreender a situação anterior traz-se o Princípio recursivo⁽³⁾ que consiste em um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que os produz, pois, a medida em que as pessoas idosas recebem o diagnóstico positivo para o HIV, sentem medo de represálias e de desprezo até por seus familiares e permanecem com receio de expor seus sentimentos e, com isso, surge um ciclo de isolamento e de emoções negativas.

É preciso entender que o envelhecimento significa um processo complexo que reflete uma vida inteira de hábitos, crenças, experiências e ensinamentos, os quais devem ser respeitados e levados em consideração⁽¹⁷⁾. Entender ainda que a complexidade que permeia a pessoa idosa com HIV/Aids é fundamental para que sejam desveladas as exigências de novos paradigmas de cuidado, que suscitam outro olhar frente às inúmeras questões que envolvem o processo de enfrentamento da sua situação diante das subjetividades presente.

Conclusão

Este estudo objetivou descrever casos de idosos com Síndrome da Imunodeficiência Humana subsidiados pela complexidade. Verificou-se que as pessoas idosas descobriram sua sorologia por meio de consulta médica de rotina e/ou a partir desvelação da sorologia em seus companheiros/maridos. Apresentou-se dificuldade em aceitar a condição sorológica e estas mantiveram sigilo sobre sua condição, apresentando desilusão nos relacionamentos e receio por medo do preconceito. A partir desses casos, concluiu-se que a complexidade contribuiu no entendimento das ações e reações que permeiam a pessoa idosa e o HIV/Aids. Evidencia-se a

relevância de conhecer os casos dos idosos com a Síndrome da Imunodeficiência Humana para elaborar ações adequadas as necessidades destes idosos.

Referências

1. Bittencourt GKLD, Moreira MASP, Meira LCS, Nóbrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/Aids, for the construction of nursing diagnoses. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2015 [cited 2016 ago 22];68(4):579-85. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400579&lng=pt&tlng=pt
2. Oliveira EC, Leite JL, Fuly PSC. A gerencia do cuidado à mulher idosa com HIV/Aids em um serviço de doenças infecto –parasitárias. *R. Enferm. Cent. O. Min* [internet] 2015;5(1):1486-96. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/634>
3. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. 5ª ed. - Porto Alegre: Sulina; 2015.
4. Silveira MM, Batista JC, Colussi EL, Wibelinger LM. Sexualidade e Envelhecimento: discussões sobre a AIDS. *Revista Temática Kairós Gerontologia* [internet] 2011; 14(5): 205-20. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/5673>
5. Alencar RA, Ciosak SI. The late diagnosis and vulnerabilities of older people living with HIV / AIDS. *Rev Esc Enferm USP* [internet] 2014 [cited 2016 ago 22]; 49(2):229-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000200229
6. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª. ed. Porto Alegre: Ed. Bookman; 2011.
7. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
8. Ministério da Saúde [Internet]. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos. 2012 [acesso 2016ago 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
9. Figueredo LG, Silva RAR, Silva ITS, Souza KGS, Silva FFA. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo HIV e o comportamento preventivo. *Rev. enferm. UERJ* [internet] 2013 [citado 2016 ago 14]; 21(esp.2):805-11. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermaguerj/article/view/12298>
10. Fiuza MLT, Pinto ACS, Galvão MTG. Grupo de promoção da saúde para portadores do Vírus Da Imunodeficiência Humana. *Rev. enferm. UERJ* [internet] 2013 [citado 2016 ago 07]; 21(4):521-6. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermaguerj/article/view/10027>

11. Araldi LM, Pelzer MT, Gautério-Abreu DP, Saioron I, Santos SSC, Ilha S . Pessoas idosas com o vírus da imunodeficiência humana: infecção, diagnóstico e convivência. REME – Rev Min Enferm. [internet] 2016; [citado em ago 27]; 20:e948. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20160017
12. Serra A, Sardinha AHL, Pereira ANS, Lima SCVS. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. Saúde em Debate. [internet] 2013; 37(97):294-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a11.pdf>
13. Ceccon RF, Meneghel SN, Hirakata VN. Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida. Rev Saúde Pública [internet] 2014 [citado 2016 ago 07];48(5):758-765. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500758&lng=pt&tlng=pt
14. Dos Anjos KF, Bispo ACO,Souto CSS, Guimarães FEO, Sobrinho CLN, Santa Rosa DO. Aspectos bioéticos envolvidos no cuidado ao idoso com HIV/ AIDS. Rev Fund Care Online [internet] 2016 [citado 2016 ago 22]; 8(3):4882-890. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4882-4890>
15. Silva LC, Felício EEAA, Casséte JB, Soares LA, Moraes RA, Prado TS et al. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. Rev. Bras. Geriatr.Gerontol. [internet] 2015 [citado 2016 ago 22]; 18(4):821-833. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00821.pdf
16. Souza SPL, Oliveira MV R, Silveira WRM, Figueiredo M FS, Messias RB, Silva JR. Análise da clientela idosa portadora de HIV atendida em um centro ambulatorial em Montes Claros, Minas Gerais. Rev. bras. geriatr. Gerontol. [internet] 2012 [citado 2016 ago 22] ; 15(4): 767-76. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/15.pdf>
17. Machiesqui SR, Padoin SMM, Paula CC, Ribeiro AC, Langendorf TF. Pessoas acima de 50 anos com Aids: implicações para o dia-a-dia. Esc Anna Nery (impr.) [internet] 2010 [citado 2016 ago 14]; 14 (4):726-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400011&lng=pt&tlng=pt

5.2 Artigo 2

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS COM HIV/AIDS.

Flavia Seles Oliveira⁶
Silvana Sidney da Costa Santos⁷

⁶ Discente do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).
flaviaseles@gmail.com

⁷ Professora, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
silvanasidney@cnpq.pesquisador

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS COM HIV/AIDS

Resumo:

Objetivo: Verificar a funcionalidade e as alterações na saúde de pessoas idosas com HIV/Aids. **Método:** Estudo de caso múltiplo qualitativo, realizado no Rio Grande do Sul, Brasil, em 2015, com oito pessoas idosas, por meio de aplicação de formulário embasado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. A análise seguiu as proposições do estudo de caso em três estratégias analíticas: geral, teórica e descritiva. **Resultados:** Os idosos investigados foram sete mulheres e um homem; entre 60 e 72 anos; renda de até um salário mínimo. As pessoas idosas investigadas apresentaram alterações na funcionalidade análogas à população idosa em geral. **Considerações Finais:** É necessária a avaliação da funcionalidade e saúde para o subsídio de práticas preventivas e de controle de incapacidades, garantindo a autonomia/independência de pessoas idosas com HIV/Aids.

Descritores: Idoso; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

Introdução

O processo de envelhecimento é acompanhado por alterações biopsicossociais que se correlacionam e determinam o estado. A pessoa encontra-se mais vulnerável às doenças, pelo declínio de funções orgânicas, estreitando-se o limiar entre saúde e doença⁽¹⁾. A saúde na velhice está relacionada com a funcionalidade global, resultado da capacidade da pessoa em administrar e cuidar da própria vida. O idoso é considerado ativo, quando é capaz de ser independente e autônomo para realizar as atividades cotidianas, mesmo tendo alguma enfermidade⁽²⁾.

Funcionalidade é a capacidade de determinar/realizar atividades da vida diária, considerando-se as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações das atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. A incapacidade refere-se às deficiências, limitações de atividades ou restrições na participação do convívio social. Esses termos determinam o estado de saúde de uma pessoa, deslocando-se a percepção negativa dos agravos à saúde para a preservação da autonomia e independência⁽¹⁾.

A manutenção da funcionalidade na velhice é um indicador de saúde e estar relacionada com a interação de várias funções, dentre elas, a capacidade física e psicocognitiva, que irão sustentar a realização das atividades cotidianas e a participação social e comunitária. No processo de envelhecimento podem ocorrer alterações físico-funcionais peculiares e sujeitas à variação de acordo com as características individuais de cada pessoa idosa⁽³⁾.

Uma das formas utilizadas para avaliação funcional de pessoas idosas pode ocorrer por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que tem finalidades múltiplas e foi elaborada para atender a vários setores, objetivando estabelecer uma linguagem comum para descrição da saúde e dos estados de saúde. É baseada em uma abordagem biopsicossocial, incorporando saúde nos níveis sociais e corporais, tornando mais clara à percepção de que o mesmo diagnóstico pode apresentar limitações funcionais diferentes⁽⁴⁾.

A CIF contribui na comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas à saúde, entre os serviços e em diferentes momentos ao longo do tempo; no fornecimento de um esquema de codificação para sistemas de informações em saúde. É uma ferramenta estatística, de pesquisa, clínica, de política social e pedagógica⁽⁵⁾.

A funcionalidade humana é influenciada por doenças, em especial, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

(AIDS) e com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), principalmente no grupo de 50 anos de idade - ou mais idosos - que pode levar a limitações funcionais. Também os fatores contextuais negativos, como as barreiras ambientais de diferentes aspectos, sejam elas físicas, geográficas, culturais, tecnológicas, legais, entre outras, influenciam a funcionalidade⁽⁶⁾.

O avanço da infecção pelo HIV desafia os diversos segmentos científicos, políticos e sociais, além da epidemia se apresentar multifacetada e de difícil controle. Mudanças nas práticas e hábitos do grupo populacional com 60 anos ou mais configura um desses desafios, pois estas pessoas têm despertado preocupações desses segmentos na evolução do perfil epidemiológico da infecção pelo HIV⁽⁷⁾. Mostra-se imprescindível a avaliação funcional de pessoas idosas com HIV/Aids para o dimensionamento do estado de saúde destas pessoas e posterior intervenção no sentido de otimizar a independência e autonomia delas.

Apresenta-se como questão de pesquisa: Que alterações funcionais e de saúde são apresentadas em pessoas idosas com HIV/Aids? Este estudo teve como objetivo a verificação da funcionalidade e das alterações de saúde de pessoas idosas com HIV/Aids.

Método

Estudo de caso⁽⁸⁾ qualitativo do tipo múltiplo realizada em um serviço de referência denominado Hospital Dia HIV/Aids de um hospital universitário do Rio Grande do Sul, Brasil. Teve como participantes oito pessoas idosas⁽⁹⁾ com HIV/Aids, com idade entre 60 e 72 anos. Foram critérios de inclusão: pessoas idosas cadastradas e ativas no serviço específico do hospital universitário investigado; de ambos os sexos; portadoras do vírus HIV/Aids; orientadas e em condições de interagir com a pesquisadora. Foram excluídas as pessoas idosas que não tinham condições de interagir com a pesquisadora.

Inicialmente foi realizado um teste piloto em que participaram cinco pessoas idosas em condições semelhantes às do estudo. Foram percebidas inadequações nas questões específicas relacionadas ao HIV/Aids que, posteriormente, foram corrigidas e reaplicadas em mais duas pessoas idosas, considerando-se o instrumento adequado. Estas pessoas idosas que participaram do teste piloto e na reaplicação após a correção não foram incluídas como participantes da pesquisa.

Para a operacionalização da entrevista, a entrevistadora/pesquisadora, juntamente com a secretária do serviço de referência, realizou uma busca no sistema, acerca da agenda de consultas médicas e de enfermagem às pessoas com idade igual e superior a 60 anos e que se enquadravam nos critérios de inclusão. Após identificação das pessoas idosas, foi fornecido/disponibilizado um consultório, dentro do próprio serviço para a realização da

entrevista, de modo a manter a privacidade e a ambiência rotineira do idoso.

A coleta de dados ocorreu em 2015, por meio da consulta, dos prontuários da pessoa idosa, no que tange aos dados de identificação, anamnese, resultados de exames e outras informações relevantes. Depois pela aplicação de entrevista semiestruturada, tendo como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O instrumento utilizado para entrevista é chamado de Guia de coleta de dados segundo a CIF, cujas categorias foram avaliadas por enfermeiras *experts* na área de gerontologia. Foi elaborado a partir dos resultados de uma pesquisa anterior e realizada pelos integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON).

Além dos elementos da CIF o instrumento continha também questões específicas e relacionadas à exposição ao vírus do HIV, conhecimento da sorologia positiva, diagnóstico da sorologia positiva, aceitação da sorologia positiva, mudanças após conhecimento da sorologia positiva, perdas após conhecimento da sorologia positiva. Com a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, preservando a fidedignidade de cada fala e excluindo-se os vícios de linguagem.

Três estratégias foram utilizadas para análise dos dados: 1) a estratégia analítica geral, que define as prioridades que foram analisadas e justificadas; 2) a estratégia analítica teórica, que estabelece uma estrutura fundamentada na teoria; 3) a estratégia analítica descritiva que constitui a descrição dos casos e seus desdobramentos⁽⁸⁾.

No estudo de caso o pesquisador pode dar relevância aos depoimentos dos participantes; à elaboração de quadros/tabelas e outras figuras gráficas, como diagramas; à organização de temas/categorias; dentre outras possibilidades.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos, conforme a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS⁽¹⁰⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande por meio do parecer 36/2015 e CAAE: 41768815.4.0000.5324.

Resultados

Caracterização das pessoas idosas

Os idosos entrevistados foram sete mulheres e um homem. As idades variavam de 60 a 72 anos. Em relação à cor da pele, quatro pessoas afirmaram ser brancas; três, pretas e uma parda. Quanto à condição marital, três pessoas são solteiras; uma, casada; duas, viúvas e duas, em união estável. As condições das moradias foram: duas pessoas têm moradia própria, quitada, de alvenaria; uma, própria, financiada, de madeira; duas, própria, quitada, de

madeira; uma, cedida, de alvenaria; uma, cedida, de madeira. Quanto com quem reside: uma pessoa idosa reside sozinha; três, com companheiro/a ou marido; duas, com ex-companheiro ou ex-marido; uma, com um neto; uma, com filha e genro. Todos os idosos têm filhos. Em relação à atividade profissional: quatro são aposentados; dois são “do lar” e dois atuam como tarefeiros. Quanto à renda: seis idosos percebem até um salário mínimo, que na época da coleta de dados era R\$ 788,00 ou U\$ 231; um, não tem renda fixa e um, percebe mais de um salário.

A classificação Internacional de Funcionalidade/Incapacidade/Saúde: uso de alguns elementos como direcionadores na avaliação funcional

Caso 1

Relata parestesia em membros superiores e inferiores. Acuidade visual alterada e usa lentes de correção para leitura. Refere sentir tontura e sensação de que vai cair. Quanto à ingestão sólida, consegue morder, mastigar, manipular os alimentos na boca, além de deglutir sem dificuldades, apesar da ausência de dentes. Em relação ao sono, dorme a noite com dificuldade, acordando-se duas vezes ou mais por noite, porém consegue descansar. Acredita que pode estar com reumatismo em MSE devido a dores e dificuldade de movimentação. Apresenta dor no hipocôndrio esquerdo com frequência de uma vez por dia e de intensidade seis, segundo escala numérica. Faz uso de TARV. É fumante.

Caso 2

Acuidade visual alterada, usa lentes corretivas para longe e para perto. Apresenta tontura ou sensação de cair associada à Labirintite. Quanto à ingestão sólida: morde, mastiga, manipula os alimentos na boca e os deglute sem dificuldades apesar de possuir falta de dentes. Relata ingerir um copo de água por dia, como suficiente para sua hidratação. Não realiza atividades físicas. Faz uso diário de TARV (tira os rótulos dos frascos afim de não lembrar a sua condição sorológica), protetor gástrico e corticóides inalatórios, por também ter, em alguns momentos, crise de asma brônquica.

Caso 3

Acuidade visual alterada percebida pelo uso de lentes corretivas para perto. Na ingestão sólida, consegue morder, mastigar, manipular os alimentos na boca e deglutir, apesar da ausência de alguns dentes. Relata não ingerir água, somente refrigerante, em média de dois

litros por dia. Apresenta ressecamento vaginal como desconforto sexual associado à menopausa. Em relação ao sono, tem insônia, mas dorme à noite por todo período, pois faz uso de medicamento tranquilizante com prescrição médica. Relata insensibilidade na palma da mão, além de pele hiperemiada. Apresenta episódio de dor, de intensidade 10 na escala numérica, nos membros inferiores após esforços, com frequência de uma a duas vezes por dia. Tem alergia e intolerância à carne de porco. Utiliza medicamentos de uso diário como analgésicos, corticóides inalatórios por ter asma brônquica e tranquilizantes além da TARV. Fazia uso de tabaco há muitos anos, mesmo sabendo da sorologia positiva e estando em tratamento com uso de TARV, entretanto conseguiu cessar seu uso.

Caso 4

Acuidade visual alterada, fazendo uso de lente corretiva para perto. Apresenta vertigem e tontura com a sensação de que vai cair. Quanto à ingestão sólida, morde, mastiga, manipula os alimentos na boca e os deglute, apesar da falta de diversos dentes e uso de prótese dentária. Ausência de dentes na parte superior da boca. Pesa 47kgs. Quanto ao sono, dorme à noite, com dificuldade para iniciar o sono, mesmo fazendo uso de medicamento tranquilizante, e, apesar disso, se acorda duas vezes ou mais durante o sono, porém, consegue descansar. Utiliza medicamentos tranquilizantes, broncodilatadores inalatórios - apresenta asma brônquica - além da TARV. Não realiza exercícios físicos. Acredita ter alguma doença relacionada ao sistema nervoso (psiquiátrico), pois se “descontrola” muito rapidamente. Faz uso de cigarro em média 3 maços por dia.

Caso 5

Acuidade visual alterada, fazendo uso de lente corretiva para perto e para longe. Apresenta vertigem e tontura ou sensação de que vai cair com frequência de duas vezes por semana em média, já há dois anos com náuseas associadas. Ingere cinco copos de água. Pesa 39 kg. Na micção, urina com frequência de uma a três vezes por dia de forma espontânea com características normais apesar de relatar que a urina está com uma espuma branca e volumosa. Tem dor no útero com frequência de uma vez por dia, geralmente à noite, intensidade de nível dois em escala numérica de um a dez. As dores são no útero com frequência de uma vez por dia, geralmente à noite. Não realiza exercícios físicos. Utiliza diariamente medicamentos prescritos como a TARV, hipoglicemiantes, anti-hipertensivos e protetor gástrico.

Caso 6

Acuidade visual alterada percebida por meio de uso de lentes corretivas para perto e longe. Dorme à noite, apresentando dificuldade e faz uso de medicamento tranquilizante. Quanto à pele, evidenciam-se áreas de hiperpigmentação nos membros inferiores. Apresenta episódios de dor, com intensidade oito na escala numérica, localizada no peito na região retroesternal, com frequência constante e sensação de “peso”. Não realiza exercícios físicos. Faz uso diário de TARV, anti-hipertensivos, vasodilatadores, antiulcerosos, diuréticos, anticoagulantes e protetor gástrico. Relata dificuldades em relação ao clima, pois quando está muito frio, sua pressão arterial aumenta, apresentando dor precordial, sendo assim, não consegue realizar suas atividades diárias.

Caso 7

Acuidade visual mostra-se alterada e está evidenciada pelo uso de lentes corretivas. Quanto à ingestão hídrica, ingere um litro de água por dia. Peso corpóreo de 48 kgs. Na defecção relata ter constipação, com consistência fecal firme e frequência de uma vez por semana; não apresenta incontinência fecal. Nos aspectos relacionados ao sono, dorme à noite, com início rápido, acorda duas vezes ou mais durante a noite e dorme mal. Quanto à dor, apresenta intensidade sete na escala numérica no hipocôndrio direito. Não realiza exercícios físicos. Tem intolerância à carne de porco e peixe. Faz uso de anti-hipertensivo. Não tem indicação de TARV. Tem dificuldade em relação ao clima, pois quando está muito frio sente dores no corpo e em virtude deste fato, não consegue realizar as atividades diárias.

Caso 8

Recebe mensagens orais com dificuldades, afetando assim a comunicação devido ao uso de dialeto alemão típico da região onde nasceu (compreensão acerca do idioma). Acuidade visual alterada evidenciada pelo uso de lentes corretivas para perto e longe. Detecta sons sem a necessidade de aparelho auditivo, entretanto apresenta perda auditiva no lado direito, está fazendo tratamento com médico especializado que solicitou aparelho auditivo, mas recusa-se a utilizar. Apresenta zumbidos (acufeno) no ouvido, não apresenta vertigem, tontura ou sensação de que vai cair, assim como náusea associada. Apresenta secura vaginal como desconforto sexual associado à menopausa. Em relação ao sono, dorme à noite, com dificuldade para dormir, acorda duas ou mais vezes à noite, relata que urina muito durante este período, entretanto consegue descansar. Evidencia episódios de dor com intensidade cinco na escala numérica na cabeça (cefaléia), garganta e região lombar com frequência

semanal, quando há mudanças bruscas na temperatura. Após a sua internação devido à neurotoxoplasmose, a filha restringe as saídas da idosa sozinha. Faz uso de medicamentos prescritos pelo médico como a TARV, antibióticos, antileproso e anticonvulsivante. Tem dificuldades em relação ao clima, o que causam alterações na sua rotina diária, quando está muito calor, fica intolerante ao clima e dorme, abandonando, assim, suas tarefas cotidianas. No momento que descobriu a sorologia, entrou em depressão, pensou em suicídio, visto que tinha muito medo de adquirir o vírus.

Discussão

As pessoas idosas investigadas tinham entre 60 e 72 anos, houve predomínio do sexo feminino, cor branca e condição de aposentadas. Estudo de perfil clínico e epidemiológico de idosos com HIV/Aids mostrou que a ocorrência das DST é mais presente em idosos, com baixo nível de escolaridade e tendência de atingir mais mulheres do que os homens⁽¹¹⁾.

Quanto a avaliação funcional por meio da CIF, as pessoas idosas investigadas apresentaram alterações na funcionalidade análogas à população idosa em geral, concordando com outro estudo realizado em São Paulo⁽²⁾, que verificou dados indicativos da funcionalidade de idosos portadores de HIV/Aids quanto a avaliação da cognição, da saúde mental e da independência para Atividades de Vida Diária dos idosos representativos da população idosa no geral.

Pesquisa realizada no Pará sobre funcionalidade segundo a CIF, na população idosa revelou, quanto à funcionalidade, que a maioria dos idosos foi independente para realização de todas as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Instrumentais (AIVDs), apesar de comprometimento funcional mais evidente para realização das AIVDs⁽³⁾.

Parte das pessoas idosas que participaram do estudo, apresentaram *déficit* visual e uso de lente corretiva. O *déficit* na acuidade visual pode representar impacto negativo e, dessa forma, as atividades de vida diária podem tornar-se prejudicadas, acarretando uma maior dependência desses idosos. Tal dependência está ligada a uma pior saúde mental e prejuízo na vida social nos idosos⁽¹²⁾. Torna-se necessário o incentivo às pessoas idosas para os cuidados em relação aos *déficits* visuais, a busca pelos serviços de saúde e revisão das lentes corretivas sempre que for necessário.

Nesta pesquisa, quanto às vestibulopatias, a tontura foi verificada nos idosos com HIV/Aids investigados. Estas podem estar associadas a sintomas neurovegetativos, sintomas auditivos, desequilíbrio postural, instabilidade à marcha, entre outros. A tontura, tem significativo impacto negativo na realização das atividades cotidianas do idoso e na sua

qualidade de vida, além de trazer limitações importantes à autonomia e às atividades diárias destas pessoas, também podem levar à ocorrência de quedas⁽¹³⁾.

Um fato que chamou a atenção neste estudo com pessoas idosas com HIV/Aids foi a ausência de dentes e o edentulismo - completa perda de dentes - dos participantes. A perda dentária é considerada um dos principais agravos à saúde bucal devido a alta prevalência e aos danos estéticos, funcionais, psicológicos e sociais que acarreta⁽¹⁴⁾.

Segundo o Ministério da saúde, na última pesquisa Nacional de Saúde Bucal realizada em 2011, descreveu que mais de três milhões de idosos brasileiros necessitam de prótese total nas duas arcadas e este número aumenta cada vez mais. As principais causas de perda dos elementos dentários são a cárie dentária e a doença periodontal. Idosos com perda de todos os elementos dentais são os que mais apresentam dificuldades para se alimentar, principalmente quando a prótese total utilizada não apresenta boas condições, optando por uma alimentação macia e fácil de mastigar, que apresenta geralmente baixo teor nutricional. O cuidado à saúde bucal deve ser componente inseparável e articulado de qualquer sistema de cuidado integral à saúde do idoso, bem como envolver a família, os serviços públicos de saúde, a academia e o próprio idoso no exercício do autocuidado⁽¹⁵⁾.

A nutrição tem um papel fundamental no processo do envelhecimento e a saúde bucal é um dos fatores relacionados com o estado nutricional dos idosos, pois a perda dentária compromete a mastigação e a deglutição, levando a hábitos alimentares inadequados que ocasionam desequilíbrio nutricional⁽¹⁴⁾.

A dificuldade para dormir e o uso de medicamentos tranquilizantes fez-se presente nas pessoas idosas desta pesquisa. Estes fatos assemelham-se à pesquisa realizada em estudo multicêntrico que objetivou investigar associações entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade e evidenciou-se que, do total da amostra, 49,9% queixou-se de um ou mais sintomas de insônia, com maior prevalência de despertar precoce, seguido por dificuldade em iniciar o sono, sono não restaurador e dificuldade em manter o sono. O uso de medicamentos para dormir foi relatado por 19,7% dos idosos⁽¹⁶⁾.

Quanto às queixas de dor, uma das pessoas idosas referiu dor precordial e histórico de infarto e angina *pectoris*. O aumento na cronicidade da infecção pelo HIV tem refletido na prevalência de múltiplas anormalidades metabólicas e antropométricas nas pessoas afetadas e, desta forma, expondo os pacientes HIV positivos a todos os fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Verifica-se também a frequência aumentada de doença cardiovascular de origem aterosclerótica nas pessoas HIV positivas, provavelmente ocorre pela soma da infecção viral crônica e pelos efeitos colaterais dos antirretrovirais⁽¹⁷⁾.

No estudo transversal que avaliou a funcionalidade das pessoas idosas a partir da CIF evidenciou-se que das funções sensoriais e de dor, destacaram-se as funções auditivas. Neste estudo, 15,6% apresentam nível de dificuldades que requer cuidados, mais evidentes em indivíduos com idade entre 75 e 84 anos. Quanto às funções de dor, a maioria dos idosos (58,2%) apresentou uma intensidade de dor que requer cuidados terapêuticos; todavia, não existe qualquer relação com a idade. As dores mais intensas são localizadas na região lombar, joelho direito, região posterior da perna direita e região dorsal⁽¹⁾.

Alguns idosos com HIV/Aids que participaram da pesquisa não realizam qualquer exercício físico. Porém, a prática regular de exercício físico é indicada a todos, principalmente às pessoas com HIV/Aids, devido ao estímulo do sistema imunológico, o aumento da disposição, da autoestima, a diminuição do estresse, entre outros benefícios para a saúde em geral. Também ameniza os efeitos colaterais provocados pela medicação, como a lipodistrofia, redução dos níveis séricos de triglicérides e colesterol total e aumento dos valores de HDL⁽¹⁷⁾.

Dentre as doenças que as pessoas idosas investigadas com HIV/Aids apresentaram, destacou-se a asma brônquica. Em estudo realizado em Portugal, objetivando estimar a prevalência de asma, rinite e rinoconjuntivite na população portuguesa com idade igual ou superior a 65 anos e avaliar a associação entre estas doenças neste grupo etário, revelou que a prevalência da Asma foi de 10,9% dentre os idosos pesquisados. Destes 69,9% relataram tratamento para esta doença⁽¹⁸⁾.

Em relação ao uso de medicamentos, alguns idosos investigados faziam uso de TARV associado a outros medicamentos para problemas de saúde, sendo mais prevalentes para doenças cardiovasculares. Estudo realizado em uma unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), no Rio Grande do Sul, objetivando identificar o perfil sociodemográfico e de uso de medicamentos de pessoas idosas, verificou-se acidentes por quedas nas pessoas idosas entrevistadas que utilizavam algum tipo de medicamento (93,8%). O número total de medicamentos utilizados foi de 333, em média, eram usados 3,66 medicamentos/idoso. Quanto à polifarmácia, 29 (31,86 %) utilizavam cinco ou mais medicamentos, sendo os mais utilizados os direcionados ao sistema cardiovascular, por 127 (38,4%)⁽¹⁹⁾.

O número de medicamentos é o principal fator de risco para a iatrogenia e os eventos adversos a medicamentos, havendo relação exponencial entre o número de fármacos utilizados e a probabilidade de eventos adversos, entre eles e as interações medicamentosas e o uso de medicamentos inapropriados para pessoas idosas⁽¹⁹⁾.

A funcionalidade é o principal aspecto na avaliação clínica do idoso e apresenta relação direta com a autonomia para tomar decisões que dependem da cognição e do humor,

assim como a independência para realizar as atividades de vida diária que dependem da mobilidade e da comunicação. A CIF mostra-se como mais um caminho/desafio para que os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, possam identificar, classificar a funcionalidade sem ter por base a doença do idoso e contribuir para que as pessoas idosas possam se manter independentes e autônomas pelo maior tempo possível⁽⁵⁾.

Considerações Finais

Este estudo objetivou verificar a funcionalidade e as alterações na saúde de pessoas idosas com HIV/Aids. Constatou-se que as pessoas idosas com HIV/Aids apresentaram condições de saúde semelhantes à população em geral, como o uso de lentes corretivas, a polifarmácia, as vestibulopatias e o edentulismo, como principais alterações. A partir desses dados, verificou-se que é importante a realização da avaliação funcional e saúde das pessoas idosas com HIV/Aids para subsidiar propostas preventivas e de controle e incapacidades, garantindo sua autonomia e independência.

Referências

1. Hansen EO, Tavares STO, Cândido SA, Pimenta FAP, Moraes EM, Rezende NA. Classificação internacional de funcionalidade, de doenças e prognóstico médico em pacientes idosos. Rev Med Minas Gerais [internet] 2011 [citado 2016 jul 14] ; 21(1): 55-60. Disponível em: http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/3793/1/ARTIGO_Classifica%c3%a7%c3%a3oInternacionalFuncionalidade.pdf
2. Cruz GECP, Ramos LR. Elderly people with HIV and living with Aids in the context of functional capacity. Acta Paul Enferm [internet]. 2012 [cited 2016 jul 07];25(6):981-3. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600024
3. Lopes GL, Santos MIPO. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. Rev. Bras. Geriatr.Gerontol. [internet]2015[citado 2016 jul 14]; 18(1):71-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n1/1809-9823-rbgg-18-01-00071.pdf>
4. Depolito C, Leocadio PLLF, Cordeiro RCC. Declínio funcional de idosa institucionalizada: aplicabilidade do modelo da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Fisioterapia e Pesquisa [internet] 2009[citado 2016 jul 14]; 1(2):183-9. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>
5. Santos SSC, Lopes MJ, Vidal DAS, Gautério DP. International classification of functioning, disability and health: use in nursing care for the elderly. Rev. bras. enferm. [internet] 2013 [cited 2016 jul 20]; 66 (5): 789-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500021

6. Brasil ACO. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. Rev Bras Promoç Saúde [internet] 2013[citado 2016 jul 22]; 26(1): 1-4. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.1_editorial.pdf
7. Bezerra VP, Serra MAP, Cabral IPP, Moreira MASP, Almeida AS, Patricio ACFA. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. Rev Gaúcha Enferm. [internet] 2015[citado 2016 jul 22]; 36(4):70-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/pt_1983-1447-rgenf-36-04-00070.pdf
8. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4^a. ed. Porto Alegre: Ed. Bookman; 2011.
9. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
10. Ministério da Saúde [Internet]. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos. 2012 [acesso 2016 ago 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
11. Ultamaril L, Moreto PB, Girl E, Canini SRMSC, Teles AS, Gaspar J et al. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS em idosos. Rev Eletr Enf [internet] 2011[citado 2016 jul 07]; 13 (3):405-12. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n3/pdf/v13n3a05.pdf
12. Bravo Filho VTS, Ventura RU, Brandt CT, Sarteschi C, Ventura MC. Impacto do déficit visual na qualidade de vida em idosos usuários do sistema único de saúde vivendo no sertão de Pernambuco. Arq Bras Oftalmol. [internet] 2012 [citado 2016 jul 07];75(3):161-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v75n3/02.pdf>
13. Onishi LONET, Peluso ETP. Atuação do enfermeiro na estratégia saúde da família em relação aos idosos com vestibulopatias. Revista Equilíbrio Corporal e Saúde [internet] 2012 [citado 2016 jul 14];4(1):9-18. Disponível em: <http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/reces/article/view/37/38>
14. Moura SMS, Leite CMC, Rocha AMC, Costa MAB, de Oliveira IM,Cardoso JC et al.. Relação entre nutrição de idosos e denteição: Revisão de Literatura. Journ. Inter. Bioc [internet] 2016 [citado 2016 jul 14]; 1(1): 1-8. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/jibi/article/view/4085>.
15. Palma JM, Schliebel LRSO, Tonello AS, Queiroz RC de S. Edentulismo e auto percepção em saúde bucal em idosos em um município do nordeste brasileiro. Rev Pesq Saúde [internet] 2016 [citado 2016 out 31] 16(3): 144-148. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4510>
16. Pereira AA, Ceolim MF, Neri AL. Associação entre sintomas de insônia, cochilo diurno e quedas em idosos da comunidade. Cad. Saúde Pública [internet] 2013 [citado 2016 ju 14]; 29(3):535-546. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n3/a11v29n3.pdf>
17. Dutra CDT, Moura AKM, Saraiva DA, Dias RM, Oliveira SHSD, Frazão AGF, Libonat RMF. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em pacientes com síndrome

lipodistrófica do HIV. Revista Eletrônica Gestão & Saúde [internet] 2012; 3(3):836-851. Disponível em: <http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/195>

18. Lopes MJ, Escoval A, Pereira DG, Pereira CS, Carvalho C, Fonseca C. Functionality evaluation and elderly care needs. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013[cited 2016 jul 14]; 21(spe): 52-60. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700008

19. Gauterio DP, Santos SSC, Strapasson CMS, Vidal DAS, Piexak DR. Drug use by older people in the community: nursing action proposal. Rev Bras Enferm [internet] 2013 [cited 2016 jul 22]; 66(5): 702-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/10.pdf>.

5.3 Artigo 3

CUIDADO DE ENFERMAGEM (GERONTOTECNOLOGIAS) E AÇÕES ECOSSISTEMICAS ÀS PESSOAS IDOSAS COM HIV/AIDS

Flavia Seles Oliveira⁸
Silvana Sidney da Costa Santos⁹

⁸Discente do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).
Escola de Enfermagem/FURG. Endereço para correspondência: Avenida Presidente Vargas 315 Bloco 05
apto 201. Email: flaviaseles@gmail.com

⁹ Professora, Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
silvanasidney@cnpq.pesquisador

Resumo:

Objetivo: Propôr cuidados de enfermagem (gerontotecnologias) e ações ecossistêmicas direcionado à pessoa idosa com HIV/Aids. **Método:** Estudo de caso qualitativo, realizado no Rio Grande do Sul, Brasil, em 2015, com oito pessoas idosas, por meio de aplicação de formulário embasado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. A análise seguiu as proposições do estudo de caso em três estratégias analíticas: geral, teórica e descritiva. **Principais Resultados:** Os idosos investigados foram sete mulheres e um homem; entre 60 e 72 anos; renda de até um salário mínimo. Os cuidados de enfermagem foram norteados pela CIF como gerontotecnologias leves. **Conclusão:** Os cuidados apresentados foram baseados na autonomia, respeito, ausência de preconceitos/tabus, considerando a individualidade/sexualidade da pessoa idosa e a complexidade desse fenômeno com implicações emocionais, espirituais, culturais e sociais.

Descritores: Idoso; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde; Enfermagem.

Introdução

O cuidar se revela como uma ação intencional, pois o cuidador tem intenção de propiciar o cuidado de que o corpo cuidado necessita. Contudo, o cuidador precisa criar laços com o cliente que somente serão estabelecidos no momento do encontro. Este revela-se não somente como relacionados ao tratamento da doença, mas como resgate a sua integridade pessoal, mantendo a sua identidade como sujeito social⁽¹⁾.

Para o processo de cuidar em enfermagem torna-se relevante conhecer a cultura, os hábitos e costumes das pessoas cuidadas, para lançar estratégias de cuidado voltadas para as necessidades individuais. Além de ações que permitam aproximar o profissional de saúde/enfermeiro ao cliente que está sob cuidados, de modo a proporcionar conforto. Mostra-se necessário identificar e analisar os cuidados que promovem conforto sociocultural, considerando o ecossistema em que este cliente está inserido e a possibilidade de manter hábitos do cotidiano⁽²⁾. Neste artigo o cuidar foca-se em pessoas idosas com HIVAids.

A epidemia de HIV/Aids vem apresentando diversas modificações no perfil ao longo do tempo, dentre as quais os fenômenos de feminilização, heterossexualização, juventudilização, pauperização e envelhecimento. O aumento do número de casos de HIV na pessoa idosa tem sido associado ao envelhecimento da população brasileira, ao aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/Aids e ao acesso aos medicamentos para distúrbios eréteis, fator que tem prolongado a atividade sexual de idosos em associação com a desmistificação do sexo na velhice. A abertura para a vivência da sexualidade tem tornado as pessoas idosas mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST), colaborando para maior incidência desta doença em pessoas com de 60 anos e mais⁽³⁾.

O aumento de casos de infecções por HIV em maiores de 60 anos é um desafio que direciona a reflexão sobre a associação dessa doença ao envelhecimento, incluindo os estereótipos enfrentados pelas pessoas idosas, principalmente no que diz respeito à negação da sexualidade. Ressalta-se a importância de se refletir e discutir a temática da sexualidade no processo de envelhecimento no atual contexto de incremento de casos de HIV/Aids⁽⁴⁾.

Destaca-se a importância das ações de saúde pautadas em tecnologias voltadas às pessoas idosas, chamadas de gerontotecnologias e aos cuidados de enfermagem levando-se em conta o ecossistema. Essas ações poderão ser mais exitosas na medida em que conseguirem se deslocar da simples transmissão de informações para as discussões que problematizam as medidas preventivas à luz das relações de gênero, somadas informações e ações sobre a epidemia, formas de transmissão do HIV e da evolução para a AIDS,

comunicação com o parceiro, sexualidade saudável em casais sorodiscordantes, luta contra o preconceito e encorajamento à aceitação do soropositivo pela família e sociedade⁽⁵⁾. As ações ecossistêmicas direcionam ao cuidado de enfermagem que tornam relevantes as estratégias abertas à criatividade, intuição, imaginação, que integram o sentir/cuidar, reconhecem os diferentes níveis de realidade e vão consolidando-se durante o cuidar, permitindo redescobrir o caminho e decidir por nova rota ou bifurcação nos momentos mais adequados e oportunos⁽⁶⁾

A gerontotecnologia é o estudo científico do processo de envelhecimento e dos problemas especiais relacionados ao processo de envelhecimento. Aborda os aspectos fisiológicos, sociais e psicológicos da velhice. Não é a idade cronológica que tem importância, mas a idade em que certas mudanças começam a aparecer, o processo que ocasionou essas mudanças teve início anteriormente⁽⁷⁾.

Destaca-se a importância da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como gerontotecnologias leves, pois a partir desta ferramenta, os enfermeiros podem avaliar cada pessoa idosa, identificando as necessidades básicas afetadas e elaborando/programando o plano de cuidado, com vistas à manutenção do envelhecimento ativo. A CIF pode confirmar/validar essa avaliação, além de torná-la uma linguagem universal aos enfermeiros que atuam no cuidado a pessoa idosa e aos demais profissionais da área da saúde, considerando que ela objetiva agrupar aspectos semelhantes da funcionalidade humana, organizá-los numa estrutura lógica e defini-los de forma que os termos usados nessa Classificação sejam equivalentes no âmbito internacional⁽⁸⁾

A elaboração de um cuidado de enfermagem, pautado em gerontotecnologias leves e nas ações ecossistêmicas para as pessoas idosas com HIV/Aids poderão subsidiar atividades para auxiliar a compreensão do panorama da epidemia no que tange ao envelhecimento e auxiliar na realização da promoção de pessoas idosas com HIV protagonistas do autocuidado.

Assim, teve-se como objetivo desta pesquisa: Propor cuidado de enfermagem (gerontotecnologias) e ações ecossistêmicas para a pessoa idosa com HIV/Aids.

Método

Estudo de caso qualitativo⁽⁹⁾. Pesquisa realizada em um serviço de referência em HIV/Aids de um hospital universitário do Rio Grande do Sul, Brasil.

Teve como participantes oito pessoas idosas com HIV/Aids, idade entre 60 e 72 anos. Foram critérios de inclusão: maiores de 60 anos cadastrados e ativos no serviço específico do hospital universitário investigado; de ambos os sexos; portadores do vírus HIV/Aids; orientados e em condições de interagir com a pesquisadora.

Inicialmente foi realizado um teste piloto em cinco pessoas idosas⁽¹⁰⁾ em condições semelhantes às do estudo. Foram percebidas inadequações nas questões específicas relacionadas ao HIV/Aids que foram corrigidas e reaplicadas em mais duas outras pessoas idosas, considerando-se o instrumento adequado. Estas pessoas idosas que participaram do teste piloto e na reaplicação após a correção não foram incluídas como participantes desta pesquisa.

Para operacionalização da entrevista, a entrevistadora/pesquisadora, juntamente com a secretária do serviço de referência, realizou uma busca no sistema, acerca da agenda de consultas médicas e de enfermagem às pessoas com idade igual e superior a 60 anos e que se enquadravam nos critérios de inclusão. Após identificação das pessoas idosas, foi fornecido pelo serviço um consultório, dentro do próprio serviço de referência para a realização da entrevista, de modo a manter a privacidade e a ambiência rotineira do idoso.

A coleta de dados ocorreu em 2015, por meio da investigação nos documentos, principalmente prontuário da pessoa idosa, quanto aos dados de identificação, anamnese, resultados de exames e outras informações. Depois, pela aplicação do instrumento para coleta de dados, composto de perguntas abertas e aplicado por entrevista semiestruturada, tendo como base a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Tal instrumento foi elaborado a partir dos resultados de uma pesquisa anterior e realizada pelos integrantes do Grupo de Estudo e Pesquisa em Gerontogeriatrics, Enfermagem/Saúde e Educação (GEP-GERON/CNPq) denominado “Guia de coleta de dados segundo a CIF”, cujas categorias foram avaliadas por enfermeiras *experts*, na área de gerontologia.

Além dos elementos da CIF, o instrumento continha também questões relacionadas à exposição ao vírus do HIV, tempo de exposição, mudanças na vida da pessoa após a sorologia positiva, assim como questões relacionadas ao conhecimento sobre a aceitação da sorologia, perdas pós-sorologia positiva e conhecimento acerca do vírus. Com a autorização dos participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, preservando a fidedignidade de cada fala e excluindo-se os vícios de linguagem.

Três estratégias foram utilizadas para análise dos dados: 1) a estratégia analítica geral, que define as prioridades que foram analisadas e justificadas; 2) a estratégia analítica teórica, que estabelece uma estrutura fundamentada na teoria; 3) a estratégia analítica descritiva que constitui a descrição dos casos e seus desdobramentos⁽⁹⁾.

No estudo de caso, para apresentação dos resultados, o pesquisador pode dar relevância aos depoimentos dos participantes; à elaboração de quadros/tabelas/outras figuras gráficas, como diagramas; à organização de temas/categorias; e outras possibilidades.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa foram respeitados os aspectos éticos, conforme a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS⁽¹¹⁾. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande por meio do parecer 36/2015 e CAAE: 41768815.4.0000.5324

Resultados

Caracterização das pessoas idosas

Os idosos entrevistados foram sete mulheres e um homem. As idades variavam de 60 a 72 anos. Em relação à cor da pele, quatro pessoas afirmaram ser brancas; três, pretas e uma parda. Quanto à condição marital, três pessoas são solteiras; uma, casada; duas, viúvas e duas, em união estável. As condições das moradias foram: duas pessoas têm moradia própria, quitada, de alvenaria; uma, própria, financiada, de madeira; duas, própria, quitada, de madeira; uma, cedida, de alvenaria; uma, cedida, de madeira. Quanto com quem reside: uma pessoa idosa reside sozinha; três, com companheiro/a ou marido; duas, com ex-companheiro ou ex-marido; uma, com um neto; uma, com filha e genro. Todos os idosos têm filhos. Em relação à atividade profissional: quatro são aposentados; dois são Do lar e dois atuam como tarefeiros. Quanto à renda: seis idosos percebem até um salário mínimo, que na época da coleta de dados era R\$ 788,00 ou U\$ 231; um, não tem renda fixa e um, percebe mais de um salário.

Cuidado de enfermagem/gerontotecnologias e ações ecossistêmicas à pessoa idosa com HIV/Aids

As gerontotecnologias são pautadas em atividades originárias de tecnologias leves, incluindo orientações, suporte, encaminhamentos, direcionados às pessoas idosas. As ações ecossistêmicas dizem respeito às atividades relacionadas ao manejo do ambiente das pessoas idosas investigadas.

Quadro 1: Alterações de saúde e cuidados de enfermagem complexos propostas as pessoas idosas com HIV/Aids baseadas na CIF. Rio Grande do Sul, Brasil, 2016.

Alterações conforme a CIF	Cuidado de enfermagem/gerontotecnologias
Sorologia positiva para o HIV	Reforçar as informações sobre o vírus do HIV quanto ao fato de que não existem grupos de risco e todas as pessoas que não se protegem estão expostas ao vírus;

Déficit de autoestima e autoimagem	<ul style="list-style-type: none"> - Conversar acerca do déficit de autoestima e autoimagem, após a descoberta do vírus, pois é necessário, como ser humano, a manutenção do ato sexual com prevenção; - Encaminhar para o Serviço de Psicologia para reflexão acerca da aceitação da sua condição sorológica; - Encorajar a realização de atividade física, proporcionando benefícios físicos (alívio das dores), psicológicos (ansiedade, distração) e sociais, evitando a propensão de quedas e incentivando a independência e a autonomia.
Uso de TARV e outros medicamentos	<p>Ressaltar a importância da boa adesão ao uso da TARV conforme prescrição médica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar para evitar a automedicação.
Peso abaixo do normal (IMC > 28kg/m ²)	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar para o consumo de carboidratos integrais, alimentos proteicos sem gordura, fibras e frutas; gorduras saudáveis e beber em média oito copos de água por dia para aumento do peso corpóreo de forma saudável.
Ingesta hídrica deficiente (menos que 2L/dia)	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a ingestão de água e dieta saudável para manutenção do peso e da saúde;
Ausência de diversos dentes	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para o serviço de odontologia para reparação dos dentes faltantes, pois estes são essenciais para o trituração correto dos alimentos, influenciando na ingestão e digestão;
Tontura com sensação que vai cair	<p>Orientar a procura de serviço de saúde para investigação quanto a presença de tontura com a sensação da ocorrência de quedas.</p>

Quadro 2: Ações ecossistêmicas propostas às pessoas idosas com HIV/Aids investigadas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016.

Ações Ecossistêmicas
<ul style="list-style-type: none"> - Reforçar para utilização de proteção em todas as formas de relações sexuais com penetração (anal ou vaginal) e sexo oral (boca/pênis, boca/ânus, boca/vagina); - Orientar para o não compartilhamento de objetos cortantes/perfurocortantes ou que tenham risco de sangramento, como escovas de dente e aparelhos de barbear/depilação, dentre outros; - Esclarecer acerca do descarte correto dos fluidos corpóreos, como sêmem e sangue, que devem ser descartados no vaso sanitário. Fraldas, absorventes e gazes devem ser colocados em saco plástico e destinados ao lixo comum. - Orientar para a procura de grupos de apoio para apoio emocional e desmistificação do ser com o vírus HIV como “sentença de morte”.

Discussão

A epidemia de HIV/Aids nas pessoas idosas no Brasil, caracteriza-se como um problema de saúde pública devido ao crescente número de casos notificados sendo que a sua transmissão ocorre quase que predominantemente por via sexual. Em virtude da estigmatização da sexualidade na velhice, tanto os familiares como os profissionais da saúde/enfermeiros se negam a pensar que nesta fase da vida a pessoa está ativa sexualmente. Estas pessoas tiveram acesso restrito, na juventude, a informações acerca das DSTs assim, as pessoas idosas podem tornar-se vulneráveis a aquisição destas⁽¹²⁾.

Os profissionais de saúde/enfermeiros têm dificuldades em considerar a vida sexual da pessoa idosa e incorporá-la como tema de suas atividades de trabalho, como por exemplo, investigar acerca da atividade sexual destas pessoas, durante a consulta de enfermagem. Como consequência, observa-se uma assistência à sexualidade, muitas vezes, direcionada para a livre demanda das queixas apresentadas. Para o profissional de saúde/enfermeiro, existe dupla missão: o controle clínico do caso e as ações de prevenção frente aos potenciais riscos de transmissão da doença⁽¹³⁾.

Torna-se imprescindível que os profissionais de saúde/enfermeiros apresentem embasamentos para lidar com as pessoas idosas que mantêm relações sexuais, pois estas pessoas, muitas vezes, tem escassa informação acerca das doenças transmissíveis pelo ato sexual. Existe a necessidade que estes profissionais elaborem uma linguagem adequada, bem como, a criação de estratégias para a abordagem da sexualidade na velhice e a solicitação de exames diagnósticos para DST's de modo que esta abordagem seja natural e sem preconceitos levando em conta o ambiente e os inter-relacionamentos presentes na vida destas pessoas.

A elaboração de cuidados de enfermagem pelos profissionais da saúde/enfermeiros elencam a rede de cuidados que estas pessoas apresentam ao desvelar seu diagnóstico positivo para o HIV. Estas tecnologias servirão como uma estratégia para a acessibilidade da pessoa idosa aos serviços de saúde, desvelando uma resposta aos desafios relacionados à velhice e o HIV/Aids de forma ética, solidária e complexa em um ambiente ecossistêmico⁽¹⁴⁾. Esta não é uma tarefa fácil, pois se necessita de profissionais comprometidos e que preservam a integralidade e as especificidades da pessoa idosa soropositiva e que componham tecnologias adequadas e, de maneira simples e eficaz, possam ser trabalhadas com as pessoas idosas de maneira integradora.

Os desafios para o desenvolvimento de gerontotecnologias estão relacionados à aprendizagem do uso, mudanças de hábitos e crenças pessoais, questões financeiras, entre

outros, sendo necessário o planejamento de estratégias e seu aperfeiçoamento na utilização com vistas a prevenção em todos os níveis de atenção à saúde, direcionando-as para os problemas relacionados à pessoa idosa com HIV/Aids⁽¹⁴⁾.

Apesar das complicações, a terapia antirretroviral tem sido tratada como uma das maiores conquistas desde o surgimento do HIV e, especificamente para as pessoas idosas, ela é capaz de reduzir a mortalidade e morbidade, além de trazer benefícios econômicos como possibilidade de maior participação no mercado de trabalho por indivíduos soropositivos e redução da dependência de membros jovens da família. Muitas vezes as pessoas idosas apresentam outra comorbidade - além da soropositividade - necessitando, muitas vezes, de fazer uso de medicamentos associados ao TARV o que eleva, consideravelmente, o risco de interações medicamentosas, reações adversas e problemas de adesão ao tratamento⁽¹⁵⁾.

Sobre o uso de medicamentos, em especial a TARV, é importante que haja orientação às pessoas idosas quanto a importância do uso correto do medicamento e as interações medicamentosas e a não realização de automedicação de outros fármacos, como forma de preservar a saúde desta pessoa e a eficácia do seu tratamento. Estratégias de adesão são gerontotecnologias imprescindíveis no cuidado à pessoa idosa com HIV/Aids, considerando também seu ambiente.

O ambiente de um determinado sistema é o conjunto dos sistemas que lhe são exteriores, com os quais ele interage: familiar, profissional, econômico e social. Ambiente, em um sentido amplo e multidimensional, tem significado relacionado aos limites do espaço das relações humanas, sejam essas produzidas na abrangência familiar ou até mesmo no contexto da comunidade em geral, com a intenção de produzir e reproduzir situações favoráveis à construção de interações saudáveis com/entre os seres humanos. O ser humano e o contexto ecossistêmico no qual a pessoa idosa está inserida necessitam estar em profunda interação e em contínuo movimento, pois estes apresentam condicionantes e situações favoráveis e desfavoráveis para a sua saúde dentro de um sistema complexo⁽¹⁶⁾.

As ações ecossistêmicas servem como um alicerce para o trabalho dos profissionais de saúde/enfermeiro na saúde das pessoas idosa com HIV/Aids que apresenta dúvidas acerca da sua condição sorológica, assim como, os novos cuidados que terá de implementar consigo e para com os outros que por sua vez, interferem diretamente no ambiente que esta pessoa está inserida. O descarte adequado de material com secreções e fluidos, o não compartilhamento de materiais perfurocortantes, o incentivo ao uso de preservativo em todos os tipos de relações sexuais, assim como, o apoio emocional frente ao diagnóstico positivo e o viver com HIV/Aids são ações importantes para auxiliar esta pessoa ao convívio harmônico, de forma

que esta esteja em situações e interações favoráveis no que se refere a sua saúde no ecossistema pertencente.

É importante que os profissionais da saúde/enfermeiros desmistifiquem a ideia de que existam grupos de risco para transmissão do vírus e enfatizem a necessidade do uso de preservativo em todos os tipos de relações sexuais, tanto para impedir a transmissão do vírus quanto à infecção cruzada. O exercício da sexualidade de pessoas vivendo com HIV, na maioria das vezes, é marcado pelo preconceito e estigmatização que permeiam o contexto da epidemia do HIV/Aids, sobretudo decorrentes do constructo de noções de “grupo de risco” e “transmissão” veiculados quando da descoberta da Aids. Estes constructos precisam ser desfeitos e as pessoas idosas necessitam ser elucidadas acerca do novo panorama da epidemia. É impensável considerar que o desejo de expressão da sexualidade e sua vivência é um campo complexo, histórico e individual, imbricados por fatores biológicos e histórico-culturais que propulsionam formas de pensar, sentir e agir⁽¹⁷⁾.

A associação da doença aos grupos de risco dissemina a falsa noção de que as pessoas não pertencentes a esses “grupos” estariam a salvo da ameaça. A noção de comportamento de risco considera as práticas que levam o indivíduo a um menor ou maior grau de exposição ao HIV. As pessoas idosas são bastante vulneráveis às DTS's, pois ainda existe resistência ou deficiência de orientações com relação ao uso do preservativo⁽¹⁸⁾.

Percebe-se a manutenção da autoestima dessa pessoa com HIV/Aids, pois este é um aspecto essencial na criação e manutenção da saúde, esperança e qualidade de vida. Embora o avanço da terapêutica medicamentosa tenha contribuído para a redução das taxas de mortalidade, sabe-se que no contexto da soropositividade ao HIV, importantes consequências psicossociais são observadas como depressão, baixa autoestima, preconceito. As pessoas vivendo com HIV/Aids podem ter a autoestima prejudicada devido ao impacto social que a infecção pode causar na vida, associado ao estigma da doença, potencialmente fatal. A infecção também causa na vida do indivíduo limitações físicas e sociais, como a perda de um projeto de vida, a necessidade de reestruturação de seus hábitos, o enfrentamento de suas novas limitações nas relações em seu trabalho e nas relações familiares⁽¹⁹⁾ (17).

A autoestima elevada faz com que a pessoa vivendo com HIV se perceba de forma positiva; por outro lado, as que possuem autoestima prejudicada, poderão se perceber mais limitadas e desanimadas, com implicações importantes na saúde mental⁽¹⁹⁾.

Para que o cuidado de enfermagem pautado em ações ecossistêmicas possa acontecer torna-se necessário que o enfermeiro tenha um conhecimento técnico-científico adequado e humanizado/ampliado; além da compreensão da família como rede de apoio em seu contexto

social complexo. O apoio da família/profissionais de enfermagem é fundamental para o enfrentamento das limitações, no sentido de desmistificar a incapacidade dos idosos, promovendo o autocuidado e a autonomia a partir de experiências e ações planejadas, considerando as questões ambientais⁽²⁰⁾.

A perda de peso e a desnutrição ainda acometem pessoas convivendo com HIV, mas novos problemas nutricionais surgiram com os avanços no tratamento com a TARV. Ao longo da história da epidemia, indivíduos infectados pelo HIV experimentaram drásticas mudanças corporais, evoluindo da desnutrição grave para mudanças corporais relacionadas com a lipodistrofia e, finalmente, registra-se um aumento expressivo da prevalência de indivíduos com sobrepeso⁽²¹⁾. Um aspecto a ser considerado é que o tratamento da AIDS requer a utilização de um grande número de medicamentos diariamente, dificultando a manutenção da ingestão alimentar e, assim, contribuindo para a resistência à terapia, especialmente no caso dos antirretrovirais

A infecção pelo HIV pode ter efeitos significativos sobre a aparência física, o que pode afetar diretamente a autoestima dos indivíduos e a adesão terapêutica. A interação alimento-medicamento pode interferir nas concentrações séricas dos fármacos, aumentando a probabilidade de efeitos colaterais quando as concentrações são muito elevadas ou elevando o risco de ineficácia terapêutica, propiciando uma resistência viral quando as concentrações são muito baixas. O manejo dietético de tais interações melhora a efetividade da terapia medicamentosa, sendo fundamental o pleno conhecimento a esse respeito para auxiliar o paciente na administração dos horários de alimentação e medicação. Um dos fatores responsáveis pelo sucesso terapêutico de pessoas com HIV incide no seu estado nutricional, portanto, a avaliação nutricional inicial completa - incluindo padrões antropométricos, bioquímicos, clínicos e dietéticos - deve fazer parte do planejamento de cuidados multidisciplinares⁽²²⁾.

Mostra-se necessária a realização de orientações acerca dos grupos alimentares que devem ser consumidos diariamente para suprir as demandas nutricionais e investigar a sua aceitação destes alimentos. O estímulo à ingestão de água também é uma estratégia importante e a odontogeriatria, da mesma forma, apresenta fatores positivos na nutrição da pessoa idosa.

A infecção pelo vírus HIV pode trazer muitos problemas de ordem psicológica. Sentimentos como raiva, culpa, angústia, medo, baixa autoestima e tristeza, sendo que não são comuns somente quando recebem o diagnóstico, como também, durante todo o desenvolvimento da doença, devido ao fato de ainda ser uma doença que envolve muitos

preconceitos sociais. Desta forma, percebe-se o exercício físico como facilitador na saúde das pessoas, tanto na saúde corporal, como mental, quando discorre que os efeitos dos exercícios físicos sobre vários sistemas do corpo e as mudanças que o mesmo traz, principalmente às pessoas idosas com HIV/Aids ⁽²³⁾.

A prática regular de atividade física tem sido associada com mudanças significativas nos estados psicológicos de humor, gerando bem-estar psicológico e aumentando a resistência do indivíduo diante do possível stress psicossocial. Deste modo, os exercícios físicos, podem auxiliar na melhora da qualidade de vida e na adesão ao tratamento, de modo que, esta inclusão pode proporcionar efeitos positivos na parte imunológica, retardando o avanço da infecção viral e tornando mais lenta a progressão da Aids, de modo a atingir também benefícios de ganho de massa muscular e, conseqüentemente, aumento da força, no ganho de peso, na melhoria dos sistemas do corpo humano e melhoria importante de resistência, auxiliando todo o contexto desta pessoa idosa ⁽²³⁾.

A elaboração de grupos de ajuda mútua, artesanatos, grupos de caminhadas, dentre outras atividades supervisionadas elaboradas especialmente à pessoa idosa, auxiliam o viver com HIV/Aids de forma mais branda, através de trabalhos manuais como ocupação/distração e também socialização, podendo aliar a fonte de renda, os exercícios físicos para aumento de massa magra, estímulo para alimentação saudável e ênfase à adesão ao tratamento. Os grupos de pessoas idosas, como ancoragem uns aos outros para enfrentamento dos principais aflições, fazem com que estas pessoas se sintam acolhidas e integradas na sociedade.

O enfermeiro, como agente de saúde e educador, atua como um dos principais intermediários, utilizando-se de tecnologias educativas que auxiliem na elaboração de conhecimentos a pessoas idosas com HIV/Aids e o ecossistema que a permeia, desmistificando seus medos e anseios, além de esclarecer suas dúvidas, contribuindo, assim, para a reconstrução de novos significados da pessoa idosa soropositiva, numa compreensão do outro e de si mesmo ⁽²⁴⁾.

Conclusão

Este estudo objetivou apresentar o cuidado de enfermagem direcionado a pessoas idosas com HIV/Aids por meio de gerontotecnologias e ações ecossistêmicas. Concluiu-se que os cuidados apresentados relacionados às alterações de saúde foram baseados na autonomia, respeito, ausência de preconceitos/tabus, respeitando a individualidade e a sexualidade da pessoa idosa considerando o ecossistema em que esta pessoa está inserida. Desta forma, necessita-se contemplar o cuidado apropriado para as necessidades do ser idoso

com HIV/Aids e suas implicações emocionais, espirituais, culturais e sociais.

Referencias

1. Piexak DR, Ferreira CLL, Terra MG, Backes DS, Barlen JGT, Ilha S. Cuidado de enfermagem em unidade de internação cirúrgica: percepção dos pacientes
J. res.: fundam. care. online [internet]2016 [citado 2016 ago14] 8(1):3624-3632. Disponível em:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3596/pdf_1765
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3596/pdf_1766.
2. Ponte KMA, Silva LF. Cuidados de enfermagem a mulheres com infarto do miocárdio: promoção do conforto sociocultural pela pesquisa-cuidado. Rev enferm UERJ [internet]2014 [citado 2016 ago14] 22(6):808-14. Disponível em:
<http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a14.pdf>
3. Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol [internet] 2011[citado 2016 ago 22]14(1):147-157. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n1/a15v14n1.pdf>
- 4 Silva LC, Felicio EEAA, Cassette JB, Soares LA, Morais RA, Prado TS et al. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol [internet] 2015[citado 2016 ago 07] 18(4):821-833. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00821.pdf
5. Silveira MM, Batista JS, Colussi EL, Wibelinger LM. Sexualidade e Envelhecimento: discussões sobre a AIDS. Revista Temática Kairós Gerontologia, [internet] 2011 [citado 2016 jul 07] 14(5): 205-220. Disponível em:
6. Hammerschmidt KS de A, Santos SSC, Erdmann AL, Caldas CP, Lunardi VL. Complexidade de cuidado de enfermagem ao idoso: reflexões sobre a abordagem ecossistêmica da saúde. Cienc Cuid Saude [internet] 2013 [citado 2016 jul 07] 12(1) p 198-220. Disponível em:;
<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/17973>
7. Harrigton T, Harrigton MT. Gerontotecnologia: O quê é e como pode ajudar? Portal do Envelhecimento: sua rede de comunicação e solidariedade. Disponível no site: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo969.htm>. 2000.
8. Santos SSC, Lopes MJ, Vidal DAS, Gautério DP. International classification of functioning, disability and health: use in nursing care for the elderly. Rev. bras. enferm. [internet] 2013[cited 2016 ago 22]66(5) p. 789-793. Avaliabe from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500021
9. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª. ed. Porto Alegre: Ed. Bookman, 2010.

10. Ministério da Saúde (BR). Estatuto do Idoso. Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.
11. Ministério da Saúde [Internet]. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisas envolvendo seres humanos. 2012 [acesso 2016 ago 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
12. Melo MC, Pimenta A.M, Donalísio MR. Perfil epidemiológico de idosos com Aids na macrorregião de saúde de Belo Horizonte. R. Enferm. Cent. O. Min [internet] 2016 [citado 2016 ago 07]1(6):2020-2033. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/330>
13. Dos Anjos KF, Oliveira AC, Suto CSS, Guimaraes FEO, Sobrinho CLN, Rosa DOS. Aspectos bioéticos envolvidos no cuidado ao idoso com HIV/ AIDS. Rev Fund Care Online. 2016 [citado 2016 ago 07]8(3):4882-4890. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4882-4890>.
14. Pillon SC, Cardoso L, Pereira GAM, Mello E. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. Esc Anna Nery [internet] 2010 [Citado 2016 ago 01] 14(4): 742-748. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a13.pdf>.
15. Neto JD, Nakamura AS, Cortez LER, Yamaguch MU. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. Ciência & Saúde Coletiva [internet] 2015 [Citado 2016 ago 01] 20(12):3853-3864. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3853.pdf>.
16. Cezar – Vaz MR, Muccillo-Baisch AL, Soares JF, Weis AH, Costa VZ, Soares MCF. Nursing, environment and health conceptions: an ecosystemic approach of the collective health production in the primary care. Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet] 2007 [cited 2016 jul 07] 15 (3): p.418-425. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692007000300009&script=sci_abstract&tlng=pt
17. Vidal ECF, Braga VAB, Silva MJS, Pinheiro AKB. Políticas públicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. Rev. Rene [internet] 2009 [Citado 2016 ago 21]; 10 (2): 166-174. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/504/pdf>.
18. Carvalho CML, Galvão MTG, Silva RM. Changes in the lives of women with acquired immunodeficiency syndrome in the face of disease. Acta Paul Enferm [internet] 2010 [Cited 2016 ago 12] 23(1):94-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002010000100015&script=sci_arttext&tlng=en
19. Castrighini CC, Reis RK, Neves LAS, Brunini S, Canini RMS, Gir E. Self-esteem evaluation in people living with HIV / AIDS in Ribeirão Preto-SP. Texto Contexto Enferm [internet] 2013 [Cited 2016 ago 21] 22(4): 1049-55. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_22.pdf.
20. Barros EJJ; Santos SSC; Gomes GC, Erdmann AL, Pelzer MT, Gauterio DP. Ecosystemic

and gerontotechnological actions in complex nursing care to the elderly with ostomy. Rev Bras Enferm [internet] 2014; 67(1) : 91-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n1/0034-7167-reben-67-01-0091.pdf>.

21. Leite LHM, Papa A, Valentini RC. Insatisfação com imagem corporal e adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos com HIV/AIDS. Rev. Nutr [internet] 2011 [Citado 2016 ago 22]24(6):873-881. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n6/07v24n6.pdf>

22. Braga LA, Silva CAB. Avaliação nutricional e metabólica de pacientes com HIV em uso da terapia antirretroviral no Nordeste do Brasil. RBPS [internet] 2010 [Citado 2016 ago 24] 23(4): 368-373. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/viewFile/2039/2333>.

23. Cury-Boaventura MF, Avelar CT, Santos MGN, dos Santos RA. Papel do atendimento nutricional na prevalência da dislipidemia em pacientes com HIV/AIDS em terapia antirretroviral. Nutrição Brasil [internet] 2016[Citado em 2016 ago 05]; 15(3). Disponível em: <http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/nutricaoBrasil/article/view/207/865>

24. Barros E JL, Santos SSC, Gomes GC, Erdmann AL. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. Rev Gaúcha Enferm [internet] 2012 [Citado em 2016 ago 05 33(2):95-101. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/14.pdf>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível confirmar a tese de que o cuidado de enfermagem complexo direcionado a pessoa idosa com HIV/Aids necessita ser alicerçado em gerontotecnologias e ações ecossistêmicas, resolutivo, individualizado e eficaz. Como limitação do estudo foi evidenciada escassa literatura relacionada à temática de avaliação de funcionalidade/incapacidade/saúde de pessoas idosas com HIV/Aids.

Os pontos positivos da pesquisa surgiram por meio da experiência adquirida relacionada ao assunto, direcionando as necessidades dos idosos com HIV/Aids e as especificidades desse grupo. A Aids é enunciada como um grave problema de saúde pública, estando ligada a diversos fatores sociais, econômicos e político e envelhecer com HIV/Aids marcado pela subestimação do risco, em virtude das crenças e dos mitos sobre a sexualidade, falta de informação e silêncio quanto a soropositividade devendo portanto, ser trabalhada com muito respaldo e que no que se trata dessa condição na velhice, portanto, existe a necessidade que esta seja melhor problematizada quanto a questão de preconceitos e tabus.

O processo de envelhecimento vem ganhando destaque nos debates sobre políticas públicas, na ciência e na mídia. Torna-se necessário rever os estereótipos associados ao envelhecimento, substituindo a ideia de perdas pela consideração de que a velhice não é uma fase permeada pela inatividade e que as pessoas idosas possuem os mesmos direitos e desejos que as pessoas mais jovens, dentre elas a sexualidade.

Percebeu-se na pesquisa o fato da soropositividade influenciar na vida sexual dessas pessoas idosas. As mulheres, após revelação da sorologia, tiveram o cessar das atividades sexuais em decorrência da decepção sofrida ou do medo de contaminar pessoas e ter que revelar sua condição sorológica. Enquanto isso, o homem sentiu-se menos viril em decorrência dessa situação. Evidencia-se que, dentre todas as facetas que permeiam a soropositividade, a questão de gênero também mostra influência de como essas pessoas idosas vivenciam o HIV/Aids.

Outra questão que necessita ser levada em conta tange quanto as informações adequadas sobre o HIV/Aids e a sua prevenção. Os participantes referiram pouca ou quase nenhuma informação acerca do HIV e só tiveram melhores conhecimentos após apresentarem sorologia positiva. Essa situação reforça o fato das pessoas idosas possuírem uma visão do HIV tão condizente com a do início da epidemia, pois as informações que construíram às suas representações foram assimiladas nesse período.

Os gestores e profissionais de saúde/enfermeiros precisam atuar de forma específica conforme as diversas faixas etárias, neste caso, na velhice com objetivo de reduzir a vulnerabilidade individual que muitas pessoas idosas estão expostas. Mostra-se necessário fazer com que entendam que todas as pessoas indistintamente são vulneráveis à infecção, no sentido de amenizar a visão que possuem dos grupos de risco e que todas as pessoas estão vulneráveis ao vírus. Destaca-se a importância da criação de políticas públicas específicas para pessoas idosas com DST's com linguagem adequada e direcionada à abordagem acerca destas, com enfoque na mudança de paradigma da pessoa idosa como "assexuado" e o desvelamento de crenças errôneas.

Outra questão em evidência, relaciona-se a vulnerabilidade ao HIV/Aids às mulheres que estão em um relacionamento estável ou casadas, pois é imprescindível trabalhar no empoderamento da mulher para estimular uma discussão aberta nos seus relacionamentos sobre o uso do preservativo, a fim de que essas mulheres tenham consciência das consequências de suas atitudes e possam compreender-se como vulneráveis. É necessário que seja respeitada a liberdade de expressão, confiança e a autonomia nas suas decisões. Visualiza-se a necessidade um grupo de ajuda mútua de pessoas idosas com DST's para que sejam discutidas as questões relacionadas ao envelhecimento conjugado com o HIV, assim trocando experiências e apoiando-se mutuamente.

Os cuidados de enfermagem apresentados foram pautadas em atividades originárias de tecnologias, incluindo orientações, suporte, encaminhamentos, direcionados às pessoas idosas. As ações ecossistêmicas disseram respeito às atividades relacionadas ao ambiente das pessoas idosas investigadas.

A pesquisa traz como contribuição um novo olhar à pessoa idosa com HIV/Aids, a partir de um panorama complexo atrelada aos cuidados de enfermagem, a CIF como gerontotecnologias em saúde e às ações ecossistêmicas para a manutenção da autonomia dessa pessoa idosa. Espera-se com esta pesquisa contribuir para as questões como sexualidade na velhice, relações de gênero, aceitação dos preservativos, terapia antiretroviral, autoimagem, qualidade de vida, manutenção da funcionalidades/incapacidades, implementação de ações de prevenção, esclarecimento, diagnóstico e assistência adequadas na velhice, bem como a capacitação de profissionais de saúde para lidarem de maneira satisfatória com as especificidades da pessoa idosa.

REFERENCIAS

AFFELDT, A.B; SILVEIRA, M.F; BARCELOS, R.S. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. v.24, n.1, p.79-86. 2015.

ALENCAR, R. A; CIOSAK, S. I. The late diagnosis and vulnerabilities of older people living with HIV/AIDS. *Rev. esc. enferm. USP*. v. 49, n. 2, p. 229-235. 2015 .

ALMEIDA, T; LOURENÇO, M.L. O comportamento sexual na terceira idade, saúde sexual para o idoso e a questão da AIDS (Terceira Idade e a AIDS). In: *Comportamento em foco*. São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental – ABPMC. 2011.

ANDRADE, H.A.S; SILVA, S.K; SANTOS, M.I.P.O. Aids em idosos: vivências dos doentes. *Esc Anna Nery*. v.14, n.4, p.712 -719, 2010.

ARALDI, L.M; PELZER, M.T; GAUTÉRIO-ABREU, D.P; SAIORON, I; SANTOS S.S.C; ILHA, S.. Pessoas idosas com o vírus da imunodeficiência humana: infecção, diagnóstico e convivência. *REME – Rev Min Enferm*. 20:e948. p. 1-8, 2016.

ÁVILA, J.A. *Funcionalidade da pessoa idosa institucionalizada com riscos de quedas: proposta de cuidado de enfermagem*. 172f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.

AZAMBUJA, K.F. *Perfil do Paciente HIV+ com mais de 60 anos no Estado do Rio de Janeiro*. 2010. Disponível em: <<http://www.aidscongress.net/7congresso>>. Acesso em: 14 nov. 2014.

BACKES, M.T.S; BACKES, D.S; DRAGO, L.C; KOERICH, M.S; ERDMAN, A.L. ecological care as a broad and complex phenomenon. *Rev Bras Enferm*. v.64, n.5, p 876-881. 2011.

BACKES, M.T.S; ERDMANN, A. L; BÜSCHER, A; BACKES, D.S. Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. v.15, n.4, p.769-775, 2011.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; SOUSA, F. G. M. de; et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. *Ciência Cuidado Saúde*, v.7, n.3, p. 319-326, 2009.

BARNARD, A. Philosophy of technology and nursing. *Nursing Philosophy*, v. 3, pp.15-26, 2002.

BARRA, D.C.C; NASCIMENTO, E.R.P; MARTINS, J.J; ALBUQUERQUE, G.L; ERDMANN, A.L. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev Eletrônica de Enfermagem*, v. 08, n. 03, p. 422 – 430. 2006.

BARROS, E.J.L; SANTOS, S.S.C; GOMES, G.C; ERDMANN, A.L; PELZER, M.T; GAUTÉRIO,D.P. Ecosystem actions and technological gerontology in nursing care for the elderly complex ostomy. *Rev. bras. enferm*. v.67, n.1, p. 91-96 . 2014

BARROS, E.J.L. *O cuidado de enfermagem complexo, ecossistêmico e gerontotecnológico ao idoso estomizado*. 171f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.

BARROS, E.J.L.; SANTOS, S.S.C; GOMES, G.C; ERDMANN, A.L. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. *Rev gaúcha enferm.* v.33, n.2, p.95-101, 2012.

BARROS, E.J.L; SANTOS, S.S.C; ERDMANN, A.L. O cuidado de enfermagem à pessoa idosa estomizada na perspectiva da complexidade. *Rev. RENE.* v. 9, n. 2, p. 28-37, 2008.

BELMIRO, R. S. *O que pensam os idosos sobre a Aids: representações sociais e práticas*. 2011. 90f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-Bahia.

BITTENCOURT, G.K.G.D; MOREIRA, M.A.S.P; MEIRA, L.C.S; NOBREGA, M.M.L; NOGUEIRA, J.A; SILVA, A.O. Conceptions of seniors about vulnerability to HIV / AIDS for construction of nursing diagnoses. *Rev Bras Enferm.* v.68, n.4, p.579-585. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – HIV e Aids*[online]. Ano IV - nº 01, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2015>.

BRASIL . *Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012*. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento* [online], v. 12, n. 44, 2006. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília; 2003.

BRASILEIRO, M.; FREITAS, M.I.F. Social representations of AIDS in people over 50 years old, HIV-infected *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* v.14, n5, 2006.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V.; PY, L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 58-73.

CELLARD. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Groulx LH, Laperrière A, Mayer R, Pires AO. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes; 2010.

CEZAR-VAZ, M.R; MUCCILLO-BAISCH, A.L; SOARES, J.F.S, et al. Conceptions of nursing, health and environment: ecosystem approach of the collective health production in the primary care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* v.15, n.3, p.418-425, 2007.

CEZAR-VAZ, M.R; FLORES, M.C.F; MARTINS, S.R; SENA, J; SANTOS, L.R; RUBIRA, L.T et al. Saber ambiental: instrumento interdisciplinar para a produção de saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem.* v.14, n. 3, p.391-397. 2005.

COLLIÈRE, M. F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude até aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Printipo; 1989.

CROZETA, K; STOCCO, J.G.D; LABRONICI, L.M; MÉIER, M.J. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. v.23, n.2, p239-243. 2010.

DOS ANJOS KF; OLIVEIRA AC; SUTO CSS; et al. Aspectos bioéticos envolvidos no cuidado ao idoso com HIV/ AIDS. *Rev Fund Care Online*. v. 8, n.3, p.4882-4890. 2016.

ERDMANN, A.L; SOUSA, F.G.M.de ; BACKES, D.S; MELLO, A.L.S.F de. Building a care system model *Acta Paul Enferm*. v.20, n.2 p. 180 -185, 2007.

ESPIRITO SANTO, F. H; PORTO, I. S. De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: a evolução de um saber/fazer. *Esc. Anna Nery*. v.10, n.3, p. 539-546 , 2006.

FARIAS, N; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. bras. epidemiol*. v.8, n.2, p. 187-193, 2005.

FIGUEIREDO, L.G; SILVA, R.A.S; SILVA, I.T.S; SOUZA, K.G.S; SILVA, S.S.A. Percepção de mulheres casadas sobre o risco de infecção pelo HIV e o comportamento preventivo. *Rev. enferm. UERJ*. v. 21(esp.2) p. 805-811. 2013.

FONTES, A.P; FERNANDES, A. A; BOTELHO, M. A. Funcionalidade e incapacidade: aspectos conceptuais, estruturais e de aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). *Rev. Port. Sau. Pub*. [online], v. 28, n.2, p. 171-178, 2010.

FRONTIER, S. Sistemas e ecossistemas: definições. In: *Frontier. Os ecossistemas*. Lisboa (PT): Instituto Piaget; 2001.

GARCIA, G.G; LIMA, L.F; SILVA, J.B; ANDRADE, L.D.F; ABRAÃO, F.M.S. Vulnerabilidade dos idosos frente ao HiV/aids: tendências da Produção científica atual no Brasil. *J bras Doenças Sex Transm*. v. 24, n.3, p. 183-188, 2012.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A; SANTOS, S.S.C; ERDMANN, A.L; CALDAS, C.P; LUNARDI, V. L. Complexidade do cuidado de enfermagem ao idoso: reflexões sobre a abordagem ecossistêmica da saúde. *Cienc Cuid Saude*. v.12, n.1, p.198 -203, 2013.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A. *Gerontotecnologias para o ensino educativo direcionadas ao idoso: cuidado de enfermagem complexo*. 2011. 180f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande- FURG, Rio Grande.

IBGE. *Síntese dos indicadores de 2013 da pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

KOERICH MS, et al. Gerontotecnologia de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto Contexto Enferm*. v.15 (Esp), p. 178-85, 2006.

KOSTANJSE, N. Use of The International Classification of Functioning, Disability and

Health (ICF) as a conceptual framework and common language for disability statistics and health information systems. *BMC Public Health*. n.11(Suppl 4), 2011.

KYOBUTUNGI, C; EZEH, A.C; ZULU, E; FALKINGHAM, J. HIV/AIDS and the health of older people in the slums of Nairobi, Kenya: results from a cross sectional survey. *BMC Public Health*. n. 9:153, 2009.

LAUSTSEN, G. Environment, Ecosystems, and Ecological Behavior – dialogue toward developing nursing ecological theory. *Advances in Nursing Science*. v. 29, n. 1, p. 43-54. 2006.

LEFF, H. *Aventuras da epistemologia ambiental: da articulação das ciências ao diálogo de saberes*. Rio de Janeiro: Garamond. 2004.

LIMA, T.C.; FREITAS, M.I.P. Caracterização de população com 50 anos ou mais atendida em serviço de referência em HIV/Aids, *Brasil Rev. Ciênc. Méd.* v. 22, n. 2 p. 77-86, 2012.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MELO, H.M.A; LEAL, M.C.C; MARQUES, A.P.O; MARINO, J. G. O conhecimento sobre Aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. *Ciênc saúde coletiva*. v.17; n.1, p. 43-53, 2012.

MELO, M.C de; SOUZA, A.L; LEANDRO, E.L., et AL. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 14(Suppl. 1), p. 1579-1586, 2009.

MILROD, C. MONTO, M. Condom Use, Sexual Risk, and Self-Reported STI in a Sample of Older Male Clients of Heterosexual Prostitution in the United States *Am J Mens Health*. v, 10, n. 4, p. 296-305, 2016.

MPONDO, B, C. T ; GUNDA, D.W ; KILONZO, S. B ; MGINA, E.M.V.C. Immunological and Clinical Responses following the Use of Antiretroviral Therapy among Elderly HIV-Infected Individuals Attending Care and Treatment Clinic in Northwestern Tanzania: A Retrospective Cohort Study. *Journal of Sexually Transmitted Diseases*. v. 2016, Article ID 5235269, 4 pages, 2016. doi:10.1155/2016/5235269.

MONTEIRO, T.J; TRAJANO, L.A.S.N; CARVALHO, D.S; PINTO, L.A.P; TRAJANO, E.T.L. Avaliação do conhecimento sobre HIV/AIDS em grupo de idosos através do QHIV3I. *Geriatr Gerontol Aging*. v.10, n.1, p.29-33. 2016.

MORIN, E. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulina , 2015.

_____. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre (RS): Sulina; 2005. MORIN, E. *Meu caminho: entrevistas com Djénane Kareh Tager*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. *Saberes globais e saberes locais: o olhar transdisciplinar*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

_____. *Ciência com consciência*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2005.

_____. *A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 9. ed. Rio de

Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

_____. O Método 5: *A humanidade da humanidade. A identidade humana*. Porto Alegre : Sulina, 2003.

_____. *Ciência com consciência*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.

_____. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

_____. *A inteligência da Complexidade*. São Paulo: Peirópolis, 2000.

MOURA, M.M.S; CARVALHO, J.F.F; GAMA, K.M; ROCHA, F.C.V. Vulnerabilidade a síndrome da imunodeficiência adquirida humana na percepção dos idosos. *Rev Enferm UFPI*. v 3, n.1, p.100- 106. 2014.

NEGIN, J ; GEDDES, L; BRENNAN-ING,M; KUTEESA, M; KARPIAK, S; SEELEY, J. Sexual Behavior of Older Adults Living with HIV in Uganda. *Archives of Sexual Behavior*. v.45, n.2, p.441- 449. 2016.

OKUNO, M.F.P; FRAM, D.S; BASTISTA, R.E.A; BARBOSA, D.A; BELASCO, A.G.S. Knowledge and attitudes about sexuality in older people with HIV / AIDS. *Acta paul. enferm*. v.25, n.spe1, p. 115-121, 2012 .

OLIVEIRA, O.C; LEITE, J.L; FULY, P.S.C. A gerência do cuidado à mulher idosa com HIV/AIDS em um serviço de doenças infecto-parasitárias. *R. Enferm. Cent. O. Min*. v.5, n.1, p.1486-1496. 2015.

OLIVEIRA, M. L. C; PAZ, L. C; MELO, G. F. .Dez anos de epidemia do HIV-AIDS em maiores de 60 anos no Distrito Federal - Brasil. *Rev. bras. epidemiol*. v.16, n.1, p. 30-39, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CIF/Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Direcção Geral da Saúde. Lisboa: 2004.

PAPALEO NETO, M. Processo do Envelhecimento e Longevidade. In PAPALEO NETO, M. *Tratado de Gerontologia*. 2º ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2011.

PASSOS, S.S.S; SADIGUSKY, D. cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. *Rev. enferm. UERJ*, v.19, n.4, p. 598-603, 2011.

PETRAGLIA, I. *Pensamento complexo e educação*. SP: LF Editorial, 2013.

PETRAGLIA, I. *Edgar Morin: a educação e a complexidade do ser e do saber*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Petrópolis; 2001.

PEREIRA, C; FONSECA, C; ESCOVAL, A; LOPES, M. Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação. *Rev Port Saúde Pública*. v.21, n.1, p. 53-63, 2010.

PEREIRA C; FONSECA C; ESCOVAL, A ; LOPES, M. Contributo para a classificação da funcionalidade na população com mais de 65 anos, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade. *Rev. Port. Sau. Pub*. [online]. 2011, v.29, n.1 p .53-63. 2011

PIEXAK, D. R. *Significado de cuidado de enfermagem complexo para docentes de uma instituição de ensino superior*. 85f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande. 2012.

PILLON, S.C., et al. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. *Esc Anna Nery*. n. 14, p. 742-8, 2010.

POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POUPART, J. et al. (ORG.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

QUADROS, K.A.N; CAMPOS, C.R; SOARES, T.E; RESENDE E SILVA, F.M. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/AIDS atendidos no serviço de assistência especializada *R. Enferm. Cent. O. Min.* v.6, n. 2, p. 2140-2146. 2016

ROCHA, F. C. V; FILHO, F.C.F; JUNIOR, J. A. M ; ROSA, Y.R. Conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS. *R. Interd.* v.6, n.2, p.137-143, 2013.

ROCHA, F. C. V; CARVALHO, C. M. R. G.; FIGUEREIDO, M. L. F.; CALDAS, C. P. O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. *Rev. enferm*, v.19, n. 2, p.182-191, 2010.

SANTANA, P.P.C; ANDRADE, M; SANTOS, E.I; ESPIRITO SANTO, F.E; BRAGA, A.L.S; TEIXEIRA, P.A. Evidências científicas de enfermagem acerca do HIV/AIDS entre idosos: uma revisão integrativa de literatura. *Revista Baiana de Enfermagem*. v. 29, n. 3, p. 278-289. 2015

SANTOS, S. S. C; LOPES, M.J; VIDAL, D. A. S; GAUTERIO, D.P. International classification of functioning, disability and health: use in nursing care for the elderly. *Rev. bras. enferm.* v.66, n.5, p. 789-793 , 2013.

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 literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v.14, n.1, p. 147-158, 2011.

SANTOS, S.S.C; CAVALHEIRO, B.C; SILVA, B.T; BARLEM, E.L.D; FELICIANI, A.M; VALCARENGHI, R.V . Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. *Cienc Cuid Saude*, v. 10, n.1, p.129-136, 2010.

SCHOELLER, S.D; LEOPARDI, M.T; RAMOS, F.R. Cuidado: eixo da vida, desafio da enfermagem. *R. Enferm. UFSM*. v.1, n1, p. 88-96. 2011.

SCHWONKE, C.R.G; FILHO LUNARDI, W.D.; LUNARDI; V.L; SANTOS, S.S.C; BARLEN, E.L.D. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. *Rev Bras Enferm*, v. 64, n.1, p. 189-192.2010.

SERRA, A; SARDINHA, A. H. L; PEREIRA, A.N.S; LIMA, S. C. V. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. *Saúde debate* , v.37, n.97, p. 294-304, 2013.

SILVA, I.R; SOUZA, F.G.M; SILVA, M.M; SILVA, T.P; LEITE, J.L. The complex thinking subsidizing care strategies for the prevention of STD / AIDS in adolescence. *Texto & Contexto Enferm.* v.24, n.8, p. 59-66. 2015.

SILVA, W.S; OLVEIRA,F.J.F; SERRA, M.A.A; ROSA,C.R.AA; FERREIRA,A.G.N. Factors associated with condom use in people living with HIV / AIDS *Acta Paul Enferm.* v. 28, n.6, p. 587-592. 2015.

SILVA, L.C; FELICIO, E.E.A.A; CASSÉTE, J.B et al. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 18, n,4, p.821-833. 2015.

SILVA, K.M; SANTOS, S.M.A; SOUZA, A.I.J. Reflexões sobre a Necessidade do Cuidado Humanizado ao Idoso e família. *Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*, v. 5, n. 3, p. 20 -24. 2014.

SILVA, R.C; FERREIRA, M.A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. *Rev Bras Enferm.* v.67, n.1, p.111-118. 2014.

SILVA, H.R. *O conhecimento de homens idosos sobre a prevenção do HIV/Aids*. 151f. (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. 2011.

SILVA, A.L da; FREITAS, M. G de. O The teaching of care in undergraduate nursing from the perspective of complexity. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. v.44, n.3, pp. 687-693, 2010.

SILVA, M.M; MOREIRA, M.C. Desafios à sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos oncológicos: uma perspectiva da complexidade. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. v.12, n.3. p.483-490. 2010.

SILVA, A.L; CAMILO, S. O. Nursing education in the light of the complexity paradigm. *Rev. esc. enferm. USP[online]*, v.41, n.3, p. 403-410, 2007.

SILVA, A. L; CIAMPONE, M. H. T. A paradigmatic glance on the nursing care: a to walk for the complex care. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2003, v.37, n.4, p. 13-23, 2003.

SOUZA, M. L; SARTOR, V. V. B; PADILHA, M. I. C.S; PRADO, M. L. The Care Nursing: a theoretical approach. *Texto & Contexto Enferm*, v.14, n.2, p. 266-270 , 2005.

TENÓRIO, M.E.V; SANTOS, M.J.M; SENA, T.C.S; SANTOS, LACERDA, N.C. Avaliação da capacidade funcional de idosos em uma comunidade do município de Moreno – PE *Rev. RENE.* v. 7, n. 2, p. 57-66, 2006.

TOLEDO, L.S.G; MACIEL, E.L.N; RODRIGUES, L.C.M; TRISTÃO, S.A. R; FREGONA, G. Características e tendência da AIDS entre idosos no Estado do Espírito Santo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* v. 43, n.3, p.264 -267, p.2010.

TORRES, C.C; BEZERRA, V.P; PEDROSA, A.P; SILVA, L.M; RODRIGUES, T.P; COUTINHO, N.J.M.C. Representações sociais do hiv/aids: buscando os sentidos construídos por idosos. *R. pesq.: cuid. fundam. online* (Ed.Supl.) p.121-128, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. Disponível em: <http://www.hu.furg.br/>.

WALLACH, I; DUCANDAS, X; MARTEL, M. THOMAS, R. Vivre à l'intersection du VIH et du vieillissement : quelles répercussions sur les liens sociaux significatifs? / Live at the intersection of HIV and aging: what impact on significant social ties? *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne du Vieillissement*. v.35, n. 1, p. 42-54, 2016.

VALE, E.G; PAGLIUCA,L.M.F. Construction of a concept of nursing care: contribution to undergraduate education. *Rev Bras Enferm*. v.64, n.1, p.106 -113. 2011.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos.4. ed Porto Alegre: Ed.Bookman, 2010.

**APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TERMO DE CONSENTIMENTOLIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Caro (a) participante,

Meu nome é Flávia Seles Oliveira, sou discente do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Pretendo iniciar sob orientação da Dr^a. Silvana Sidney Costa Santos, a pesquisa: **“CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO À PESSOA IDOSA COM HIV/AIDS: AÇÕES ECOSSISTÊMICAS E GERONTOTECNOLOGIAS”**. Tenho como objetivos: Descrever os casos das pessoas idosas com HIV/Aids a partir da complexidade; Avaliar a funcionalidade e as condições de saúde das pessoas idosas com HIV/Aids e Propor gerontotecnologias e ações ecossistêmicas para o cuidado de enfermagem à pessoa idosa com HIV/Aids. As informações coletadas serão utilizadas unicamente para os fins desta pesquisa, os dados serão apresentados sem a identificação do local e das pessoas investigadas.

Na apresentação dos resultados será mantido o seu anonimato. Eu estarei disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário. A sua participação em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho.

O(a) Sr(a) tem total liberdade para recusar ou retirar seu consentimento da pesquisa a qualquer momento sem que isso possa causar-lhe algum prejuízo.

Desde já agradeço, colocando-me à disposição para eventuais esclarecimentos, pelo telefone: (53) 3233 8800. Ou e-mail: Flaviaseles@gmail.com

Eu, _____, aceito participar da pesquisa **“CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO À PESSOA IDOSA COM HIV/AIDS: AÇÕES ECOSSISTÊMICAS E GERONTOTECNOLOGIAS”**, realizada pela Dda. Flávia Seles Oliveira, e por

sua orientadora Dr^a. Silvana Sidney Costa Santos, professora da Escola de Enfermagem. Declaro ter sido esclarecido(a) acerca dos objetivos, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo, bem como acerca da liberdade para interromper a participação a qualquer momento sem que isso possa causar-me prejuízo de qualquer natureza.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

OU Impressão digital:



NOTA: por se tratar de um documento direcionado ao idoso, é recomendado que a fonte utilizada seja em tamanho maior que o padrão e que tenha um espaço reservado para a Impressão digital. Em função deste princípio, este Termo de Consentimento Livre Esclarecido se apresenta em duas páginas.

Enf^a MSc. Flavia Seles Oliveira (Doutoranda)
Endereço: Visconde de Paranaguá 102
Bairro: Centro CEP: 96203-900 Rio Grande/RS
Fone: (53) 3233 8800 E-mail: flaviaseles@gmail.com

Enf^a Dr^a Prof^a Silvana Sidney Costa Santos (Orientadora)
Endereço: Rua Visconde de Paranaguá 102
Bairro: Centro CEP: 96203-900 Rio Grande/RS
Fone: (53) 3233 8800 E-mail: silvana.sidney@gmail.c

APÊNDICE B: PROTOCOLO PARA O ESTUDO DE CASO

A Introdução ao estudo de caso e objetivo do protocolo

A.1 Questão de estudo:

Como se apresenta o cuidado de enfermagem complexo alicerçado em gerontotecnologias e ações ecossistêmicas à pessoa idosa com HIV/Aids?

A.2 Proposição:

O cuidado de enfermagem complexo direcionado ao idoso com HIV/Aids necessita ser alicerçado em gerontotecnologia e ações ecossistêmicas, resolutivo, individualizado e eficaz.

A.3 Estrutura teórica:

A Complexidade segundo Edgar Morin.

A.4 Definição de prazos

2015	<p>Visitar o serviço de Hospital Dia HIV para aproximação dos trabalhadores. Verificar documentos e posterior identificação. Realizar contato com os possíveis participantes do estudo para acordos quanto ao início da coleta de dados. Realizar teste piloto e coleta de dados. Realizar análise dos dados (ir verificando possíveis ações ecossistêmicas e gerontotecnologias)</p>
2015	<p>Realizar coleta de dados. Realizar análise dos dados (ir verificando possíveis ações ecossistêmicas e gerontotecnologias)</p>
2015	<p>Realizar coleta de dados. Realizar análise dos dados (ir verificando possíveis ações ecossistêmicas e gerontotecnologias)</p>
2015	<p>Realizar coleta de dados. Realizar análise dos dados (ir verificando possíveis ações ecossistêmicas e gerontotecnologias)</p>
2016	<p>Elaborar o cuidado de enfermagem complexo</p>
2016	<p>Finalizar a tese e apresentação à banca avaliadora.</p>

Realização de teste piloto.

Coleta de dados – verificação de documentos e de registros e arquivos, aplicação do instrumento para coleta de dados adaptado a partir da CIF; utilização da entrevista gravada, observação assistemática e anotações em diários de campo.

C. Esboço do relatório do estudo de caso: Descrição dos casos e elaboração do cuidado de enfermagem complexo pautado n

APÊNDICE C: CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO SERVIÇO DE HOSPITAL DIA HIV/AIDS

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO SERVIÇO DE HOSPITAL DIA HIV/AIDS

Ilma. Sra. Diretora Helena Heidtmann Vaghetti

Solicito autorização para realizar, no serviço de Hospital Dia HIV/Aids desta instituição, uma pesquisa cujo título é “**CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO A PESSOA IDOSA COM HIV/AIDS: AÇÕES ECOSISTEMICAS E GERONTOTECNOLOGIAS.**”, na qual pretendo propor ações ecossistêmicas e gerontotecnologias voltadas ao cuidado de enfermagem complexo à pessoa idosa com HIV/Aids. Como orientadora a professora Dra. Silvana Sidney Costa Santos. Para realizar este estudo, irei entrevistar as pessoas idosas que frequentam o serviço de Hospital Dia HIV/Aids, quando aplicarei um instrumento de coleta de dados onde serão contempladas as questões de caracterização das pessoas idosas, avaliação das condições de saúde/funcionalidade e questionamentos relacionados a sua sorologia dando ênfase a percepção ecossistêmica. Por meio deste instrumento de coleta de dados será elaborado e proposto o cuidado de enfermagem de dimensão complexa e gerontotecnologias específicas permeadas pelas questões ecossistêmicas para que as pessoas idosas com HIV/Aids tenham suas questões de saúde contempladas. Todas as questões éticas serão respeitadas. Estarei disponível para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,

Contato com a pesquisadora

Flávia Seles Oliveira (Doutoranda)
Endereço: Avenida Presidente Vargas, 315
Bairro: São Paulo CEP: 96202-336 Rio Grande/RS
Telefone: 55 53 84059674
e-mail: flaviaseles@gmail.com

Enfª Drª Profª Silvana Sidney Costa Santos (Orientadora)
Endereço: Rua Visconde de Paranaguá 102
Bairro: Centro CEP: 96203-900 Rio Grande/RS
Fone: (53) 3233 8800
E-mail: silvana.sidney@gmail.com

Declaro ter sido esclarecido acerca do objetivo, da forma de participação e de utilização das informações deste estudo. Assim, autorizo a realização da pesquisa intitulada **“CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO A PESSOA IDOSA COM HIV/AIDS: AÇÕES ECOSISTEMICAS E GERONTOTECNOLOGIAS.”**, realizada pela doutoranda Enfa. Flávia Seles Oliveira, sob orientação da Profª. Drª. Silvana Sidney Costa Santos, da Escola de Enfermagem da FURG.

Nome da Diretora: Helena H. Vaghetti

Assinatura: Helena H. Vaghetti

Rio Grande: 29, 04, 2015

ANEXO A: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO À PESSOA IDOSA COM HIV/AIDS:
GERONTOTECNOLOGIAS E AÇÕES ECOSISTÊMICAS

I. FATORES PESSOAIS

NOME:		
ENDEREÇO:		
FONE/CONTATO:	SEXO: Feminino () Masculino ()	IDADE:
COR DA PELE/RAÇA: Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena ()		
SITUAÇÃO MARITAL: Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () União Estável ()		
MORADIA: Própria Quitada () Própria Financiada () Alugada () Cedida () Alvenaria () Madeira ()		
MORA: Só () Acompanhado () De quem?		
NUMERO DE FILHOS:	ATIVIDADE PROFISSIONAL:	
RENDA NO ÚLTIMO MES: Até R\$ 788,00 () De R\$ 788,00 até R\$ 1.576,00 ()		
De R\$ 1.576,00 até R\$ 2.364,00 () Acima de R\$ 2.364,00 ()		
Recebe ajuda Programa Social do Governo Federal ()		
Não possui nenhuma renda – Vive de ajuda de outros ()		

II. FUNÇÕES DO CORPO

ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO AO TEMPO:	dia, mês e ano: Sim () Não ()	
ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO AO LUGAR:	cidade, região e país: Sim () Não ()	
ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO A PESSOA:	própria identidade e outras pessoas: Sim () Não ()	
ATENÇÃO: MANUTENÇÃO:	Consegue se concentrar pelo período de tempo necessário? Sim () Não ()	
MUDANÇA:	Consegue mudar a concentração de um estímulo para outro? Sim () Não ()	
MEMÓRIA:	Curto prazo () Longo prazo ()	
PERCEPÇÃO:	Auditiva - Sim () Não ()	Visual - Sim () Não ()
	Tátil - Sim () Não ()	Visão espacial - Sim () Não ()
LINGUAGEM:	Recepção da linguagem oral? Sim () Não ()	
SENSORIO: VISÃO?	Acuidade visual - Normal () Alterada ()	
	Usa óculos ou lentes corretivas - Sim () Não ()	
AUDIÇÃO?	Detecção de sons - Sim () Não ()	
	Usa aparelho de audição - Sim () Não ()	
VESTIBULAR?	Determina a posição do corpo - Sim () Não ()	
	Determina o equilíbrio do corpo - Sim () Não ()	
	Determina o movimento do corpo - Sim () Não ()	
AUDIÇÃO + VESTIBULAR?	Zumbidos nos ouvidos ou acúfeno - Sim () Não ()	
	Vertigem - Sim () Não ()	
	Tontura ou sensação de cair - Sim () Não ()	
	Náusea associada à tontura ou vertigem - Sim () Não ()	

OUTROS ESTIMULOS?	Temperatura - Sim () Não ()
	Pressão contra ou na pele - Sim () Não ()
	Sensações dolorosas ou desconfortáveis - Sim () Não ()
FREQUENCIA CARDIACA:	bpm Rítmico () Arrítmico ()
PRESSAO ARTERIAL:	mmHg Aumentada () Diminuída () Mantida ()
RESPIRAÇÃO:	mrpm Rítmica () Arrítmica () - Superficial () Profunda ()
TEMPERATURA:	°C Mantém temperatura? Sim () Não ()
INGESTA SOLIDA:	Morde - Sim () Não ()
	Mastigar - Sim () Não ()
	Manipula os alimentos na boca - Sim () Não ()
	Deglute - Sim () Não ()
INGESTA HIDRICA:	Quantidade? Manutenção satisfatória? Sim () Não ()
PESO:	Kg Mantém peso? Sim () Não () Aceita dieta saudável? Sim () Não ()
DEFECAÇÃO:	Eliminação das fezes - Constipação () Dificuldade e esforço para evacuar ()
	Consistência fecal - Dura () Firme () Mole () Líquida ()
	Frequência - 1 X/dia () 2X/dia ou mais () 1X/semana () 3X/semana () 1X/mês ()
	Incontinência Fecal - Sim () Não ()
MICÇÃO:	Frequência - 1 a 3X/dia () 4 a 6X/dia () 7X/dia ou mais () Anúria () Hematúria ()
	Espontânea () Retenção () Incontinência () Características - Normal () Alterada ()
VIDA SEXUAL ATIVA:	Sim () Não ()
DESCONFORTO SEXUAL ASSOCIADO A MENOPAUSA:	Desejo sexual diminuído () Dor durante o coito ()
	Secura vaginal () Sem desconfortos () Outros:
SONO:	Quantidade - Manhã () Tarde () Noite ()
	Início - Dificuldade para dormir () Dorme rápido () Insônia ()
	Manutenção - Dorme toda noite () Acorda 1X () Acorda 2X ou mais ()
	Qualidade - Consegue descansar () Usa medicamentos () Dorme mal ()
MOBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES:	Mobilidade das articulações - Hiper mobilidade Articular ()
	Rigidez articular () Artrite () Sem alterações ()
	Estabilidade das articulações - Ombro instável () Luxação de ombro ou quadril () Articulações integras ()
	Tremor - Sim () Não ()
PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS:	
	Reparadoras - Lesões/ ferimento () Úlceras por pressão () Edema () Outros:
	Sensações relacionadas com a pele - Cianose periférica ()
	Pele hidratada () Pele Fria () Pele Pálida () Pele Hiperemiada () Prurido ()
	Formigamento () Sensação de queimadura (). Outros:
DOR:	Sim () Não () Intensidade de 1 a 10: Local e Frequência:
TOLERANCIA AO EXERCICIO:	Resistência - Faz exercício Sim () Não (). Qual atividade?
	Capacidade aeróbica - Quantas vezes na semana? 1X () 2X () 3X ou mais ()
	Durante quanto tempo? 30min () 1h () 1h30 ou mais ()
	Fatigabilidade - Como se sente quando realiza as atividades? Bem () Com dor ()
III. ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO	
EXPERIENCIAS SENSORIAIS INTENCIONAIS:	Capacidade para ouvir - Sim () Não ()
APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO:	Capacidade de concentrar a atenção - Sim () Não ()
CAPACIDADE DE TOMAR DECISOES:	Sim () Não ()

EXECUTAR A ROTINA DIÁRIA:	Capacidade de gerir rotina diária - Sim () Não ()
	Capacidade de concluir rotina diária - Sim () Não ()
	Capacidade de gerir seu próprio nível de atividade - Sim () Não ()
CAPACIDADE DE LIDAR COM ESTRESSÉ E OUTRAS SITUAÇÕES PSICOLÓGICAS:	Sim () Não ()
CAPACIDADE DE LIDAR COM CRISES:	Sim () Não ()
CAPACIDADE DE COMUNICAR E RECEBER MENSAGENS ORAIS:	Sim () Não ()
CAPACIDADE DE CONVERSAR COM UMA PESSOA:	Sim () Não ()
CAPACIDADE DE MUDAR A POSIÇÃO BÁSICA DO CORPO:	Deitar-se - Sim () Não ()
	Sentar-se - Sim () Não ()
	Pôr-se em pé - Sim () Não ()
	Curvar-se - Sim () Não ()
	Permanecer sentado - Sim () Não ()
	Permanecer de pé - Sim () Não ()
CAPACIDADE DE AUTO TRANSFERENCIA:	Na posição sentada - Sim () Não ()
	Na posição deitada - Sim () Não ()
CAPACIDADE DE ANDAR:	Distâncias curtas - Sim () Não ()
CAPACIDADE DE DESLOCAR-SE:	Dentro de casa - Sim () Não ()
	De outros edifícios - Sim () Não ()
	Fora da sua casa - Sim () Não ()
	Utilizar transporte - Sim () Não ()
CAPACIDADE DE AUTOCUIDADO:	Lavar-se - Sim () Não ()
	Secar-se - Sim () Não ()
	Cuidar da pele - Sim () Não ()
	Cuidar dos dentes - Sim () Não ()
	Cuidar do cabelo e da barba - Sim () Não ()
	Cuidar das unhas das mãos - Sim () Não ()
	Cuidar das unhas dos pés - Sim () Não ()
CUIDADOS RELACIONADOS COM O PROCESSO DE EXCREÇÃO:	Capacidade de regular micção - Sim () Não ()
VESTIR-SE:	Vestir roupa - Sim () Não ()
	Despir roupa - Sim () Não ()
	Calçar - Sim () Não ()
	Descalçar - Sim () Não ()
	Escolha de roupa - Sim () Não ()
CAPACIDADE DE CUIDAR DA PRÓPRIA SAUDE:	Assegurar o próprio conforto físico - Sim () Não ()
	Controle da alimentação e da forma física - Sim () Não ()
	Manter a própria saúde - Sim () Não ()
VIDA COMUNITARIA:	Capacidade de associações informais - Sim () Não ()
RECREAÇÃO E LAZER:	Tem passatempo (hobbies) - Sim () Não ()
	Consegue se socializar - Sim () Não ()
RELIGIAO E ESPIRITUALIDADE:	Religião organizada () Espiritualidade ()

IV. FATORES AMBIENTAIS

PRODUTOS E TECNOLOGIAS, PRODUTOS OU SUBSTANCIAS PARA USO PESSOAL:

Alimentos : Como é a alimentação? 1X/dia () 3X/dia () 6X/dia ().

Outro: _____

Que tipos de alimentos costuma ingerir? Proteína () Carboidratos ()

Tem alguma alergia ou intolerância? Sim () Não ().

A que? _____

Medicamentos	
Utiliza algum medicamento? Sim () Não ().	
Quais? _____	
Tem prescrição médica? Sim () Não ()	Se automedica? Sim () Não ()
Faz uso - Diário () 1X na semana () 2X/semana () 3X ou mais/semana ()	
Consegue todos os medicamentos que precisa gratuitamente? Sim () Não ()	
Como os adquire? Dinheiro próprio () Emprestado () Só compro se o dinheiro do mês sobra ()	
AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO HOMEM: Clima (muito vento e umidade)	
Tem dificuldades em relação ao clima? Sim () Não ().	
Quais? _____	
Temperatura - Frio () Calor ()	
Interferem na rotina diária? Sim () Não (). Como? _____	
Deixa de fazer algo por causa da temperatura? Sim () Não ().	
O que? _____	
CONTA COM APOIO E RELACIONAMENTOS: Família () Amigos () Conhecidos () Pares () Colegas () Vizinhos () Membros da comunidade () Prestadores de cuidados e assistentes pessoais () Profissionais de saúde ()	

QUESTÕES ESPECÍFICAS SOBRE O HIV/Aids

1. Como o Sr (a) descobriu a sua sorologia? A quanto tempo?
2. Como foi a sua aceitação da sua sorologia? Como está sua aceitação nesse momento?
3. O Sr (a) sabe como pegou o vírus?
4. O que mudou na sua vida a após a descoberta da doença? (ênfatisar o papel da família, amigos, rotina, sexualidade, lazer, religiosidade e trabalho)
5. O(a) Sr(a) já teve alguma perda significativa em relação a sua família após descobrir sua sorologia? (ênfatisar a família, emprego e amigos)
6. O(a) Sr(a) já teve problemas com a sua família/amigos/justiça depois que descobriu sua sorologia?
Por quê?
7. Faz uso de Terapia Anti Retroviral (TARV)? A quanto tempo? Sabe informar os nomes?
8. Consegue ter adesão ao uso da TARV? Se não, porque?
9. O Sr (a) tem algum efeito colateral do uso da TARV? Quais?
10. O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento além da TARV?
11. O Sr(a) tem alguma patologia proveniente da sua sorologia positiva? Quais?
12. O(a) Sr(a) tem alguma outra patologia ou problema de saúde? Quais?
13. O(a) Sr(a) fuma?
14. O(a) Sr(a) consome (iu) álcool ou drogas no último mês?
15. O(a) Sr(a) já tinha ouvido falar desse vírus antes?
16. O que o(a) Sr(a) sabe sobre este vírus?
17. O(a) Sr(a) tinha conhecimento acerca da prevenção deste vírus?
18. Seu companheiro (a)/ familiares/amigos sabem acerca da sua sorologia?
19. Existe um grupo de risco para contaminar-se com a Aids? (pessoas que tem mais chance de pegar)
20. O(a) Sr(a) utiliza algum tipo de proteção quando tem relação sexual?

Qual? _____

ENTREVISTADOR:

DATA: / /

ANEXO B: PARECER DO CEPAS

CEPAs / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 36/2015**CEPAS 09/2015**

23116.001116/2015-59

CAAE: 41768815.4.0000.5324

Título da Pesquisa: CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO À PESSOA IDOSA
COM HIV/AIDS: AÇÕES ECOSSISTÊMICAS E GERONTOTECNOLOGIAS

Pesquisador: Flávia Seles Oliveira

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 23/2015, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "CUIDADO DE ENFERMAGEM COMPLEXO À PESSOA IDOSA COM HIV/AIDS: AÇÕES ECOSSISTÊMICAS E GERONTOTECNOLOGIAS".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2016

Rio Grande, RS, 02 de abril de 2015.

Eli Sinnott Silva
Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG