

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Giovanna Gaudenci Nardelli

Conhecimento sobre HIV/AIDS e o uso dos serviços de saúde de usuários idosos da  
Estratégia Saúde da Família

Uberaba/MG

2018

Giovanna Gaudenci Nardelli

Conhecimento sobre HIV/AIDS e o uso dos serviços de saúde de usuários idosos da  
Estratégia Saúde da Família

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto sensu – Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito para aquisição do título de Mestre.  
Orientador: Profº Álvaro da Silva Santos  
Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das populações.

Uberaba, MG

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Giovanna Gaudenci Nardelli

Conhecimento sobre HIV/AIDS e o uso dos serviços de saúde de usuários idosos da  
Estratégia de Saúde da Família

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto sensu – Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nível mestrado, como requisito para a aquisição do título de mestre.  
Orientador: Profº Álvaro da Silva Santos  
Linha de pesquisa: Atenção à Saúde das populações.

Uberaba, 16 de Janeiro 2018.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos - Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Prof. Dra. Flávia Aparecida Dias  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

---

Prof. Dra. Efigênia Aparecida Maciel de Freitas  
Universidade Federal de Uberlândia – UFU

Dedico essa dissertação a minha mãe. Sem ela nunca poderia ter conquistado o que conquistei e nunca poderia estar onde estou hoje. Sem ela não sou ninguém.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a minha mãe, pois, juntas nessa trajetória, conquistamos muita coisa, sempre se apoiando, e ao meu pai, que mesmo distante esteve presente como pode. Agradeço a meu orientador e ao meu colega Luan, que me oportunizaram diversos aprendizados. A meu irmão de coração, de academia e de vida, Rodrigo, meu muito obrigada por ser essa pessoa abençoada, altruísta, irmã e sempre me apoiar nas minhas loucuras.

Agradeço imensamente ao Bruno, meu companheiro dentro e fora da universidade, mas principalmente por entender os dias ruins, ajudar com o que pode e aproveitar os momentos bons.

A minha avó, que em terra me ensinou a ser uma mulher honesta, verdadeira, perseverante e resiliente, e no céu, olha por mim e me guia nos momentos difíceis. Ao meu avô que sempre esteve presente e auxiliou em tudo que precisei, financeiramente, como conselheiro, como avô, como pai, como educador, como uma luz que me guiou no caminho certo e sempre me apoiou nas minhas decisões, me guiando nas indecisões com sabedoria.

## RESUMO

NARDELLI, G. G. **Conhecimento sobre HIV/AIDS e o uso dos serviços de saúde de usuários idosos da Estratégia Saúde da Família**. 2018. 92 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018.

O objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS e o uso e acesso aos serviços de saúde dos usuários idosos nos serviços de saúde ofertados pela Estratégia de Saúde na Família. Trata-se de um estudo de caráter observacional e descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no domicílio do idoso ou em local previamente acordado entre pesquisador e participante da pesquisa. A população do estudo foi composta por idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos), cadastrados em uma equipe de ESF da área urbana do município de Uberaba-MG há pelo menos 06 meses, que foram atendidos na referida unidade de saúde da ESF em no mínimo uma ocasião. O cálculo amostral resultou em um mínimo de 228 indivíduos. Foi realizado o cadastro dos idosos em um banco de dados e posteriormente realizada o sorteio aleatório dos participantes. Além do MEEM, para rastreamento cognitivo, a coleta de dados utilizou o questionário QHIV3I e um questionário sociodemográfico. A análise consistiu em etapas univariadas (frequências e medidas de variabilidade e tendência central), bivariadas (teste t de amostras independentes) e multivariadas (regressão linear múltiplas). Em relação ao conhecimento sobre o HIV/aids, identificou-se lacunas no conhecimento, principalmente no que se refere a transmissão e apresentação da doença. Como preditores do conhecimento foi identificado que a escolaridade, renda familiar, tipo de serviço que procura, vida sexual e sexo são variáveis que podem influenciar o conhecimento, com destaque primeiramente para tipo de serviço, e em segundo lugar a escolaridade, vida sexual e sexo. A verificação do nível de conhecimento dos idosos a respeito da infecção evidencia que eles não têm informação suficiente quanto aos fatores de risco, o que pode contribuir para o aumento da infecção pelo HIV nessa faixa etária. A sexualidade nessa faixa etária ainda é vista através de muitas crenças e mitos. Esses resultados, espera-se, demonstrarão que é necessário capacitar os profissionais da área da saúde.

**Palavras-chave:** Idoso; Estratégia Saúde da Família; HIV; Conhecimento.

## ABSTRACT

NARDELLI, G. G. **Knowledge about HIV / AIDS and the use of the health services of elderly users of the Family Health Strategy**. 2018. 92 f. Dissertation (Master's Degree in Health Care) - Strictu Sensu Post-Graduation Program in Health Care, Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba, 2018.

The objective of this study is evaluating the knowledge about HIV/AIDS of elderly users of the health services offered by the Family Health Strategy. It is an observational, descriptive, cross-sectional and quantitative study. The research was conducted in the house of the elders or in a place previously agreed upon by both the researcher and the research participants. The population of the study was made up by elders (60-year-old or older people), who had been registered in an FHS team in the metropolitan area of the city of Uberaba-MG for at least six months, and were cared for in the FHS unit in at least one occasion. A sample calculation resulted in a minimum number of 228 participants. The elders from the records of the FHSs were registered in a database and later randomly selected to participate. In addition to the MMEE, to conduct a cognitive analysis, data collection used the QHIV3I and a sociodemographic questionnaire. The analysis consisted of univariate stages (frequencies and measures of variability and central tendency), bivariate (t-test of independent samples), and multivariate ones (multiple linear regressions). Regarding the knowledge about HIV/AIDS, gaps were found in the knowledge of the elders, especially when it comes to the transmission and presentation of the disease. The variables education, family income, type of service sought, sexual life and gender were identified as possible influences on knowledge, being first among them the type of service, followed by education, sexual life and gender. The level of knowledge of the elders about the infection makes it clear that they do not have enough information when it comes to risk factors, which may contribute to an increase in HIV infections in this age group. Sexuality in this age group is seen through the lens of many beliefs and myths. These results are hoped to demonstrate the need of properly training the health professionals.

**Keyword:** Aged; Family Health Strategy; HIV; Knowledge.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

<b>Quadro 1</b> – Distribuição de acordo com prática ou não de atividade física dos idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017.....	37
<b>Quadro 2</b> – Tipos de atividades realizadas pelos idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017.....	37
<b>Quadro 3</b> – Distribuição dos participantes de acordo com o distrito sanitário – Uberaba/MG – 2017.....	41
<b>Figura 1</b> – Distritos sanitários do município de Uberaba em 2006 – Uberaba/MG – 2017.....	40

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Dados sociodemográficos de idosos usuários das ESF do município de Uberaba - Uberaba/MG - 2017.....	34
<b>Tabela 2</b> – Dados clínicos de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017.....	38
<b>Tabela 3</b> – Distribuição sociodemográfica de idosos usuários das ESF por distrito sanitário do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017.....	41
<b>Tabela 4</b> – Distribuição dos idosos de acordo com o uso dos serviços das EFS's – Uberaba/MG – 2017.....	42
<b>Tabela 5</b> – Resultado das questões do questionário sobre conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESFs do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017.....	44
<b>Tabela 6</b> – Resultado dos testes bivariados entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017.....	45
<b>Tabela 7</b> - Resultado dos testes bivariados entre as variáveis uso do serviço e fontes de informação e o conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017.	48
<b>Tabela 8</b> - Resultado do teste multivariado entre as variáveis preditoras e o conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017.....	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de saúde  
QV – Qualidade de vida  
MS – Ministério da Saúde  
AIDS – Síndrome da imunodeficiência humana  
HIV – Vírus da imunodeficiência humana  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
DST – Doenças sexualmente transmissíveis  
IST – Infecções sexualmente transmissíveis  
DCNT – Doenças crônicas não degenerativas  
APS – Atenção primária em saúde  
ESF – Estratégia saúde da família  
PSF – Programa saúde da família  
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
PASS – *Power Analysis and Sample Size*  
TCLE – Termo de Consentimento Livre de Esclarecido  
SPSS – *Statistical Package for Social Scienses*  
SM – Salário mínimo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
1.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	13
1.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
1.3	ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELOS IDOSOS.....	18
1.4	SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE E VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS.....	21
1.5	CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS.....	23
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
3.1	OBJETIVO GERAL.....	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
<b>4</b>	<b>MÉTODOS.....</b>	<b>28</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	28
4.2	CENÁRIO DE ESTUDO.....	28
4.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	29
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	30
<b>4.5.1</b>	<b>1ª etapa: aplicação do teste piloto.....</b>	<b>30</b>
<b>4.5.2</b>	<b>2ª etapa: cadastro dos idosos e seleção dos participantes da pesquisa.....</b>	<b>30</b>
<b>4.5.3</b>	<b>3ª etapa: aplicação dos instrumentos de coleta de dados.....</b>	<b>31</b>
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
<b>4.6.1</b>	<b>Objetivo específicos 1 e 2.....</b>	<b>32</b>
<b>4.6.2</b>	<b>Objetivo específico 3.....</b>	<b>33</b>
<b>4.6.3</b>	<b>Objetivo específico 4.....</b>	<b>33</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS.....	34
5.2	USO E ACESSO DO SERVIÇO.....	39
5.3	CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS E FONTES DE INFORMAÇÃO.....	

	SOBRE A DOENÇA.....	43
6	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>51</b>
7	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>63</b>
8	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>64</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
	<b>ANEXO I.....</b>	<b>76</b>
	<b>ANEXO II.....</b>	<b>77</b>
	<b>ANEXO III.....</b>	<b>78</b>
	<b>ANEXO IV.....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>84</b>
	<b>APÊNDICE II.....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, e no Brasil, faz parte das mudanças ocorridas nos indicadores de saúde, podendo ser observado pela queda da fecundidade e da mortalidade, o aumento da esperança de vida e o desenvolvimento tecnológico no tratamento de doenças, especialmente no que diz respeito às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

O processo de envelhecimento é inevitável e traz uma redução funcional progressiva de sistemas e órgãos. Este derradeiro declínio ocorre graças a alterações bioquímicas que têm, entre seus produtos finais, os radicais livres, que geram modificações celulares e teciduais bem específicas que caracterizam o envelhecer. Também é importante destacar que este processo é distinto entre indivíduos e entre os sistemas (NAVARATNARAJAH; JACKSON, 2013).

Embora o prolongamento da vida seja um demonstrativo de melhores condições de sobrevivência, o envelhecimento deve ser concebido com base em indicadores de qualidade da existência. Não basta viver muito, é importante viver bem (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; CIOSAK et al., 2011).

A sexualidade é inerente à vida, e se desenvolve em um processo contínuo, tendo início antes mesmo do nascimento e só se encerrando após a morte (GALATI, 2014). É também uma parte intercomunicante de um indivíduo consigo mesmo e com aqueles com os quais se relaciona ao longo de sua vida, influenciando sua maneira de ser e de se posicionar no mundo que o cerca (GALATI, 2014). Ter uma vida sexual saudável e satisfatória é muito importante para se manter confiante e com autoestima. Sendo assim, o exercício sexual é uma prática natural que deve persistir por toda a vida (GALATI, 2014)

É comum acreditar que a sexualidade dos idosos é nula ou ainda conceber a ideia de que idosos são pessoas assexuadas (COELHO et al., 2010). Para Lyra e Jesus (2007), porém, deve-se tratar a sexualidade do idoso como fator integrante da totalidade do indivíduo e desenvolver o fator holístico nesta relação, abarcando até mesmo condições biológicas e principalmente biopsicossocioculturais. Alencar e colaboradores (2016) relatam que, culturalmente, a vivência da sexualidade está condicionada à idade dos mais jovens, sendo evidente o preconceito do sexo na velhice.

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passa a ser adotada neste Protocolo, em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), em consonância com a utilização internacional empregada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pela sociedade científica e por alguns países.

Em decorrência da escassez de campanhas dirigidas aos idosos para a prevenção de ISTs, aliada ao preconceito em relação ao uso de preservativos nessa população e à sua maior atividade sexual, um segmento importante da população é exposto ao risco de contrair infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Além disso, os profissionais da saúde não estão adequadamente treinados para o pronto diagnóstico de ISTs nessa faixa etária em que, geralmente, as enfermidades crônico-degenerativas têm um papel predominante (BEAULAUERIE; CRAIG; DE LA ROSA, 2009).

Desta forma, constata-se, na contramão das estatísticas mundiais que mostram a redução da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em outros grupos etários, que homens e mulheres na terceira idade vem sendo significativamente mais afetados. De acordo com dados do Ministério da Saúde (MS), a presença de HIV na terceira idade cresceu mais de 80 % nos últimos 12 anos, devido em grande parte ao aumento da vida sexual e à falta de uso de preservativos (MINAS GERAIS, 2014).

Considerando os aspectos envolvidos na ocorrência da doença e os índices epidemiológicos atuais, os dados obtidos nesse estudo podem contribuir para se compreender o conhecimento do idoso acerca da HIV/AIDS, trazer subsídios para intervenções educativas pelos profissionais de saúde com vistas à prevenção das ISTs/AIDS e/ou o controle e/ou retardo dos agravos decorrentes destas.

## 1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

A transição demográfica é evidente no Brasil, provocando repercussões profundas, estimulada, sobretudo, pela queda da fecundidade iniciada nos anos 60 e pelo envelhecimento progressivo da população (RIPSA, 2008). Esta situação é sintomática e segue o panorama mundial, onde as pessoas estão envelhecendo em ritmo ascendente de crescimento. Com a estimativa do Índice de Envelhecimento para as próximas décadas, o Brasil estará entre os países com ritmo mais

intensificado de envelhecimento da população. O ato de envelhecer é um predicativo do homem da atualidade e desta forma decorre como fenômeno mundial trazendo implicações psicossociais irrefutáveis (BRASIL, 2013).

As reduções da capacidade funcional, a fragilidade, as morbidades, a maior vulnerabilidade relacionada também à dependência de cuidados são desfechos de agravos relacionados ao envelhecer, também pode-se dizer que há uma redução na qualidade de vida, pois a autonomia é comprometida dentre outras tantas situações e com isso a demanda por serviços de assistência à saúde é elevada (BRASIL, 2014).

Para Bosi (2007), envelhecer é destino do ser humano, que passa também a constituir uma categoria social, mas cada sociedade tem suas características e subsistem formas diferenciadas para declínio biológico do indivíduo. A abordagem do processo de envelhecimento envolve um contexto multivariado do desenvolvimento humano, e, abrange as esferas biológicas e psicológicas, além de se comprometer nas questões socioeconômicas e nos questionamentos culturais, assim enfatiza as percepções dos mesmos e dos outros ao seu respeito (ALENCAR et al., 2014).

Os sentidos outorgados à velhice são construídos e reelaborados, e indicam uma fusão das classificações de gênero, geração e classe social. Podem conotar características positivas como a relação entre sabedoria e tempo de vida, ou negativismo intrinsecamente ligado à depressão, solidão, tristeza, doença e morte. Esta antagonia existe em decorrência “da cabeça e do espírito” de cada um. Assim, o processo de envelhecer é vivido individualmente e estabelecido no decurso experimentado da trajetória pessoal, ou seja, é um construto social advindo das influências culturais, sociais e políticas vivenciadas (HEIN; ARAGAKI, 2012).

A terminologia “velho” é historicamente ligada a sentidos negativos, indicativos de inatividade, improdutividade, invalidez, bem como a termos como ultrapassado, despossuído, feio, ruim e sem status social. Em contrapartida “idoso” traz consigo outra significância, alude a uma pessoa respeitada e valorizada, por vezes fazendo referência ao recebimento de pensão ou aposentadoria. Na década de 1980, surge no Brasil a expressão terceira idade, que possui conotação positiva e se correlaciona com pessoas aposentadas consideradas dinâmicas, de 60 a 80 anos de idade, que eventualmente recebem a alcunha de “jovens idosos”, sem sinais de decrepitude ou senilidade, originando uma força consumidora em especialidades

médicas ou similares com o intuito de retardar e negar a velhice por meio do uso de produtos estéticos, medicamentos e cirurgias plásticas, mas principalmente em o elevar a qualidade de vida (QV) (RODRIGUES; SOARES, 2006; HEIN; ARAGAKI, 2012).

De acordo com a (OMS) um país é considerado estruturalmente envelhecido quando pelo menos 7% da população total são idosos. Em projeção para 2050, haverá dois bilhões de idosos em todo o mundo (BRASIL, 2010). Segundo o Datasus, serviço de tecnologia da informação a serviço do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2012 no Brasil, o número de pessoas idosas, considerando idoso como pessoa com 60 anos ou mais de acordo com a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) e a OMS; era de 20.889.849, cerca 10% da população brasileira. Em 2030 a projeção estima que esse número passe a 41.541.763, aumentando para 18,6% a porcentagem de idosos considerando a população geral. Em Minas Gerais, no ano de 2012 observou-se o número 2.337.624, e na projeção para 2030, um total de 4.610.335 idosos. Já na cidade de Uberaba, Minas Gerais, no ano de 2012 o número de idosos encontrado foi de 38.202, 12, 6% da população total, ainda não há projeção para o município no ano de 2030 (BRASIL, 2013).

Os fenômenos decursivos da velhice e do envelhecimento são complexos e possuem encadeamentos sociais, culturais, políticos e econômicos, tanto para as pessoas idosas como para seus familiares. Para que haja uma significativa e necessária mudança para a melhoria da QV desta população é preciso reputar a enorme variedade de contextos existentes e sua grande diversidade mundial. Não há uma única e absoluta resposta às indagações referentes à terceira idade, pois o próprio fenômeno da velhice possui múltiplas essências, principalmente por ser resultante das interações humanas (HEIN; ARAGAKI, 2012).

Com o declínio natural do tempo, ou seja, com o envelhecimento, há perdas, e quando relacionamos este declínio com acometimentos incapacitantes, as perdas mais significativas estão relacionadas aos papéis destes idosos no âmbito social e funcional, onde os familiares, normalmente, assumem tanto o cuidado do idoso como se responsabilizam por sua atuação na sociedade (BAUAB; EMMEL, 2014).

A proposta da OMS (2005) para o envelhecimento é designada pela política de envelhecimento ativo, de acordo com a qual envelhecer bem não é apenas

responsabilidade do indivíduo, e sim um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo da vida.

Diante do aumento da expectativa de vida da população, todas as áreas relacionadas ao envelhecimento demandam estudos com o intuito de promover a saúde e prevenir doenças, possibilitando o referido envelhecimento ativo (LEHN et al., 2012). A maior incidência de doenças na população idosa, com patologias crônicas e múltiplas, exige cuidados prolongados, exames periódicos e medicação contínua (VERAS, 2009). Em 2003, foi aprovado o Estatuto do Idoso pelo MS, assegurando aos idosos todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental, aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. As políticas com foco no envelhecimento atuam no sentido da promoção da saúde — sendo fundamental a abordagem de todas as esferas relacionadas ao envelhecimento ativo —, e envolvem inúmeras dimensões desta população, dentre as quais está a sexualidade, por muitos ignorada quando se trata de indivíduos nessa faixa etária (BRASIL, 2007; SÃO PAULO, 2011).

## 1.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

No Brasil, desde a implementação do SUS, diversas inovações surgiram no modelo de atenção à saúde com vistas a garantir um serviço pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade (REHEM et al., 2013).

A Atenção Primária à saúde (APS) é ponto chave para a busca da garantia do acesso e qualidade das ações prestadas à população (TORRES; CIOSEK, 2014). Há alguns anos o Brasil tem realizado uma mudança na configuração de redes de atenção à saúde, em que a APS deixa de ser a porta de entrada para o sistema e passa a ser coordenadora de todos os níveis assistenciais, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção primária à saúde, instituída pela Política Nacional de Atenção Básica (BARRETO; NERY; COSTA, 2012; REHEM et al., 2013).

Como conceituação a Atenção Primária é constituída por um agrupamento de ações, tanto em categorização individual quanto em grupo, que são focadas em promover e proteger a saúde. Ela também tem foco na prevenção de agravos, bem como em diagnosticar, tratar e reabilitar a população, com vistas à reinserção sociocultural (BRASIL, 2012a). Este conceito de Atenção Primária está pautado nos

princípios da universalidade e acessibilidade exemplares do Sistema Único de Saúde. Além disso, é possível estabelecer uma analogia com outros princípios e diretrizes como: a coordenação do cuidado, o vínculo estabelecido, a continuidade do cuidado, a integralidade, a corresponsabilização, a humanização e a equidade. Para tanto, o trabalho das equipes de Estratégia Saúde da Família deve ser delimitado geograficamente e conduzido com práticas gerenciais específicas às áreas envolvidas, pois cada uma apresenta características diferenciadas (BRASIL, 2012a).

Estudos apontam que a APS é a mais efetiva ferramenta para o alcance da universalização do acesso a saúde, mas os melhores resultados são obtidos somente quando esses serviços se encontram estruturados, para, assim, garantir uma atenção integral, contínua e de qualidade aos usuários (BARRETO; NERY; COSTA, 2012). O atual investimento no crescimento dos serviços de saúde ofertados pela ESF pode representar um passo a mais para atingir a ampliação do acesso da população a esses serviços.

O acesso aos serviços se apresenta como um grave problema, mesmo após a criação do Sistema Único de Saúde na década de 90. Assim, para aprimorar a tentativa de melhoria destas condições e reestruturar a Atenção Primária, foi criado o Programa Saúde da Família — PSF (BRASIL, 2010). Esta investida também foi incentivada pelo fato de que as necessidades da população já não eram atendidas pelo modelo hospitalocêntrico (ROSA; LABATE, 2005). Anos mais tarde, este Programa foi renomeado para Estratégia Saúde da Família.

O Brasil, nos dias de hoje, segue estes moldes, ou seja, a Atenção Primária, em união com a Estratégia Saúde da Família, proporciona meios à população para o acesso mais pleno e concreto aos serviços, com uma maior conexão dos indivíduos a eles. É com ênfase que destacamos que os termos, segundo as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, são equivalentes (BRASIL, 2012b).

O envelhecimento provoca reais alterações nas demandas por assistência aos serviços de saúde. Assim, a procura desta população aumenta de forma exponencial (DELLAROZA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013), sendo uma excelente oportunidade para acolher, intervir e acompanhar estes idosos por parte dos profissionais de saúde. Contudo, faz-se necessária a promoção eficaz de formas de acesso e a utilização destas instituições prestadoras de serviços (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

O estabelecimento destes vínculos entre a população de idosos e os profissionais de saúde se apresenta benéfico em muitos sentidos, como, por exemplo, em intervenções de promoção à saúde e prevenção de agravos maiores. Sob um outro olhar é possível também relacionar esta proximidade com maiores adesões a tratamentos diversos (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015). Quando existe esta aproximação, que possibilita promoções e ações voltadas para a melhoria da saúde, há uma relação direta com a elevação da percepção da qualidade de vida destes idosos, e por conseguinte, a recuperação parcial ou total de sua autonomia (MOREIRA et al., 2013).

Em 2006, no Brasil, foram instaurados a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Pacto Pela Vida, que reforçam, dentre inúmeras outras necessidades desta população, o acesso dos idosos aos serviços de saúde, e estabelecem que este acesso deve ocorrer impreterivelmente pela Atenção Primária, e de forma subsequente, referido conforme a complexidade aos outros níveis de atenção. Esta Política também possui atribuição fundamental, pois permite que os idosos com síndrome de fragilidade tenham acessibilidade digna (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Observa-se que alguns idosos enumeram dificuldades de acesso nos serviços da APS, demonstrando que esses serviços não têm funcionado como porta de entrada para todos os idosos que deles dependem, e nem como gerenciamento da rede de atenção à saúde. A ampliação do acesso e o investimento na melhoria da qualidade dos serviços seria um importante fator para redução das iniquidades em saúde (PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

Neste cenário é possível observar a necessidade de se repensar melhorias de acesso dos idosos aos serviços de saúde, principalmente no que tange às políticas públicas, com o objetivo de lhes proporcionar educação em saúde, promoção da saúde, diminuição da fragilidade, elevação ou reconquista da autonomia e da qualidade vida (VERAS, 2012).

### 1.3 ACESSO E USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA IDOSOS

Analisando os aspectos relacionados ao envelhecimento populacional, é visível e comprovado que a população idosa compõe de forma expressiva a gama de usuários dos serviços de saúde, e o aumento no consumo dos serviços por parte

desse grupo populacional nos últimos anos continua a aumentar de forma proporcional em relação aos índices de aumento de expectativa de vida e envelhecimento (VERAS; PARAHYBA, 2007).

O uso dos serviços de saúde pode ser definido como todo o contato direto ou indireto que os usuários têm com os respectivos serviços. Assim, avaliar a sua utilização é, também, um modo de compreender seu acesso. De acordo com Unglert (1999), o acesso aos serviços pode ser caracterizado pela disponibilidade dos mesmos e por sua adequada cobertura, encontrando-se diretamente relacionado ao processo saúde-doença, envolvendo aspectos geográficos, funcionais, socioculturais e econômicos (UNGLERT, 1999; CONSENZA, 2003).

Ao fazer referência ao conceito de acesso pode-se evidenciar variações relacionadas ao tempo histórico, evolução das sociedades e contexto de alterações das necessidades humanas (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Ainda segundo Assis e Jesus (2012), os aspectos políticos, organizacionais, técnicos, econômicos e sociais também influenciam a conceituação de acesso, pois envolvem um dos princípios básicos e mais complexos do Sistema Único De Saúde: a universalidade.

Muitos são os estudos que debatem sobre a conceituação de acesso à saúde, e muitos deles convergem na determinação de que obter acesso não é apenas a possibilidade de ir ao serviço, mas inclui a oportunidade de desfrutar da totalidade do mesmo e de seus recursos (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

Muitos fatores estão relacionados à utilização dos serviços de saúde e envolvem questões sociais, condições de saúde e agravos, características culturais e situações locais do sistema de saúde — estes incluindo fatores facilitadores ou que dificultam a utilização dos serviços, tais como: a oferta dos serviços, a acessibilidade, a qualidade da assistência e o estabelecimento do vínculo de confiança entre idosos e profissionais (ASSIS; JESUS, 2012).

Um estudo realizado por Paskulin, Valer e Vianna (2011), mostra que cerca de 48,7% dos idosos referiram utilizar os serviços da APS, e relataram como incentivo a localização, qualidade e “gratuidade”, e as principais finalidades foram vacinação, consultas médicas e busca por medicação.

Dentre os fatores citados a respeito da utilização dos serviços de saúde, a acessibilidade é fator central e se caracteriza como multidimensional, envolvendo aspectos bem superiores a um simples acesso focado na instituição “saúde” e incluindo basicamente todos os princípios e diretrizes do SUS, tais como estratégias,

recursos, autonomia, participação popular, controle social, equidade, e serviços relacionados às vulnerabilidades e regionalidades das populações (ASSIS; JESUS, 2012). O uso do serviço expressa um indicador exemplar de funcionalidade da assistência à saúde (NUNES et al., 2014).

Por mais que mudanças na estrutura do sistema de saúde sejam constantemente procuradas desde a implantação do SUS e a reorganização das redes de atenção à saúde, observa-se que as ações de saúde mais buscadas pelos idosos na APS parecem centrar-se no atendimento individual, prestado pelo profissional médico e com enfoque curativo, sendo relegadas a segundo plano as ações voltadas à coletividade, promoção da saúde e prevenção de doenças (PASKULIN; VALES; VIANNA, 2011).

O sistema de saúde possui, como grande desafio para sua consolidação, a efetivação de um acesso igualitário, pois cada segmento da sociedade possui suas diferentes demandas, que nem sempre são percebidas pelo poder público. Quando estas demandas são percebidas, muitas vezes a gestão não possui autonomia para formular políticas (ASSIS; JESUS, 2012).

Uma das grandes dificuldades e problemas é a desigualdade de acesso aos serviços do SUS. Apesar dessa realidade, é possível construir uma consciência e derrotar o conformismo social, a fim de garantir o acesso universal e equitativo no atendimento às necessidades gerais e específicas da população (ASSIS; JESUS, 2012).

Muitos estudos têm seu foco na discussão de números, índices e teorias, mas pontos importantes acerca da sociedade desigual e injusta na qual o SUS e a APS estão estabelecidos, e que acaba por determinar seu acesso excludente e seletivo, não são objetos de estudo e reflexão (ASSIS; JESUS, 2012).

Nessa perspectiva, cabe destacar que tanto os usuários quanto os profissionais e gestores são protagonistas na efetivação e consolidação do acesso e uso dos serviços de saúde, além de poderem influenciar no controle social, apontando e buscando soluções para as demandas invisíveis e para os principais motivos de exclusão ao acesso, buscando como finalidade a solução das demandas da população (ASSIS; JESUS, 2012).

Dessa forma, as políticas de saúde devem buscar a eliminação de barreiras entre os serviços e a comunidade, além de enfrentar a disparidade existente entre oferta/demanda e consolidar a rede de atenção, garantindo o acesso universal,

equitativo e integral, e respeitando sempre os princípios do SUS e as demandas apresentadas (ASSIS; JESUS, 2012).

Apesar da proposição de políticas públicas de saúde para grupos especializados gerar polêmica por ser, de certa forma, contrária ao princípio de universalidade defendido pelo SUS e pela Carta Magna, percebe-se que algumas patologias de evolução agressiva e/ou grande potencial de transmissão exigem condições de acesso aos serviços de saúde especializados, como é o caso de pessoas portadoras de Infecções Sexualmente Transmissíveis, principalmente a infecção por vírus HIV/aids e a Hanseníase, que necessitam de diagnóstico e intervenção precoce para minimizar consequências graves advindas da doença (ASSIS; JESUS, 2012).

#### 1.4 SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE E VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS

A sexualidade está presente na vida de cada indivíduo e é intrínseca a todos os momentos do ciclo vital. Todavia, quando relacionada à população idosa, mitos, crenças e tabus se estabelecem (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

Estudos voltados às patologias prevalentes nos idosos são de relevância máxima, mas pesquisas que busquem referências e intervenções e possuam objetivos que preservem uma vida saudável também são maneiras de promoção e proteção da saúde dos idosos, inclusive a manutenção da vida sexual (DE LORENZI; SACIOTO, 2006). Para Cardoso e colaboradores (2012) a sexualidade humana possui significado complexo e envolve impulsos, atitudes, hábitos e ações individuais em busca do orgasmo, que por sua vez possui natureza fisiológica e psicológica.

A vivência da nossa sexualidade está determinada pelos contextos sócio-históricos da comunidade de inserção, e portanto, os rituais de iniciação e de passagem, as representações sociais, a prática, as escolhas e orientações são construídas socialmente e podem ser legitimadas ou sancionadas. Considerando este contexto, a prática da sexualidade das pessoas idosas é algo absolutamente normal. Ainda assim, o desconhecimento, o prejulgamento e a segregação fazem com que o comportamento sexual dessas pessoas seja visto como inadequado, imoral, e até mesmo anormal, até pelos próprios idosos (BRASIL, 2007). É comum enxergar a sexualidade dos idosos como nula ou ainda conceber a ideia de que os

idosos são pessoas assexuadas (COELHO et al., 2010). Para Lyra e Jesus (2007), porém, deve-se tratar a sexualidade do idoso como fator integrante da totalidade do indivíduo, sendo necessário pensar tal relação de modo holístico, considerando suas condições biológicas e, principalmente, biopsicossocioculturais.

Vale ressaltar que, com o aumento da expectativa de vida, em associação com os avanços tecnológicos/médicos tais como a reposição hormonal e/ou as medicações para melhorar o desempenho sexual, a população idosa pode desenvolver o interesse e redescobrir a vivência da sexualidade de forma mais plena (LAROQUE et al., 2011).

No Brasil, estudos mostram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos (BRASIL, 2007). Assim, o assunto sexualidade na velhice é complexo e muito amplo. Os estudos devem enxergar muito além dos aspectos biológicos, ou seja, são necessários olhares para as esferas psicológicas, sociais e emocionais, visando à assistência integral ao idoso, tão enfatizada pela Política Integral à Saúde do Idoso (VIEIRA, 2012). Esta Política foi instituída pela Portaria nº 2.528/06, com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da pessoa idosa por meio de medidas individuais e coletivas, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. Nessa perspectiva, o conceito de saúde para a pessoa idosa é a plena condição de autonomia e independência para a tomada de decisões, quer estejam ou não presentes quaisquer morbidades (VIEIRA, 2012).

Ao se considerar a sexualidade relacionada ao envelhecimento, um dos assuntos a serem abordados é o HVI/aids (BRASIL, 2007). Observa-se um aumento progressivo no número de casos de IST's, em especial pelo vírus HIV, entre as pessoas com idade de 50 a 70 anos (BRASIL, 2007). Há uma progressão do número de casos de idosos com aids desde a década de 80, tendo o número de casos saltado de 4.761 na época para 12.077 em 2011 (BRASIL, 2013). Em 2015 o boletim epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde revela que houve um declínio das proporções de diagnóstico tardio da infecção pelo HIV em todas as faixas etárias, mas as maiores proporções se apresentam entre a população de idosos nos anos de 2009, 2010, 2012, 2013, 2014 e 2015 com respectivamente, 40,1%, 40,7%, 40,0%, 40,1%, 38,1% e 38,1% (BRASIL, 2015).

Alguns autores inferem deste contexto a vulnerabilidade da população idosa, e a correlacionam com muitos fatores, como a subestimação do risco do contágio

pelo HIV e o não uso da camisinha, também os tabus, preconceitos e preceitos, além da associação à baixa escolaridade, fragilidade das informações acerca da doença, da transmissão, e discussões sobre sexualidade e envelhecimento saudável (ALENCAR; CIOSEK, 2014; SILVA; FONTES; SALDANHA, 2009).

Um artigo que possuiu o objetivo de avaliar as publicações no período de 2008 a 2012, sobre o assunto destacou que houveram 20 artigos publicados em 13 revistas, sendo a principal revista em que artigos sobre o tema foram publicados a Revista Gaúcha de Enfermagem, responsável por 20% das publicações (GARCIA, et al., 2012)

Algumas características podem ser destacadas como influenciadoras da vulnerabilidade ao HIV, como a existência de tabus complexos sobre o assunto, e o conhecimento escasso sobre o HIV (GARCIA, et al., 2012).

Um fator que tem grande influência sobre a vulnerabilidade desta população é que a maioria dos profissionais de saúde não acreditam que as IST's atingem indivíduos idosos, retardando o diagnóstico e impedindo sua identificação imediata. Além disso, os programas e as políticas públicas de saúde voltadas para a terceira idade têm em comum o fato de que suas atividades e orientações têm seu foco em atividades de lazer, culturais e desportivas, consolidando assim o pensamento no que concerne a enxergá-los como indivíduos sexualmente inativos, e contribuindo para o aumento do risco de infecção pelo HIV (PEREIRA; BORGES, 2010).

## 1.5 CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS

Os idosos por muito tempo não compuseram o grupo caracterizado como de risco para a infecção pelo HIV (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010). O conceito errôneo de que o idoso é uma pessoa que não faz sexo ou não exerce sua sexualidade também é um obstáculo que favorece sua vulnerabilidade à doença, principalmente pelo fato de que profissionais da saúde estimulam essa ideia. Quando nem mesmo os profissionais abordam o assunto, não educam sobre métodos protetivos, sobre IST's e outros temas, diversos problemas são gerados, como o aumento da infecção por doenças, a detecção tardia dessas doenças e a propagação de um comportamento repressivo sobre a sexualidade de idosos (BATISTA, et al., 2011; SILVA et al., 2011).

Dentre os fatores que elevam o risco ou tornam mais vulnerável o contágio pelo HIV na população idosa, destacaremos o conhecimento sobre a doença e o acesso aos serviços de saúde. Um estudo realizado por Okuno e colaboradores (2012) constatou que o nível de conhecimento sobre a sexualidade desta faixa etária é realmente baixo, estando relacionado principalmente à renda familiar de classes de menor poder financeiro e a baixa escolaridade. Assim, torna-se relevante evidenciar a importância do conhecimento e das atitudes dos idosos em suas práticas relacionadas à sexualidade, até porque, quando relacionada ao HIV, esta população não se considera ou não se vê como grupo de risco ou vulnerável (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010). Ainda neste contexto, a aids é entendida pelos idosos como uma doença “do outro”, atingindo apenas aqueles cuja moral é duvidosa. Assim, o idoso se torna resistente ao uso de métodos preventivos (RODRIGUES; PRAÇA, 2010).

Em pesquisa realizada por Pereira e Borges (2010), o conhecimento de HIV/aids por parte de idosos mostrou-se insatisfatório, sendo aferido que acreditam poder contrair o vírus através de compartilhamento de sabonetes, assentos sanitários, comidas e uso concomitante de talheres, ou mesmo pela picada de insetos. Os mesmos autores concluem que existem lacunas relacionadas ao conhecimento dos idosos do HIV/aids, e destacam que estas podem elevar o risco de contágio, além de inferir que, pelo fato de que nossa cultura enxerga esta faixa etária como assexuada, acaba por tornar-se imprescindível esclarecer esta população com relação às principais formas de transmissão do HIV/aids.

Alguns preditores podem ser destacados como influenciadores do nível de conhecimento do idosos e do aumento da sua vulnerabilidade ao HIV, como nível de escolaridade, preceitos sociais, e também algumas atitudes, como o aumento do uso de drogas por idosos e a falta do uso da camisinha (PEREIRA; BORGES, 2010).

Além disso destaca-se que há pouca abordagem do tema pelos profissionais, chegando a ser apontado por Godoy e colaboradores (2008) que não há qualquer fornecimento de informação por parte dos profissionais sobre HIV. Outra pesquisa levantou que as principais fontes de informação dos idosos sobre o tema são a televisão e os jornais (LAROQUE et al., 2011). Outra pesquisa reforça o achado de Godoy e colaboradores, destacando que a falta de conhecimento e a falta de uso de camisinha pelos idosos fortalece a ideia de que os profissionais não estão abordando esses temas durante o atendimento em saúde (MELO, et al., 2012).

Assim, é de enorme importância compreender as vivências da sexualidade dos idosos e seu conhecimento a respeito do HIV/aids, pois esta investigação possibilita a realização de intervenções mais efetivas, e desta forma permite diminuir a vulnerabilidade dessa da população. Contudo, para que estas intervenções sejam realmente efetivas, é necessário que ocorra o acesso à informação e que haja um caminho lógico e uma interação eficaz entre os idosos e os profissionais, com a garantia de acesso aos serviços de saúde (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010).

Com esta complexidade é necessário estabelecer estratégias educativas e assegurar o acesso aos serviços de saúde aos idosos, pois neste local os profissionais estabelecem laços e conhecem e reconhecem esta população. Com estas ações, seria possível promover a saúde com a possibilidade de mudança de comportamento relacionado à sexualidade, bem como a prevenção da transmissão do HIV (COSTA; ALBUQUERQUE; COSTA, 2012). A necessidade de investimentos substanciais em atividades de educação em saúde é prioridade. É necessária a criação de estratégias que atinjam essa faixa etária, além da importância de aumentar a interação entre profissional e idosos com vistas à compreensão da doença (PEREIRA; BORGES, 2010).

Em pesquisa epidemiológica realizada por Silva, os achados revelam que os serviços de saúde devem se preparar para um atendimento especializado à população idosa, pois a demanda é evidente, devendo inclusive adaptar-se e efetivar a busca por meios de alcançar e sensibilizar os indivíduos mais excluídos, assim compensando as diferenças culturais/sociais existentes (SILVA, 2000).

## 2 JUSTIFICATIVA

Diante do aumento na expectativa de vida da população brasileira, do aumento do número de pessoas contaminadas pelo HIV nas faixas etárias mais elevadas e dos poucos estudos sobre o conhecimento e as atitudes relacionadas à sexualidade, identificou-se a importância de se estudar esta temática. Desta forma, estender o olhar para a sexualidade da população idosa e, conseqüentemente, compreender melhor suas aflições, satisfações e dúvidas, levando também em consideração seu conhecimento sobre HIV/aids torna-se de máxima relevância, pois traz uma maior e necessária visibilidade à temática, que por vezes é renunciada pela nossa cultura.

No Brasil, embora já seja evidente o aumento do número de casos de HIV/aids na população idosa, ainda são muito poucas as informações sobre o conhecimento desses indivíduos a respeito dos aspectos relacionados à infecção, sua prevenção e tratamento. Isso provavelmente contribui para o pouco investimento em estratégias de prevenção e controle nesta população em franco crescimento. Este estudo partirá, então, do fato de que são escassos os estudos acerca do conhecimento sobre ISTs e HIV/aids em idosos, relacionando-o ao uso e acesso aos serviços de saúde. Isso é necessário pois literatura enfatiza o conhecimento sobre HIV de indivíduos jovens e profissionais da saúde, mas há pouca informação no que diz respeito aos idosos. Considerando essa carência, o desenvolvimento de estudos nesta área é necessário, pois o conhecimento a esse respeito é importante tanto para diminuir o preconceito contra os portadores quanto para as medidas de prevenção e desmistificação do idoso como ser assexuado.

Com os resultados, será possível auxiliar gestores no planejamento de ações nas questões ligadas à saúde e à sexualidade, com o propósito de elevar a qualidade de vida desta população, bem como estabelecer e desvendar a acessibilidade aos serviços de saúde, levando em conta a satisfação do usuário idoso. Tais ações podem ter seu foco, principalmente, em políticas de prevenção voltadas para este público específico, com programas de educação dirigidos para uma vivência saudável e plena da sexualidade na terceira idade, fortalecendo as concepções a respeito do HIV/aids e das IST's e formas de prevenção, auxiliando na redução de custos sendo diretos ou indiretos associados à infecção por HIV, e impactando diretamente na elevação da qualidade de vida desta população.

### 3 OBJETIVOS

Seguem abaixo os objetivos que guiaram a concepção dessa pesquisa.

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o conhecimento sobre HIV/aids e o uso e acesso aos serviços de saúde dos usuários idosos nos serviços de saúde ofertados pela Estratégia Saúde da Família em um município de médio porte do interior de Minas Gerais.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família;
- Identificar os modos de utilização dos serviços de saúde e as fontes de acesso à informação sobre HIV/aids;
- Identificar o conhecimento sobre HIV/aids dos usuários idosos cadastrados nas Estratégia Saúde da Família de Uberaba;
- Verificar as relações entre o conhecimento sobre HIV/aids com o uso e acesso aos serviços de saúde, e as características sociodemográficas dos usuários idosos das equipes da Estratégia Saúde da Família de Uberaba.

## 4 MÉTODO

Para a realização deste estudo foram utilizados os seguintes materiais e métodos:

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo de caráter observacional e descritivo, transversal e de abordagem quantitativa. Métodos de pesquisa são estratégias utilizadas por pesquisadores para dar estrutura, analisar e reunir informações relevantes para uma determinada questão a ser estudada. A utilização do método quantitativo prevê a adoção de estratégias sistemáticas e objetivas, empregando a mensuração das variáveis pré-estabelecidas, e possibilitando a utilização de mecanismos destinados a controlar a situação de pesquisa de modo a reduzir os vieses e potencializar a precisão e a validade. Ao empregar o método observacional e o corte transversal, a pesquisa observa o meio estudado sem gerar interferência ou modificação em seus aspectos, e investiga o fator causa no presente, ou seja, no mesmo momento da análise (POLITI; BECK; HUNGLER, 2011).

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no domicílio do idoso ou em local previamente acordado entre pesquisador e participante da pesquisa, desde que não fossem as dependências físicas das equipes da ESF, haja vista que a aplicação dos questionários neste local poderia inibir os idosos a participar do estudo, devido ao receio de quebra de confidencialidade das respostas.

A ESF surge como uma proposta para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a atenção primária e substituindo os modelos tradicionais existentes. A atenção é centrada na família, que é assistida em seu ambiente físico e social, incluído no território atendido pela ESF. A composição das equipes da ESF consiste em, no mínimo, um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, e agentes comunitários. Outros profissionais podem ser incluídos na equipe de acordo com as demandas e necessidades do território (BRASIL, 2012). De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o

município de Uberaba possui 47 ESFs na zona Urbana, distribuídas em três distritos sanitários, com o objetivo de organização e delimitação geográfica do município (UBERABA, 2014).

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi composta por idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos), cadastrados em uma equipe de ESF da área urbana do município de Uberaba-MG há pelo menos 06 meses, que foram atendidos na referida unidade de saúde da ESF em no mínimo uma ocasião. Os idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da área urbana de Uberaba-MG, totalizam 25.125 indivíduos de acordo com o relatório da secretário de saúde do município.

O cálculo do tamanho amostral considerou um coeficiente de determinação em um modelo de regressão linear múltipla com 7 preditores, tendo como nível de significância ou erro tipo I o valor de  $\alpha = 0,01$  e como erro do tipo II o de  $\beta = 0,1$ , resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Utilizando-se o aplicativo PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão 14, introduzindo-se os valores acima descritos, obtém-se um tamanho de amostra mínimo de  $n = 228$ . Considerando uma perda de amostragem de 20% (recusas em participar), o número final de tentativas de entrevista foi de  $n = 285$ . A variável dependente principal foi o conhecimento sobre HIV/aids.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados os critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; estar cadastrado em alguma equipe de ESF da área urbana do município de Uberaba-MG, e ter realizado, pelo menos, um atendimento na unidade de saúde à qual a equipe do ESF está vinculada.

Foram excluídos do estudo os idosos que não obtiveram escore mínimo na avaliação cognitiva; idosos cadastrados, mas residente de instituições de longa permanência, e/ou os idosos que não estavam no domicílio no dia e horário da visita agendada previamente pelo pesquisador após 3 tentativas.

## 4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação em exame de Qualificação pelo programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, do aceite por parte da Secretária Municipal de Saúde (ANEXO II) e do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (ANEXO I), em respeito às questões éticas de pesquisa que envolvam seres humanos definidas pelo Conselho Nacional de Saúde (Lei 466/12) (protocolo nº 2.041.624). A pesquisa se estendeu por um período 6 meses (junho a novembro), sendo realizada em três etapas distintas:

### **4.5.1 Primeira Etapa: Aplicação do teste piloto**

Foi realizado primeiramente um teste piloto, em que foram entrevistados 20 idosos de uma única unidade básica de saúde, sendo que os pesquisadores já possuíam contato com os profissionais. Esses idosos foram sorteados respeitando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Cabe ressaltar que os idosos que participaram desta etapa foram automaticamente excluídos do processo de seleção final dos participantes.

O teste piloto teve como objetivos consolidar o processo de validação de conteúdo do questionário sociodemográfico e auxiliar no planejamento das demais etapas do projeto.

### **4.5.2 Segunda etapa: cadastro dos idosos e seleção dos participantes da pesquisa**

Para execução desta etapa foram solicitadas para as equipes da ESF as fichas de cadastro familiar (Ficha A), que contém as informações dos membros familiares acompanhadas pelos respectivos dados cadastrais (endereço, idade, sexo, etc.). Destas fichas, foram identificados os idosos pertencentes às equipes das ESF, sendo que essas informações foram inseridas no programa Microsoft Excel®, em um banco de dados com as seguintes informações: nome completo do usuário,

endereço, telefones de contato e idade em anos completos. Os dados obtidos foram digitados e tabulados no banco de dados por dupla entrada e digitadores independentes visando minimizar as falhas.

O processo de recrutamento dos participantes empregou uma amostragem aleatória simples do banco de dados, obedecendo a proporcionalidade de idosos cadastrados em casa ESF.

#### **4.5.3 Terceira etapa: aplicação dos instrumentos de coleta de dados**

Após a realização da segunda etapa, com o cadastro dos usuários idosos acompanhados pelas equipes da ESF e sorteio dos participantes, foi realizado o convite para participar da presente pesquisa via contato telefônico ou visita domiciliar.

Todos os pesquisadores que compuseram o grupo de trabalho foram capacitados pelos pesquisadores responsáveis e instruídos em relação à abordagem e comunicação com os idosos, instrumentos de coleta de dados, condução da entrevista e aspectos éticos. O grupo foi composto com alunos de graduação e pós graduação pertencentes ao grupo de pesquisa Ciclos de vida, Família e Contexto Social da UFTM.

Durante a abordagem, o pesquisador se identificou, realizou o esclarecimento a respeito da pesquisa e indicou que a participação no estudo era facultativa. No caso de aceite foi realizado agendamento prévio da data, local e horário para a realização da aplicação do instrumento.

Durante a visita para aplicação dos instrumentos, o pesquisador se identificou novamente, realizou o esclarecimento a respeito da pesquisa, garantindo o anonimato com relação às respostas, e mais uma vez ressaltou que a participação era facultativa. No caso de aceite o pesquisador fez a leitura juntamente com o participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) e foi dada continuidade à coleta dos dados.

Inicialmente foi avaliada a capacidade cognitiva do idoso através da aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Tal instrumento, traduzido e validado no Brasil, é composto por questões referentes à orientação, memória imediata e de evocação, concentração, cálculo, linguagem e domínio espacial. O escore varia de 0 a 30 pontos e o ponto de corte será considerado de acordo com a escolaridade do

idoso: 13 para analfabetos, 18 para aqueles com entre 1 e 11 anos de estudo e 26 para os idosos com mais de 11 anos de estudo (BERTOLUCCI et al, 1994). A entrevista só teve continuidade se o idoso atingiu a pontuação equivalente para sua escolaridade. Caso o idoso não tenha sido considerado apto a responder às questões, não foi dada continuidade na aplicação dos instrumentos (ANEXO III).

A coleta de dados utilizou o questionário QHIV3I (ANEXO IV), desenvolvido e validado em 2008 por Lazzarotto no Brasil. Esse questionário aborda o HIV/aids na terceira idade, incluindo características gerais como nível socioeconômico, idade, tempo de estudo, presença de parceiro fixo e a qual religião o participante pertence, além das questões relativas à AIDS, organizadas nos domínios “conceito”, “transmissão”, “prevenção”, “vulnerabilidade” e “tratamento”, e apresentando como respostas as alternativas verdadeiro, falso e não sei. Na seção final do instrumento, há perguntas que incluem a Aids como um castigo divino, o conhecimento de alguma pessoa infectada pelo HIV, a utilização de preservativo e a realização de teste anti-HIV (LAZZAROTTO, 2008).

Além desses questionários foi aplicado também um questionário sociodemográfico (APÊNDICE II) elaborado pelos pesquisadores, contendo as seguintes variáveis: cabeçalho (data da entrevista, nome do entrevistador, número da identificação da casa, nome do entrevistado, número de identificação do entrevistado), dados de identificação do participante (data de nascimento, idade, sexo, estado civil, raça, religião, escolaridade, aposentado, ocupação profissional, renda individual, renda familiar, número de filhos, quantidade de pessoas que moram na sua residência, mora com), características de saúde (quais serviços de saúde frequenta, frequência da visita dos agentes comunitários de saúde, frequência do uso dos serviços da APS, morbidades, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física, acesso a informação sobre HIV, participação em grupos de saúde, fontes de informação sobre HIV).

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados dos questionários foram digitados, tabulados e consolidados no programa Microsoft Excel® por dupla entrada e digitadores independentes, minimizando falhas na entrada do banco de dados. O banco foi transportado para o programa Statistical Package for Social Scienses (SPSS), versão 20.0.

#### **4.6.1 Objetivos específicos 1 e 2**

Para se atender ao primeiro e segundo objetivos, as variáveis categóricas foram resumidas empregando-se tabelas de frequências absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas foram resumidas empregando-se medidas de tendência central (média), bem como medidas de variabilidade (amplitudes e desvio padrão). Para a análise das variáveis de acesso e uso dos serviços também foi feita a apresentação através de tabelas de contingência de acordo com a distribuição dos distritos sanitários do município.

#### **4.6.2 Objetivo específico 3**

Na análise dos resultados do QHIV3I, foram utilizadas medidas de frequências absolutas e relativas para a avaliação da assertividade por questão. A média e o desvio padrão da soma das respostas corretas dadas pelos participantes também foram calculadas. Para isso as respostas foram avaliadas de acordo com a literatura e agrupadas em duas categorias, “certo” e “errado”, sendo que na categoria “errado” as alternativas “não sei” foram agregadas. O resultado final, se deu através da soma das respostas corretas.

#### **4.6.3 Objetivo específico 4**

Para atingir esse objetivo foram empregadas a análise bivariada que incluiu o teste t de amostras independentes na análise da influência de variáveis dicotômicas. Já a influência simultânea de variáveis demográficas, clínicas, e de uso dos serviços de saúde inclui a análise de regressão linear múltipla, sendo preservado o número de sete preditores estipulado pelo cálculo amostral. Neste trabalho, foi considerado um nível de significância alfa igual ou menor que 0,01 e o desfecho final é a média geral de questões corretas sobre o HIV. Finalmente, é preciso acrescentar que a inclusão dos preditores teve por referência exclusivamente o referencial teórico.

## 5 RESULTADOS

Da amostra estipulada inicialmente, considerando as possíveis perdas (n=285), compuseram a pesquisa 238 idosos, respeitando assim a amostra mínima de 232 participantes. Entre os motivos de recusas pode-se citar a particularidade do tema, tempo, e medo de ser exposto, além das exclusões devido aos resultados do MEEM.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

O sexo feminino foi o mais prevalente com 68,5%. A média de idade foi de 71,4 anos ( $\pm 7,0$ ), com idade mínima de 60 anos e máxima de 91. Houve predominância de pessoas que moram com seus companheiros, com 44,1%, seguido de viúvos, com 33,6%. Em relação a raça e religião, os idosos de classificaram, em sua maioria, como brancos (46,2%) e católicos (61,8%).

Em relação aos dados econômicos e educacionais, houve predominância de até 4 anos de estudos, e renda individual e familiar de até 3 salários mínimos (SM), sendo as frequências, respectivamente, 68,5%, 92,9% e 75,6%. Destaca-se ainda que a média de anos de estudo foi de 5,5 anos ( $\pm 11,1$ ).

As variáveis relacionadas a moradia e familiares foram compostas por mora com quem; número de pessoas que moram com você; e quantos filhos possui. Na primeira questão, a maioria, com 32,4%, relatou viver com os filhos, mas vale ressaltar que 17,2% disseram morar só. Quanto ao número de moradores na casa, a média foi de 3,4 pessoas ( $\pm 8,9$ ), e a média de filhos foi de 4,8 ( $\pm 10,9$ ).

Os dados acima podem ser verificados na tabela 1.

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos de idosos usuários das ESF do município de Uberaba - Uberaba/MG - 2017. (continua)

	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	163	68,5
Masculino	75	31,5

---

**Faixa Etária**

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de idosos usuários das ESF do município de Uberaba - Uberaba/MG - 2017. (continua)

60 a 79 anos	208	87,4
80 anos ou mais	30	12,6

**Estado Civil**

Nunca se casou ou morou com companheiro(a)	21	8,8
Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	105	44,1
Viúvo(a)	80	33,6
Separado(a), divorciado(a) ou desquitado(a)	26	10,9

**Raça**

Branca	110	46,2
Preta	52	21,8
Parda	71	29,8
Amarela	2	0,8
Indígena	1	0,4

**Religião**

Católica	147	61,8
Evangélica	43	18,1
Espírita	39	16,4
Outra	7	2,9

**Escolaridade**

Até 4 anos	163	68,5
4 anos ou mais	75	31,5

**Aposentadoria**

Sim	201	84,5
Não	36	15,1

**Renda Individual**

Ate 3 SM	221	92,9
----------	-----	------

---

---

3 SM ou mais	15	6,3
--------------	----	-----

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de idosos usuários das ESF do município de Uberaba - Uberaba/MG - 2017. (conclusão)

**Renda Familiar**

Ate 3 SM	180	75,6
3 SM ou mais	53	22,3

**Mora com**

Só	41	17,2
Somente cuidador	0	0
Somente cônjuge	51	21,4
Com filhos	77	32,4
Com netos	13	5,5
Outros Arranjos	53	22,3

---

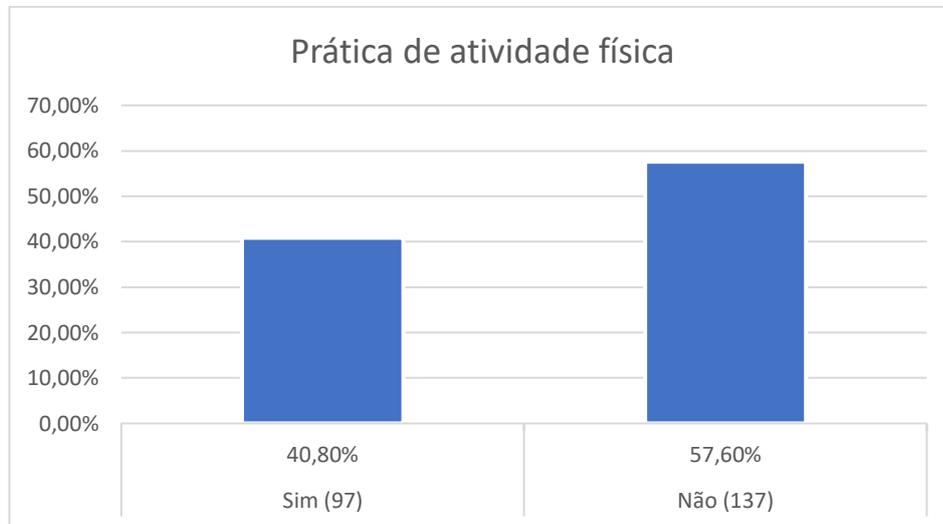
Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Em relação aos dados clínicos, abordou-se questões relacionadas a tabagismo, uso de álcool, atividade física, vida sexual ativa e possíveis morbidades relatadas pelos idosos (tabela 2).

Dessa forma, destaca-se que 15,5% dos idosos eram fumantes, 18,1% faziam uso do álcool (socialmente ou abusivamente), 40,8% relataram praticar alguma atividade física regularmente e 29,4% disseram possuir uma vida sexual ativa.

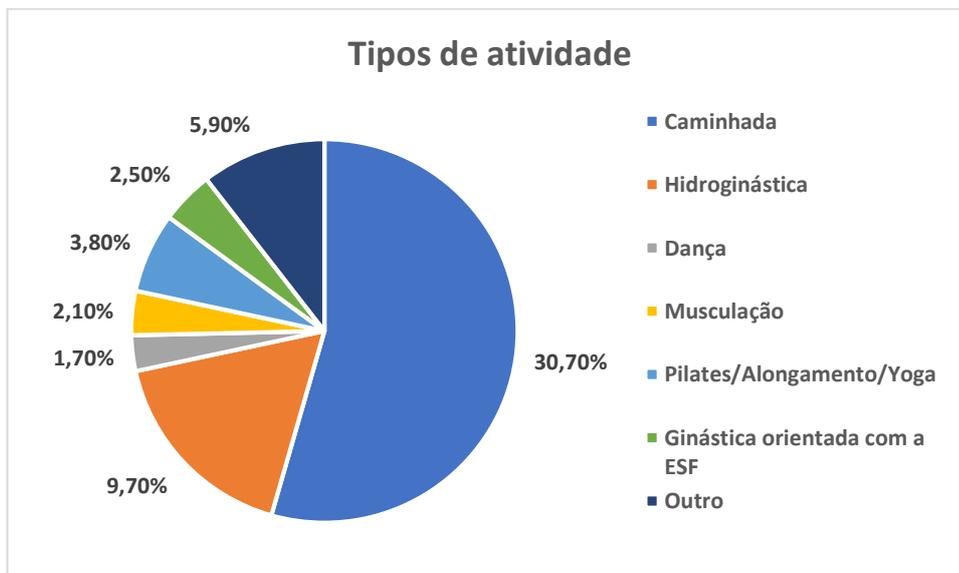
Quanto à prática de atividade física, vale ressaltar que muitos idosos, apesar de relatarem que praticam alguma das opções de atividade fornecidas pelos instrumentos, não se consideram como praticantes regulares. Dessa forma, houve discrepância entre o resultado encontrado da prática regular de atividade física e da prática de alguma atividade isolada, como pode ser percebido nos quadros abaixo.

**Quadro 1** – Distribuição de acordo com prática ou não de atividade física dos idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

**Quadro 2** – Tipos de atividades realizadas pelos idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG - 2017



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

\*Cada participante poderia marcar mais de uma opção na variável “tipo de atividade”.

Quanto à variável “morbidades” referidas foi observada uma média de 5,2 ( $\pm 3,0$ ) doenças por pessoa, sendo o mínimo 0 e o máximo 16 doenças. As mais

citadas foram hipertensão arterial (76,1%), problemas visuais (65,5%), problemas de coluna (48,3%), diabetes (41,6%), má circulação (varizes) (40,8%) e problemas cardíacos (36,1%).

**Tabela 2** – Dados clínicos de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (continua)

	n	%
<b>Tabagista</b>		
Sim	37	15,5
Não	155	65,1
Ex-tabagista	45	18,9
<b>Uso do Álcool</b>		
Sim	43	18,1
Não	176	73,9
Ex-usuário	17	7,1
<b>Atividade física</b>		
Sim	97	40,8
Não	137	57,6
<b>Morbidades</b>		
Diabetes	99	41,6
Hipertensão Arterial	181	76,1
Reumatismo	65	27,3
Artrite/Artrose	100	42,0
Osteoporose	58	24,4
Asma ou bronquite	30	12,6
Tuberculose	3	1,3
Má circulação	97	40,8
Problemas cardíacos	86	36,1
Obesidade	37	15,5
AVC	14	5,9
Parkinson	4	1,7

Alzheimer	4	1,7
Incontinência Urinária	40	16,8
Tabela 2 –Dados clínicos de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (conclusão)		
Incontinência fecal	13	5,5
Constipação	27	11,3
Problemas visuais	156	65,5
Problemas de coluna	115	48,3
Problema renal	42	17,6
Tumores benignos	21	88,0
Tumores malignos	4	1,7
Hipotireoidismo	41	17,2
HIV/aids	3	1,3
Outras	16	6,7
<b>Vida sexual ativa</b>		
Sim	70	29,4
Não	147	61,8
Não sabe	10	4,2

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

\* Cada participante poderia marcar mais de uma opção na variável “morbidades”.

## 5.2 USO E ACESSO AO SERVIÇO

Para atender ao objetivo de caracterizar o uso dos serviços das ESF's pelos idosos, esse trabalho procurou-se aprofundar a caracterização do acesso à saúde pública na cidade de Uberaba, considerando a divisão por distritos sanitários.

A divisão por distritos sanitários é uma estratégia auxiliar na organização e planejamento dos serviços de atenção à saúde. Na época de 1990, foi realizado um estudo no município de Uberaba e seus resultados permitiram a divisão do município nos três distritos sanitários, cada um com cerca de seis áreas/bairros de abrangência na zona urbana e de uma a três áreas na zona rural (SILVA; RAMIRES, 2008) (figura 1).

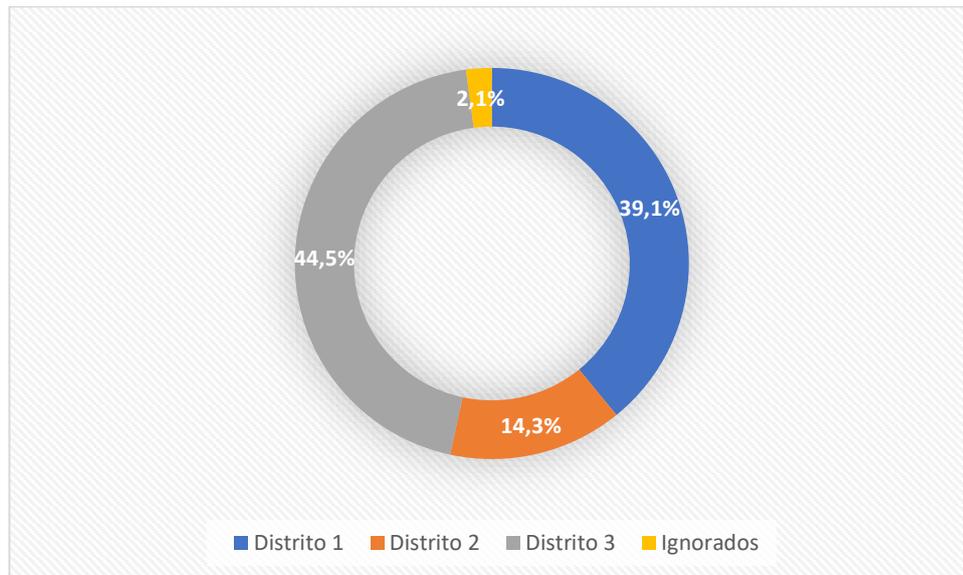
**Figura 1** – Distritos sanitários do município de Uberaba em 2014 – Uberaba/MG – 2017.



Fonte: Uberaba, 2014.

O distrito 3 possui a maior representatividade da amostra com 106 (44,5%) indivíduos, seguido pelo distrito 1 com 93 (39,1%) e por último o distrito 2 com 34 (14,3%), destaca-se que houveram 5 indivíduos em cujo questionário não havia sido inserido o número do distrito (quadro 3).

**Quadro 3** – Distribuição dos participantes de acordo com o distrito sanitário – Uberaba/MG – 2017.



Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

A distribuição de acordo com as variáveis sociodemográficas, considerando cada distrito pode ser observada na tabela 3, abaixo.

**Tabela 3** – Distribuição sociodemográfica de idosos usuários das ESF por distrito sanitário do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (continua)

	<b>Distrito 1</b>	<b>Distrito 2</b>	<b>Distrito 3</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	64(68,8%)	26(76,5%)	69(65,1%)
Masculino	29(31,2%)	8(23,5%)	37(34,9%)
<b>Faixa etária</b>			
60 a 79 anos	79(84,9%)	31(91,2%)	92(87,6%)
80 anos ou mais	14(15,1%)	3(8,8%)	13(12,4%)
<b>Estado civil</b>			
Com companheiro	50(54,3%)	18(52,9%)	56(55,4%)
Sem companheiro	42(45,7%)	16(47,1%)	45(44,6%)
<b>Cor da pele</b>			
Branca	40(44%)	18(54,5%)	52(49,1%)
Outras	51(56%)	15(45,5%)	54(50,9%)

---

**Renda familiar**

Tabela 3 – Distribuição sociodemográfica de idosos usuários das ESF por distrito sanitário do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (conclusão)

Até 3 SM	78(84,8%)	25(73,5%)	76(74,5%)
3 SM ou mais	14(15,2%)	9(26,5%)	26(25,5%)
<b>Escolaridade</b>			
Até 4 anos	69(74,2%)	24(70,6%)	67(63,2%)
4 anos ou mais	24(25,8%)	10(29,4%)	39(36,8%)

---

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Quanto às características relacionadas ao serviço, no distrito 1, 59% dos indivíduos recebiam visitas regulares (pelo menos 1 vez por mês) dos agentes comunitários. No distrito 2, o resultado foi de 50%, e no 3 foi de 57,3%. Quanto ao uso dos serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde ou matriciais, poucos idosos relataram procurar a unidade semanalmente. A maioria dos idosos dos três distritos relataram ir mensalmente à unidade, com distribuições respectivas de 43%, 38,2% e 36,8% (tabela 4).

**Tabela 4 – Distribuição dos idosos de acordo com o uso dos serviços das EFS's – Uberaba/MG – 2017. (continua)**

	<b>Distrito 1</b>	<b>Distrito 2</b>	<b>Distrito 3</b>
<b>Tipo de serviço</b>			
Público	66(71,0%)	22(64,7%)	74(70,5%)
Ambos	27(29,0%)	12(35,3%)	31(29,5%)
<b>Visita do ACS</b>			
1 vez ao mês	55(59,1%)	17(50%)	59(57,3%)
Menos de 1 vez ao mês	38(40,9%)	17(50%)	44(42,7%)
<b>Busca pela Unidade</b>			
Mensalmente ou mais	51(54,8%)	17(50%)	47(45,6%)
Bimestralmente ou menos	42(45,2%)	17(50%)	56(54,4%)
<b>Informação sobre IST's</b>			
Não	71(76,3%)	20(58,8%)	69(65,1%)
Sim	22(23,7%)	14(41,2%)	36(34%)
<b>Participaria de grupos de</b>			

---

---

### educação sobre IST's

Tabela 4 – Distribuição dos idosos de acordo com o uso dos serviços das EFS's – Uberaba/MG – 2017. (conclusão)

Sim ou já participa	43(46,2%)	16(47,1%)	50(47,6%)
Não	50(53,8%)	18(52,9%)	55(52,4%)

---

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Em relação ao conhecimento sobre HIV, observa-se pouca diferença nas médias, onde os idosos do distrito 1 acertaram em média 10,1( $\pm$ 2,7) perguntas, aqueles do distrito 2, 10,3( $\pm$ 2,7) repostas certas, enquanto aqueles do distrito 3 obtiveram uma média de 10,2( $\pm$ 2,6) acertos.

### 5.3 CONHECIMENTO SOBRE HIV/AIDS E FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA

Para atender ao objetivo geral buscou-se avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS dos idosos. O instrumento utilizado é composto por 14 perguntas, classificadas em “verdadeiro”, “falso” e “não sei”, que avaliam os seguintes domínios do conhecimento: “conceito”, “transmissão”, “prevenção”, “vulnerabilidade” e “tratamento”. Dentro das perguntas vale destacar as seguintes, que obtiveram um índice de assertividade menor, “se a pessoa com o vírus sempre apresenta os sintomas da doença”, com 52,5% de resposta verdadeiro e 20,2% de “não sei”; “transmissão por picada do mosquito”, com 52,9% de respostas “verdadeiro” e “não sei”.

Outros resultados podem ser elencados, como por exemplo, “transmissão por sabonete, toalhas e assentos sanitários” e por abraço, beijo no rosto, beber no mesmo copo e chimarrão, que obtiveram 34% de respostas erradas. Destaca-se também os seguintes resultados de respostas incorretas, 25,6%, 25,6%, 21%, e 26,1%, que são relacionadas, respectivamente, às seguintes perguntas, “a AIDS é um castigo de deus aos pecadores”, “a AIDS tem cura”, “a AIDS só ocorre em grupos de risco” e “existe camisinha feminina” (tabela 5).

Outros resultados relevantes são passíveis de destaque, 52,1% dos idosos disseram conhecer alguém que seja portador da doença e 26,1% já realizaram o teste para diagnóstico para a AIDS.

Dentre os idosos que possuíam vida sexual ativa (29,4%), apenas 5,5% relataram usar caminha, sendo que desses indivíduos apenas 1,3% usavam a camisinha em todas as relações.

**Tabela 5** – Resultado das questões do questionário sobre conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESFs do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (continua)

	<b>Verdadeiro</b>		<b>Falso</b>		<b>Não Sei</b>	
	n	%	n	%	n	%
<b>O vírus HIV é o causador da aids</b>	182	76,5	10	4,2	46	19,3
A pessoa com o vírus da aids sempre apresenta os sintomas	125	52,5	63	26,5	48	20,2
<b>Diagnóstico através de exames de laboratório</b>	208	87,4	7	2,9	22	9,2
Transmissão por sabonetes, toalhas e assentos sanitários	43	18,1	157	66,0	38	16,0
<b>Transmissão por abraço, beijo no rosto, beber no mesmo copo e chimarrão</b>	45	18,9	157	66,0	36	15,1
O vírus da aids pode ser transmitido por picada de mosquito	70	9,4	112	47,1	56	23,5
<b>Camisinha impede a transmissão do vírus da aids</b>	205	86,1	18	7,6	14	5,9
Existe uma camisinha específica para as mulheres	176	73,9	13	6,5	46	20,6
<b>O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas transmite aids</b>	226	95,0	3	1,3	9	3,8
A aids é uma doença que ocorre somente em grupos de risco	34	14,3	188	79,0	16	6,7
<b>Os indivíduos da terceira idade não devem se preocupar com a aids</b>	29	12,2	194	81,5	15	6,3
A aids é uma doença que tem tratamento	209	87,8	27	9,7	6	2,5

**Tabela 5** – Resultado das questões do questionário sobre conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESFs do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (conclusão)

	Sim		Não	
	n	%	n	%
<b>A aids é uma doença que tem cura</b>	39	16,4	177	74,4
A aids é um castigo de Deus para aqueles que cometeram pecados	34	14,3	176	73,9
<b>Você conhece alguma pessoa que seja portadora do vírus da aids?</b>	124	52,1	110	46,2
Você já realizou o teste da aids?	62	26,1	176	73,9
<b>Você usa camisinha?</b>	13	5,5	71	29,8

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Quanto à análise bivariada para as variáveis sociodemográficas, foram encontrados valores significantes para faixa etária ( $p < 0,004$ ), renda familiar ( $p < 0,001$ ) e escolaridade ( $p < 0,001$ ). Quanto à faixa etária, evidenciou-se uma média de assertividade das questões do instrumento de  $10,4(\pm 2,6)$  para aqueles indivíduos com idades entre 60 e 79 anos. Já os idosos longevos obtiveram uma média de  $8,9(\pm 2,5)$ . Para a variável renda familiar, a categoria que obteve maior média foi a daqueles com renda acima de 3 SM ( $11,3 \pm 2,1$ ), e para escolaridade, os que estudaram 4 anos ou mais foram os indivíduos que mais acertaram as questões do instrumento ( $11,3 \pm 2,3$ ) (tabela 6).

**Tabela 6** – Resultado dos testes bivariados entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (continua)

	Conhecimento sobre HIV/AIDS		
	Média	Desvio padrão	Valor de p
<b>Sexo</b>			0,83
Feminino	10,2	2,7	

Tabela 6 – Resultado dos testes bivariados entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (continua)

Masculino	10,2	2,3	
<b>Faixa Etária</b>			<b>0,004</b>
60 a 79 anos	10,4	2,6	
80 anos ou mais	8,9	2,5	
<b>Estado civil</b>			0,14
Sem companheiro	10,0	2,9	
Com companheiro	10,5	2,2	
<b>Cor de pele</b>			0,56
Branca	10,5	2,4	
Outras	9,9	2,7	
<b>Religião</b>			0,60
Católica	10,1	2,6	
Outras	10,3	2,7	
<b>Renda Individual</b>			0,02
Até 3 SM	10,1	2,6	
3 SM ou mais	11,7	2,0	
<b>Renda Familiar</b>			<b>&lt;0,001</b>
Até 3 SM	9,9	2,6	
3 SM ou mais	11,3	2,1	
<b>Escolaridade</b>			<b>&lt;0,001</b>
Até 4 anos	9,7	2,6	
4 anos ou mais	11,3	2,3	
<b>Nº de filhos</b>			0,06
Até 3 filhos	10,5	2,5	

Tabela 6 – Resultado dos testes bivariados entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (conclusão)

4 ou mais	9,8	2,7	
<b>Mora com</b>			0,96
Só ou com cônjuge	10,2	2,5	
Com família	10,2	2,7	
<b>Morbidades</b>			0,80
Até 4	10,2	2,7	
5 ou mais	10,2	2,6	
<b>Vida sexual ativa</b>			0,30
Sim	10,6	2,2	
Não	10,2	2,7	

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

Quanto aos resultados significativos em relação ao uso dos serviços da ESF, como também em relação ao acesso à informação sobre a doença, destaca-se o tipo de serviço procurado pelo idoso ( $p = 0,008$ ), se participaria ou já participa de grupos sobre Infecções sexualmente transmissíveis ( $p = 0,01$ ) e algumas fontes de informação como Internet ( $p < 0,001$ ), Outro serviço de saúde ( $p = 0,004$ ) e Livros ( $p = 0,002$ ).

Na variável tipo de serviço, as categorias foram “público”, “privado”, ou “ambos”, sendo que os idosos que usavam o serviço privado ou ambos, obtiveram uma média maior ( $10,9 \pm 2,6$ ) que aqueles que só usavam o serviço público ( $9,9 \pm 2,6$ ). Quanto à variável “grupo sobre IST’s”, quem demonstrou interesse em participar ou já participava obteve uma média de  $10,6 (\pm 2,6)$  respostas certas, e aqueles que não gostariam de participar desse tipo de atividade apresentaram média de  $9,8 (\pm 2,6)$ . Para as fontes de informação, aqueles que usufruíam das citadas acima apresentaram, respectivamente, as seguintes médias:  $11,9 (\pm 1,5)$ ,  $11,6 (\pm 1,7)$  e  $11,8 (\pm 1,5)$  (tabela 7).

**Tabela 7** - Resultado dos testes bivariados entre as variáveis uso do serviço e fontes de informação e o conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (continua)

	<b>Conhecimento sobre HIV/aids</b>		
	Média	Desvio padrão	Valor de p
<b>Tipo de serviço</b>			<b>0,008</b>
Público	9,9	2,6	
Privado ou Ambos	10,9	2,6	
<b>Visita do ACS</b>			0,1
1 vez por mês	10,0	2,6	
Mais que uma vez por mês	10,5	2,6	
<b>Uso da UBS</b>			0,06
Semanalmente ou mais	9,9	2,7	
Bimestralmente ou menos	10,5	2,5	
<b>Informação sobre HIV na UBS</b>			0,4
Não	10,1	2,5	
Sim	10,4	2,8	
<b>Participaria de grupo sobre IST's</b>			<b>0,01</b>
Sim/Já participa	10,6	2,6	
Não	9,8	2,6	
<b>Fontes de informação</b>			
<b>Jornal ou revista</b>			0,03
Não	9,8	2,6	
Sim	10,5	2,6	
<b>Televisão</b>			0,7

Tabela 7 - Resultado dos testes bivariados entre as variáveis uso do serviço e fontes de informação e o conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (continua)

Não	10,0	2,7	
Sim	10,2	2,6	
<b>Internet</b>			<b>&lt;0,001</b>
Não	9,9	2,6	
Sim	11,9	1,5	
<b>Agente comunitário</b>			0,1
Não	10,1	2,7	
Sim	10,7	2,3	
<b>Enfermeiro da UBS</b>			0,6
Não	10,2	2,6	
Sim	10,4	2,9	
<b>Médico da UBS</b>			0,1
Não	10,1	2,6	
Sim	10,9	2,8	
<b>Outro profissional de UBS</b>			0,2
Não	10,2	2,6	
Sim	11,4	1,8	
<b>Outro serviço de saúde</b>			<b>0,004</b>
Não	10,1	2,6	
Sim	11,6	1,7	
<b>Livro</b>			<b>0,002</b>
Não	10,1	2,6	
Sim	11,8	1,5	
<b>Familiar ou amigos</b>			0,3

Tabela 7 - Resultado dos testes bivariados entre as variáveis uso do serviço e fontes de informação e o conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017. (conclusão)

Não	10,1	2,6
Sim	10,5	2,6

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

A confirmação da existência de correlação entre as variáveis foi confirmada através da regressão linear múltipla, cujos preditores foram escolhidos de acordo com a literatura, e foram: faixa etária, renda familiar, escolaridade, tipo de serviço, vida sexual ativa, participação em grupos e sexo.

Os resultados significativos foram tipo de serviço (p 0,003) e escolaridade (p 0,01). Algumas variáveis clinicamente relevantes não foram significativas, mas se aproximaram do valor predefinido, como renda familiar (p 0,04), vida sexual (p 0,02) e sexo (p 0,02). No caso do tipo de serviço, o valor do  $\text{Exp}(\beta)$  foi de 0,2 e para a variável escolaridade esse resultado foi de 0,1 (tabela 8).

**Tabela 8** - Resultado do teste multivariado entre as variáveis preditoras e o conhecimento sobre HIV/AIDS de idosos usuários das ESF do município de Uberaba – Uberaba/MG – 2017.

	<b>Exp(<math>\beta</math>)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Faixa etária</b>	0,06	0,4
<b>Renda familiar</b>	0,1	0,04
<b>Escolaridade</b>	<b>0,1</b>	<b>0,01</b>
<b>Tipo de serviço que frequenta</b>	<b>0,2</b>	<b>0,003</b>
<b>Vida sexual ativa</b>	0,1	0,02
<b>Participaria de grupo de IST</b>	0,03	0,6
<b>Sexo</b>	0,1	0,02

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

## 6 DISCUSSÃO

A amostra de 238 idosos incluída na presente investigação é representativa para indivíduos de 60 anos ou mais residentes no município de Uberaba e usuários da Estratégia Saúde da Família. Em detrimento desta potencial limitação de representatividade, há que se considerar as semelhanças entre os resultados obtidos com outros estudos que avaliaram a população de mesma faixa etária em nível local e regional (SANTOS; TAVARES; BARBOSA, 2010), ou mesmo com abrangência nacional (LIMA-COSTA et al., 2017).

Também se deve considerar, por outro lado, que a abordagem da temática de aspectos relacionados à sexualidade dos idosos ainda é escassa, o que justifica a necessidade de conduzir investigações como esta, na direção de alcançar maior conscientização da equipe de saúde em ressaltar a vida sexual do idoso como realidade, bem como orientar sobre medidas preventivas às IST/aids, por meios de espaços de discussão e programas voltados para idosos, porque a falta de conhecimento do idoso pode gerar comportamentos vulneráveis à infecção pelo HIV (MEIRA et al., 2015).

Observou-se a preponderância de pessoas do sexo feminino nos três distritos sanitários do município. Tal fenômeno, apresentado na literatura como “feminização da velhice”, pode ser explicado pelo fato de que no Brasil as mulheres vivem em média oito anos a mais do que os homens, o que pode ser atribuído a fatores biológicos e à diferença de exposição a fatores de risco de mortalidade, além de sua inserção diferenciada no mercado de trabalho, o uso/abuso de tabaco e álcool, e a diferença de atitude em relação à saúde/doença, considerando que a mulher busca mais os serviços de saúde, o que mostra maior preocupação com autocuidado (SANTOS; CUNHA, 2014).

Neste estudo observou-se alto percentual de pessoas que moram com seus companheiros, seguidas dos viúvos. Estes resultados contrapõem-se com os que foram encontrados em estudos que abordaram a qualidade de vida de mulheres idosas (SANTOS; CUNHA, 2014). Dentre os indicadores mais importantes para mensurar o nível socioeconômico associado à saúde da população, consideram-se o nível de escolaridade e a renda, os quais obtiveram frequências baixas para os participantes deste estudo. A escolaridade tem sido apontada como um importante determinante da situação de saúde do indivíduo, sendo a escolaridade dos idosos,

inclusive, um importante preceptor das doenças. Além disso, o nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação e perspectiva e possibilidade de se beneficiar de novos conhecimentos; a renda representa, antes de tudo, o acesso aos bens materiais, inclusive ao serviço de saúde (SOUZA et al., 2016).

A renda familiar dos idosos estudados esteve acima de três salários mínimos, sendo elevada em relação à média nacional. Pessoas que dispõem de menores rendimentos podem experimentar condições de trabalho mais desgastantes, sofrer uma maior exposição a fatores de risco, e tais fatores podem estar associados a uma menor preocupação com a saúde e uma maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, bens de consumo, alimentos saudáveis e educação, sendo elas, portanto, mais vulneráveis às morbidades (SANTOS; TAVARES; BARBOSA, 2010).

Em um estudo realizado com idosos usuários da ESF em Divinésia (MG), a maior parte das respostas quanto à renda se deu entre um e dois salários mínimos. Além disso, 63,93% dos entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto e 16,39% eram analfabetos. Em relação à quantidade de medicamentos utilizados, 70,49% utilizavam dois a três tipos. A maior parte dos entrevistados (62,3%) referiram frequentar as consultas médicas sozinhos, sem acompanhamento familiar, mas somente 16,39% moravam sozinhos. Mais de 80% dos indivíduos eram aposentados, enquanto o restante relatou possuir como ocupação o trabalho rural e as atividades domésticas. Esta última informação também se assemelha a este estudo, em que mais de 84% eram aposentados (ARRUDA et al., 2015).

Em um estudo recente (LIMA-COSTA et al., 2017) que considerou 23.815 participantes da amostra da Pesquisa Nacional em Saúde com 60 anos ou mais de idade, foram encontrados resultados semelhantes quanto à idade média da população e a predominância do sexo feminino (56,4%). Cerca de metade dos idosos relataram viver com 3 ou mais pessoas no domicílio, dado que se aproxima do resultado ora aferido, uma vez que quanto ao número de moradores na casa a média foi de 3,4 pessoas ( $\pm 8,9$ ), e a média de filhos foi de 4,8 ( $\pm 10,9$ ).

Também foi do interesse desta investigação as condições de saúde e hábitos da população que compôs a amostra. Por estas linhas, aferiu-se que 15,5% dos idosos eram fumantes, 18,1% faziam uso do álcool (socialmente ou abusivamente), 40,8% relataram praticar alguma atividade física regularmente e 29,4% disseram possuir uma vida sexual ativa. Um estudo que buscou investigar tais variáveis entre

idosos usuários da ESF no Pará (SOUSA et al., 2015) observou os seguintes resultados: houve predomínio de idosos que não ingerem bebida alcoólica (82,12%) (n = 393), não possuem o hábito de fumar (86,39%) (n = 381) e não praticam atividade física (83,90%) (n=370). Também o estudo de Jerônimo (2011) sobre condições de saúde em idosos na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, encontrou baixo consumo de bebida alcoólica entre os idosos.

Em inquérito realizado, Borim, Barros e Neri (2012) evidenciam que 67,70% dos idosos do município de Campinas, São Paulo, também não têm o hábito de fumar. Quanto à atividade física, o estudo revelou o predomínio dos idosos que não a praticam, corroborando o resultado do estudo de Nunes e colaboradores (2010), que registra o sedentarismo em 62,00% dos idosos. Em um estudo realizado por Siqueira e colaboradores (2008) com idosos atendidos em unidades básicas de saúde de PSF (Programa Saúde da Família) em diversos estados do Brasil, incluindo Rio Grande do Sul e Santa Catarina, na Região Sul; e Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí na Região Nordeste, foi registrado que 58,00% não realizam atividade física.

No estudo de Soares e colaboradores (2010), que incluiu mulheres idosas, a comparação entre os grupos evidenciou que, quanto maior a faixa etária, menor a escolaridade e maior a incapacidade funcional. A maior faixa etária esteve associada a menores escores de qualidade de vida no domínio físico e às facetas funcionamento dos sentidos e participação social.

Um estudo que avaliou a qualidade de vida de idosos residentes em áreas urbanas e rurais de Uberaba, Minas Gerais, encontrou que predominaram as mulheres na área urbana e os homens na rural. Foi comum nas duas áreas: a idade de 60-70 anos, o estado civil casado, a escolaridade de 4 a 8 anos de estudo e a renda individual mensal de um salário mínimo. Os idosos residiam na área urbana com seus filhos e, na rural, o faziam com o cônjuge. Na avaliação da qualidade de vida, os anciãos da área rural apresentaram pontuações significativamente superiores às da área urbana nos domínios físico, psicológico e de relações sociais no WHOQOL-BREF; e em autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade do WHOQOL-OLD. Neste último instrumento, os idosos da área urbana tiveram maiores pontuações do que os da área rural nos domínios funcionamento dos sentidos e morte e morrer (TAVARES et al., 2014).

Uma pesquisa que envolveu 614 idosos do triângulo mineiro identificou que 47,4% dos idosos tinham vida sexual ativa e 95,7% não utilizavam preservativo. As mulheres procuram se informar sobre a sexualidade 20 vezes mais do que homens, mas sentem menos prazer, e 97,9% tiveram diminuição da libido e ressecamento vaginal no último ano (SILVEIRA et al., 2013). Tais dados parecem apontar que, apesar de ainda haver fatores de risco para esta população no que se refere ao desenvolvimento de doenças mediante seus hábitos de vida, a equipe da estratégia da saúde está atuando na promoção da saúde destes idosos e na difusão das informações que facilitam o autocuidado.

Com relação às morbidades obteve-se uma média de mais ou menos 5 e desvio-padrão de três acometimentos por pessoa, sendo o mínimo 0 e o máximo de 16 doenças. As mais citadas foram hipertensão arterial (76,1%), problemas visuais (65,5%), problemas de coluna (48,3%) e diabetes (41,6%). Em estudo que investigou 2192 idosos sobre suas morbidades e incapacidade funcional no mesmo município desta pesquisa, verificou-se maior proporção de idosos com renda individual de mais de três salários mínimo sem morbidades enquanto os que recebiam <1 apresentavam mais de três morbidades ( $\chi^2=28,76$ ;  $p <0,00025$ ). A maior renda favorece a melhor condição de saúde e o menor poder aquisitivo resulta em mais doenças e, portanto, em maior necessidade de atenção à saúde (SANTOS; TAVARES; BARBOSA, 2010).

A população idosa do estudo foi acometida por problemas cardiovasculares, predominando a hipertensão arterial. Outras pesquisas afirmam que 79,10% dos brasileiros de mais de 65 anos de idade relatam ser portadores de, pelo menos, uma doença crônica, sendo a doença crônica não transmissível mais prevalente a hipertensão arterial, segundo Mendes (2010). Em seu estudo, Nunes e colaboradores (2010) evidenciaram que a hipertensão arterial foi a morbidade mais incidente em idosos, contando com 62,70%. O estudo realizado por Rocha e colaboradores (2011a) com idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, revelou que a hipertensão arterial atinge 85,90% dos idosos.

De acordo com uma pesquisa realizada em 2011, com dados obtidos na Secretária de Saúde do Município de Uberaba, o distrito 1 possuía a maior porcentagem de população coberta pelos serviços da ESF (79%). O distrito 2 possuía 64% e o 3, 72% (TAVARES; ARAÚJO; DIAS, 2011). Nessa pesquisa

destaca-se que 71% dos idosos do distrito 1 disseram usufruir dos serviços públicos de saúde, enquanto no distrito 2 apenas 64,7% o afirmaram, e no distrito 3, 69,8%.

O distrito 3 possui a maior representatividade da amostra com 106 (44,5%) indivíduos, seguido pelo distrito 1 com 93 (39,1%), e por último pelo distrito 2 com 34 (14,3%), além de 5 indivíduos em cujo questionário não havia sido inserido o número do distrito. Nesta linha, cabe discutir acerca do acesso aos serviços de saúde, Hortale, Pedroza e Rosa(2000) admitem a hipótese de que se o sistema de saúde é descentralizado, permitirá maior acesso dos usuários ao sistema e operacionalizará a categoria acesso, abrangendo os vários planos de produção dos serviços (subsistema de decisão, de operação/produção de serviços e subsistema de informação e retroalimentação), associando com as diferentes instâncias dos serviços (central/local; população/usuários). As dimensões que compõem a categoria acesso abarcam fatores bem distintos da mera acessibilidade organizacional aos serviços, como: a participação popular e o controle social, a equidade, a coerência dos serviços com as necessidades da população, as estratégias, as táticas e a alocação de recursos e a autonomia.

Uma investigação que se propôs a comparar os escores de qualidade de vida dos idosos residentes em três distritos sanitários (DS) de Uberaba, MG, teve como maiores escores de qualidade de vida, segundo o WHOQOL-BREF, relações sociais no DSI e no DSII, enquanto no DSIII foi o escore psicológico. No WHOQOL-OLD, o maior escore do DSI foi encontrado na faceta morte e morrer, e nos DSII e DSIII, no funcionamento do sensório. Os menores escores, nos três distritos sanitários, foram para o domínio físico e a faceta autonomia. O DSI apresentou menor escore nos domínios psicológico e meio ambiente e na faceta funcionamento do sensório, quando comparado ao DSII e ao DSIII. O DSII apresentou menor escore na faceta funcionamento do sensório quando comparado ao DSIII, que apresentou menor escore nas relações sociais. Estes resultados denotam a necessidade de redirecionar a atenção das políticas locais à saúde do idoso de acordo com suas especificidades em cada localidade (TAVARES; ARAÚJO; DIAS, 2011).

No estudo de Assis e Jesus (2012), discute-se que para alguns dos grupos de risco a própria evolução agressiva da patologia, ou o grande potencial de contágio, exige condições de acesso a serviços de saúde diferenciados, como é o caso de pessoas portadoras de Doenças Sexualmente Transmissíveis, infecção por vírus HIV/aids e Hanseníase, que necessitam de diagnóstico e intervenção precoce.

Outras patologias, mesmo crônicas como a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica, necessitam de diferenciação positiva devido às graves consequências que podem gerar se não forem controladas. A utilização de serviços de saúde pelos portadores de problemas crônicos, em sua maior parte idosos, é consideravelmente maior do que a observada entre a população em geral, especialmente nas internações hospitalares, situação que não se reflete apenas no uso de serviços odontológicos por idosos e no acesso aos serviços de saúde dos que vivem em áreas rurais. Observa-se a necessidade de atendimento domiciliar, considerando as barreiras físicas e de dependências de outras pessoas para se deslocar para a unidade de saúde, entre os portadores de doenças crônicas e idosos.

Para além destas perspectivas, e em relação à oferta e à demanda dos serviços de saúde, é preciso notar que, muitas vezes, eles são utilizados na perspectiva “economicista” de uma relação prestador-usuário, sendo o acesso um elemento transformador da realidade, e não apenas possibilidade de consecução do cuidado. Estes conceitos se ampliam e extrapolam a dimensão econômica, abrangendo aspectos de ordem política, social e cultural (ASSIS; JESUS, 2012). Savassi (2010) ressalta que a satisfação do usuário deve ser perseguida pelos profissionais do serviço, pesquisadores e gestores. Alguns fatores parecem comuns a todos os cenários, como viver próximo ao Centro de Saúde e ter menor remuneração. Os usuários geralmente demonstram maiores índices de satisfação em relação a médicos e menores em relação a exames; geralmente, a insatisfação se relaciona à medicação fornecida nas unidades ou na demora em serviços de propedêutica. Mesmo em relação aos profissionais de saúde, a maioria das queixas se refere a problemas de comunicação, e menos a sua competência profissional.

Nesta investigação, se observou que cerca de 50% dos usuários dos três distritos recebiam visitas regulares (pelo menos 1 vez por mês) dos agentes comunitários. Quanto ao uso dos serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde ou matriciais, poucos idosos relataram procurar a unidade semanalmente, a tendo a maioria, nos três distritos, relatado ir mensalmente à unidade, com distribuições na faixa de 40%. Nesta direção, cabe destacar a relevância do profissional Enfermeiro, cuja atuação tem a perspectiva de desenvolver atividades que não apenas informem sobre o processo de envelhecimento, mas tenham sensibilidade para identificar os limites e peculiaridades presentes nos idosos, a fim

de compreender as modificações físicas, emocionais e sociais desta faixa etária e direcioná-los para as medidas adequadas de prevenção, promoção ou recuperação da saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Ao atender a população acima de 60 anos, o profissional de saúde, sobretudo o Enfermeiro, deve estar familiarizado com as transformações sucedidas no processo de envelhecimento, e desenvolver um acolhimento adequado com o objetivo de preencher possíveis lacunas existentes em seu conhecimento sobre HIV/aids no tocante a conceito, transmissão e vulnerabilidades.

Em um estudo que objetivou descrever a consulta de enfermagem ao idoso realizada na ESF, foram entrevistadas 12 enfermeiras. Emergiram duas categorias temáticas: consulta de enfermagem ao idoso na ESF e qualificação profissional para a atenção à saúde do idoso. Foi considerado como desafio na realização da consulta de enfermagem a obtenção de dados fidedignos, a resolutividade e o apoio familiar. Os cursos para qualificar a atenção ao idoso ocorreram durante o período de graduação, destacando a falta de oportunidade, a pouca oferta e a necessidade de se aprofundar sobre o processo de envelhecimento (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

O conhecimento do território permite a ação de todos os sujeitos envolvidos, utilizando as características epidemiológicas, políticas e sociais para diagnosticar os problemas de saúde locais. Entretanto, como em várias outras searas do processo de trabalho na atenção primária brasileira, há um distanciamento entre a realidade proposta — a de um delineamento que permite a responsabilidade sanitária por uma população adscrita — e a realidade das equipes de saúde da família — desconhecimento das oportunidades de atuar nos determinantes sociais do processo de adoecimento (SAVASSI, 2010).

Em um artigo de revisão que procurou ampliar a reflexão sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários, verificou-se que confiança, atualização, competência, humanidade, presteza, pontualidade, cordialidade, preparo técnico científico e organização do ambiente de trabalho são referências para a satisfação do usuário. O quadro conceitual mais utilizado para avaliação dos serviços de saúde propõe estratégias para as áreas de estrutura, processo e resultado. Concluiu-se que a avaliação dos serviços de saúde, na perspectiva da satisfação dos usuários, proporciona dignidade aos sujeitos do

processo e informações essenciais para a gestão (DIAS; RAMOS; MELO-COSTA, 2010).

Um estudo recente que investigou a opinião de usuários e profissionais sobre os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde utilizou, para a análise dos resultados, algumas dimensões: estrutural (financiamento, cobertura), relacional (compreensão do processo saúde-doença) e operacional (organização dos serviços). Na dimensão estrutural, verificou-se que o subfinanciamento do sistema de saúde constitui uma dificuldade para o acesso a seus serviços e para a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF); na dimensão relacional, a ausência de alinhamento da estrutura com os fluxos de funcionamento do sistema de saúde impacta negativamente na relação do profissional com o usuário; e na dimensão operacional, profissionais de saúde e usuários relataram importantes lacunas, tais como cobertura da ESF, marcação de consulta, acolhimento, barreiras geográficas, referências e contrarreferências. As informações obtidas neste trabalho são importantes para compreender os fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde da população estudada e colaborar para o desenvolvimento de estratégias voltadas para melhoria do acesso (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

O pilar central da investigação ora apresentada encerra questões relativas ao conhecimento e busca de informações sobre HIV/aids. Cabe mencionar que há uma diferenciação entre “ouvir falar” e ter informações sobre o assunto. O “ouvir falar” não garante que o idoso possua conhecimento/informação sobre a doença e assim perceba-se como um indivíduo vulnerável, ou seja, um sujeito que pode ser infectado com o HIV. A vulnerabilidade integra os aspectos individuais, sociais e programáticos, ultrapassando o conceito de risco. Assim, observa-se a determinação social da doença, que exige a renovação das práticas de saúde, focando em análises e intervenções multidimensionais (MEIRA et al., 2015).

De fato, os índices de casos de infecção pelo HIV e AIDS em pessoas com 60 anos e mais de idade tem se tornado alarmante nos últimos anos (BEZERRA, et al., 2015). Alguns estudos apontam que os idosos possuem poucas informações sobre a sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis, chegando a desconhecer a necessidade de utilização de preservativos e utilizando os meios de comunicação tais como televisão, rádio e jornais, como suas principais fontes de referências sobre o assunto (SILVEIRA et al., 2015).

Entre os resultados obtidos pelas 14 perguntas do questionário contemplado neste estudo, classificadas em “verdadeiro”, “falso” e “não sei”, merecem destaque, dentre aquelas com um índice de assertividade menor, “se a pessoa com o vírus sempre apresenta os sintomas da doença”, com 52,5% de resposta verdadeiro e 20,2% de “não sei”; “transmissão por picada do mosquito”, com 52,9% de respostas “verdadeiro” e “não sei”. Quanto aos idosos que possuíam vida sexual ativa (29,4%), apenas 5,5% relataram usar camisinha, sendo que desses indivíduos, apenas 1,3% usavam a camisinha em todas as relações.

Um estudo que envolveu idosos de um centro de convivência em Goiás identificou resultados semelhantes a este estudo, em que quase metade dos idosos relatou vida sexual ativa. Desses, a maioria não faz uso de preservativo (67%). Apesar de a maioria ter conhecimento sobre as formas de transmissão, ainda acreditam que picada de mosquito (79,9%), compartilhamento de sabonetes e toalhas (62,1%), talheres, copos e pratos (62,3%) podem transmitir o vírus. Os autores concluíram que, apesar do bom nível de conhecimento demonstrado pelos participantes, ainda persistem dúvidas quanto às formas de transmissão, demonstrando a necessidade de investimentos públicos na educação que resulta em aumento do conhecimento e redução dos riscos (PEREIRA; BORGES, 2010).

Além disso, as questões que afirmavam haver “transmissão por sabonete, toalhas e assentos sanitários” e por abraço, beijo no rosto, beber no mesmo copo e chimarrão, obtiveram 34% de respostas erradas. Cerca de 25% dos entrevistados também assinalaram opções incorretas quando perguntados se “a AIDS é um castigo de deus aos pecadores”, “a AIDS tem cura”, “a AIDS só ocorre em grupos de risco” e “existe camisinha feminina”. No contexto do conhecimento de idosos com relação a medidas de prevenção, os estudos apontam que os idosos têm o conhecimento que qualquer pessoa pode adquirir uma IST/aids e que o uso da camisinha previne o HIV/aids (MEIRA et al., 2015). Contudo, eles acreditam que, por terem um relacionamento monogâmico e não apresentarem a possibilidade de engravidar, não é necessário o uso de preservativo, mesmo considerando-o como meio de prevenir o contágio ao HIV/aids (OLIVEIRA et al., 2011).

Outro estudo realizado na cidade de Uberaba, com idosos usuários de um centro de convivência, também identificou algumas lacunas no conhecimento que corroboram com este estudo. As perguntas com os menores índices de acertos

encontrados pelo estudo de Nardelli e colaboradores (2016) foram “as pessoas sempre tem sintomas” (41,5%) e “transmissão por mosquito” (45,7%).

O uso do preservativo como método preventivo entre idosos, é menos habitual do que como método de anticoncepção, e a indicação uso de seu uso limita-se à atividade sexual com parceiros desconhecidos ou na presença de desconfiança da fidelidade do companheiro. Percebe-se, portanto, a necessidade da criação de espaços pelas equipes de saúde, direcionados à orientação de idosos no que diz respeito a medidas preventivas às IST's/aids, partindo-se da premissa de que o idoso é um ser cuja atividade sexual permanece ativa (PEREIRA; BORGES, 2010; ROCHA et al., 2011b).

A questão do comportamento preventivo é destaque na pesquisa de Bezerra e colaboradores (2015), onde os autores levantaram alguns discursos sobre o assunto, principalmente sobre a questão de que apesar do idosos reconhecerem a importância da prevenção, principalmente pelo uso da camisinha, a maioria dos idosos não faz o seu uso. Os autores também destacam alguns itens que aumentam a resistência do uso da camisinha, como ausência da questão da fertilidade, medo masculino em relação a ereção e a dificuldade da mulher em negociar o uso da camisinha, principalmente devido ao fato de poder levantar alguma suspeita na relação e causar brigas entre o casal.

Em uma revisão integrativa o não uso da camisinha também foi destaque, e os fatores associados a esse comportamento são a falta de fertilidade feminina, ou seja, a impossibilidade da gravidez, o fato de estar em uma relação monogâmica e a questão do medo de sugerir o uso para o parceiro e isso causar algum mal entendido na relação (GURGEL et al., 2014).

O conhecimento adequado sobre a transmissão do HIV e a implementação de estratégias indicadas para sua prevenção são de grande relevância para o idoso no contexto do Envelhecimento Ativo e Saudável (SOUZA et al., 2016). Apesar do conhecimento sobre o HIV/AIDS da população demonstrada nesse estudo, ainda prevalecem dúvidas importantes que podem modificar a conjuntura da epidemia, incluindo-se credices relacionadas à sexualidade dos idosos, sua baixa escolaridade e baixa renda.

Ainda há muitos tabus e crenças relacionadas a sexualidade e ao HIV, desse modo a importância da atuação profissional no enfrentamento do comportamento de

risco e no esclarecimento de dúvidas é essencial no combate a infecção pelo HIV (ROCHA et al., 2013).

Um estudo que envolveu 148 idosos com HIV/AIDS utilizando a *Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale* para avaliar o conhecimento e atitudes sobre a sexualidade, percebeu associação significativa entre ASKAS, conhecimento e gênero feminino, ser viúvo e ter mais de uma comorbidade; além da ASKAS atitudes com ensino médio completo e atividade física. Os entrevistados demonstraram conhecimento e atitudes favoráveis sobre a sexualidade no idoso, e mulheres donas de casa apresentaram conhecimento significativo (OKUNO et al., 2012). Já o estudo de Serra e colaboradores (2013) com idosos portadores da Síndrome no Maranhão, identificou que quase não havia conhecimento sobre a doença antes de se contaminarem e que várias são as representações sobre a AIDS: "doença do outro"; "incurável"; "fatal", que pode levar à morte e ao preconceito. O diagnóstico positivo e a convivência com a AIDS são permeados de sentimentos negativos por parte do indivíduo portador e de sua família, havendo a necessidade de reestruturação da vida de cada um através do enfrentamento.

A qualidade de vida das pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana também foi objeto de estudo, e seus resultados apontaram que as dimensões da qualidade de vida mais comprometidas foram preocupação com sigilo (39,0), atividade sexual (45,9) e preocupação financeira (55,6). Escores de conhecimentos e atitudes sobre sexualidade foram: 31,7 e 14,8, respectivamente. Houve correlação significativa entre as atitudes e os domínios função geral, preocupação com saúde, preocupação com medicação e aceitação do HIV. Em conclusão, os autores afirmam que orientações sobre formas de contágio, tratamento e evolução da patologia, além de suporte social e psicológico, poderiam minimizar os efeitos negativos da doença sobre a qualidade de vida dos pacientes que vivem com o vírus HIV (OKUNO et al., 2015).

Neste estudo, foram observados resultados de maior conhecimento a respeito da transmissão das IST/aids, com significância estatística associada a idosos mais jovens (entre 60 a 79 anos), com maior renda (superior a 3 salários mínimos) e maior escolaridade (4 anos ou mais de estudo). Além disso, também houveram resultados significantes para aqueles que utilizam serviços privados de saúde ou ambos, entre os que se dispõem a participar ou já participam de um grupo de Educação em Saúde e para os que tem acesso à Internet.

No tocante ao conhecimento dos idosos em relação ao acesso a informações sobre HIV/aids, observou-se, em vários estudos, que este acesso concentra-se nos meios de comunicação tradicionais como rádio, jornais, panfletos e, sobretudo, televisão, sendo ainda considerado incipiente devido à escassez de campanhas educativas voltadas para os idosos. Destaca-se o fato de que nem mesmo os profissionais da saúde costumam abordar tal assunto durante as consultas com os idosos. Essa fragilidade é oriunda da negação da sexualidade do idoso perante a sociedade na qual a percepção do risco passa despercebida para este grupo e, portanto, questões importantes relacionadas à atividade sexual, comportamentos e conhecimentos sobre o HIV/aids deixam de ser investigadas, ampliando a vulnerabilidade existente nesta população (MEIRA et al., 2015).

Por estes resultados, pode-se refletir que a situação verificada nesta pesquisa, parece ter relação com a inadequação de material veiculado em termos de clareza, quando dirigido ao público idoso. Também pode colaborar com esta situação a falta de coerência das políticas públicas sobre a AIDS, aliada à falta de continuidade das campanhas. Os Programas de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde trabalham com grupos de planejamento familiar e prevenção das HIV/aids, na sua maioria, para jovens e adultos, e seria de grande relevância passar a focar também na divulgação de informações sobre HIV/aids para a população idosa (SOUSA et al., 2016).

As atividades educativas sobre o HIV devem abordar também os aspectos específicos dessa faixa etária. Isso acarretará na quebra do estigma da assexualidade de pessoas idosas, com maior conscientização sobre a prevenção para esse grupo; além disso, mais estudos sobre essa temática devem ser incentivados, pois poderão contribuir para uma intervenção melhor, no sentido de disseminar informações tanto para idosos como para os profissionais e para as famílias. É preciso entender que o envelhecimento é um processo que reflete uma vida inteira de hábitos, crenças, experiências e ensinamentos, os quais devem ser respeitados e levados em consideração por toda a população (LAROQUE et al., 2011).

## 7 CONCLUSÕES

Este estudo conseguiu atender aos seus objetivos, ao descrever o perfil dos idosos, seu conhecimento sobre o HIV e seu uso dos serviços, como também apontar alguns preditores para esse conhecimento.

Nesta pesquisa predominou mulheres, idosos entre 60 a 79 anos, com estado civil de “morar com companheiro(a)”, cor da pele branca e religião católica. Predominou também até 4 anos de estudo e renda familiar de até 3 SM.

O perfil clínico dos idosos foi caracterizado por idosos que não faziam uso do álcool, não praticavam atividade física, não eram tabagista, não possuíam vida sexual ativa e as doenças mais prevalentes foram hipertensão, diabetes, problemas visuais e de coluna.

Quanto ao uso dos serviços identificou-se que a maioria usava o serviço público, não possuíam convênio de saúde, o agente comunitário visita uma vez por mês e o idoso vai a unidade pelo menos mensalmente. Os resultados sobre fontes e aquisição de conhecimento sobre a doença, a maioria não recebe informações quando vão a unidade de saúde, não gostariam de participar de grupos sobre o tema, e as principais fontes de informação foram a internet, livros e outros serviços de saúde.

Em relação ao conhecimento sobre o HIV/aids, identificou-se lacunas no conhecimento, principalmente no que se refere a transmissão e apresentação da doença. Como preditores do conhecimento foi identificado que a escolaridade, renda familiar, tipo de serviço que procura, vida sexual e sexo são variáveis que podem influenciar o conhecimento, com destaque primeiramente para tipo de serviço, e em segundo lugar a escolaridade, vida sexual e sexo.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sexualidade nessa faixa etária ainda é vista através de muitas crenças e mitos, em grande parte graças à falta de conhecimento e informações sobre a AIDS — seus modos de transmissão, prevenção, e o que constitui uma situação de vulnerabilidade.

A palavra situação, inclusive, não é usada por acaso: ela indica que não há grupos de pessoas específicos em risco, mas situações, contextos em que qualquer pessoa estará exposta ao risco de infecção, seja ela jovem, adulta ou idosa, e seja qual for seu sexo, idade, cor, condição social ou crenças.

Sendo assim, se torna clara a importância de se desenvolver projetos educativos voltados à população idosa, procurando esclarecê-la quanto às formas de transmissão da AIDS e as maneiras de preveni-la, tais como o uso de preservativos, pois é assim que se poderá promover mudanças no comportamento desse público quanto a suas relações sexuais.

A verificação do nível de conhecimento dos idosos a respeito da infecção evidencia que eles não têm informação suficiente quanto aos fatores de risco, o que pode contribuir para o aumento da infecção pelo HIV nessa faixa etária. Ainda, os idosos avaliados demonstraram falta de conhecimento quanto aos meios de transmissão do vírus da AIDS, muitos deles acreditando que a contaminação pode acontecer através do compartilhamento de sabonetes, assentos sanitários, pela aproximação de um indivíduo infectado, e até mesmo pela picada de mosquitos.

Esses resultados, espera-se, demonstrarão que é necessário capacitar os profissionais da área da saúde, para que possam desenvolver ações para incentivar a conduta preventiva e compreender o idoso enquanto ser sexualmente ativo; e uma vez que o enfermeiro é quem mais lida diretamente com este segmento populacional, um treinamento nessa direção se mostra essencial para esses profissionais.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. O. diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. **Rev. Esc. Enferm. USP** [Internet], v. 48, n. 2, p. 229-235, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt\\_0080-6234-reeusp-49-02-0229.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0229.pdf)>. Acesso 21 de out. 2017.
- ALENCAR, D. L. et al. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3533-3542. Aug. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803533&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803533&script=sci_arttext)> Acesso em: 14 jul. 2017.
- ALENCAR, D. L. DE *et al.* The exercise of sexuality among the elderly and associated factors. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 861–869, out. 2016. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-98232016000500861&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232016000500861&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 dez. 2017.
- 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. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000400009&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 nov. 2017.
- ARRUDA, L. M. et al. Health and social profile of hypertensive patients enrolled in the Family Health Strategy, Divinésia, Minas Gerais. **Rev. APS**, v. 18, n. 1, p. 78-84, 2015. Disponível em:<  
<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/issue/view/68/showToc>>. Acesso em: 21 dez. 2017.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 18 dez. 2017.
- BARRETO, M. DA S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325–339, 30 mar. 2015. Disponível em:< <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092>>. Acesso em: 20 dez. 2017
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.3, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/12.pdf>>. Acesso em: 05 set.2016.
- BATISTA, A. F. O. et al. Idosos: Associação entre o conhecimento da Aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 14, n. 1, p. 39-48, 2011. Disponível em: <<http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbgg/>>

v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 24 dez. 2017.

BAUAB, J. P.; EMMEL, M. L. Changes in the daily lives of caregivers of elderly in process of dementia. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 339–352, 2014. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1809-98232014000200339&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232014000200339&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

BEAULAUER, R. L.; CRAIG S. L.; DE LA ROSA, R. M. Older Latina women and HIV/AIDS: an examination of sexuality and culture as they relate to risk and protective factors. **J GerontolSocWork** [Internet], v. 52, n. 1, p. 48-63, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2693918/>>. Acesso em: 15 de set. 2017.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **ArqNeuropsiquiatr**, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>. Acessado em: 15 set. 2017.

BEZERRA, V. P. et al. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 4, p. 70–76, 27 nov. 2015. Disponível em:<  
<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44787>  
 >. Acesso em: 20 dez. 2017.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 769-780, abr. 2012.

BOSI, E. A. Velhice na Sociedade Industrial. In: BOSI, E. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**. 3 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.cap. 2 p.77-81.

BRASIL, K. T. R. et al. A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para prática psicológica com idosos. **Aletheia**. n. 40, p. 120-133, 2013. Disponível em:<  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100011](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100011)>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 out. 2006a. Disponível em:  
 <[http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_2528.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf) >. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em:  
 <<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19). **Saúde do idoso**. 2. Serviços. 2007.

BRASIL. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 2010b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em: 13 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E: Legislação em Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST- 2013 nº 01**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: Proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa. Brasília, 2014. Disponível em: < [http://www.pndh3.sdh.gov.br/public/uploads/anexo-acao-prog/1460746597\\_1565848264.pdf](http://www.pndh3.sdh.gov.br/public/uploads/anexo-acao-prog/1460746597_1565848264.pdf) >. Acesso em: 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**: HIV-AIDS. Brasília, 2015. Ano VI, nº 01. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2010.pdf> . Acesso em: 21 de out. 2016.

CARDOSO, F. L. et al. Da juventude à velhice: sexualidade de idosos praticantes de atividade física. **ACM arq. catarin. med**, v. 41, n. 1, jan.-mar. 2012. Disponível em:< <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/909.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

CIOSAK S. L., et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 53, n. esp 2, p. 1763-1768, 2011. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800022)>. Acesso em:10 nov. 2017.

COELHO, D. N. P. et al. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. **Rev Rene**, v. 11, n. 4, p.163-173, 2010. Disponível em:< [http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4\\_pdf/a18v11n4.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a18v11n4.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2017.

CONSENZA, G. Distribuição espacial e acesso da população aos serviços de saúde. In: PIERANTONI, C.; VIANNA, M. (Org.). **Gestão de sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; 2003. p. 133-168.

COSTA, A. P.; COSTAC, P. J.; ALBUQUERQUE, S. C. O conhecimento de HIV/AIDS entre os idosos da Unidade de Saúde da Família João Pacheco Freire

Filho, Arcoverde – Pernambuco. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, n. 1, p. 9-19, dez. 2012. Disponível em:<  
<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo04.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

DE LORENZI, D. R. S.; SACILOTO, B. Frequência da atividade sexual em mulheres menopausadas. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 52, n. 4, p. 256-260, 2006. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302006000400027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000400027)>. Acesso em: 25 nov. 2017.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 914–922, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0914.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2017.

DIAS, O. V.; RAMOS, L. H.; MELO-COSTA, S. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. **Revista Pró-univerSUS**, v. 1, n. 1, p. 11-26, jul./dez., 2010. Disponível em:<  
<http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/316>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

TAVARES, D. M. et al. Qualidade de vida dos anciãos. Comparação entre as áreas urbana e rural. **Invest. educ. enferm**, v. 32, n. 3, p. 401-413, Dec. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-53072014000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072014000300005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 dez. 2017.

GALATI, M. C. R. Sexualidade e qualidade de vida em homens com dificuldades sexuais. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 242-252, aug. 2014. Disponível em :<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712014000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712014000200007)  
 >. Acesso em: 14 set. 2017.

GARCIA, G. S. et al. Vulnerabilidade dos Idosos frente ao HIV/Aids: Tendências da Produção Científica Atual no Brasil. **DST – J. bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 24, n. 3, p. 183-188, 2012. Disponível em:<[http://www.dst.uff.br/revista24-3-2012/7-Vulnerabilidade\\_idosos\\_aids.pdf](http://www.dst.uff.br/revista24-3-2012/7-Vulnerabilidade_idosos_aids.pdf)>. Acesso em: 24 dez. 2017.

GODOY, V. S. et al. O perfil epidemiológico da Aids em idosos utilizando Sistemas de Informação em Saúde do DATASUS: realidades e desafios. **DST – J Bras Doenças Sex Trans.**, v. 20, n. 1, p. 7-11, 2008. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista20-1-2008/1.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2017.

GURGEL, S. N. et al. Vulnerability of the elderly to hiv: an integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**, v. 8, n. 7, p. 2487–2493, 20 jul. 2014. Disponível em:<  
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9941>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

HEIN; M. A.; ARAGAKI, S. S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Ciênc. saúde coletiva**. vol.17, n.8, pp. 2141-2150, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/24.pdf>>. Acessado em: 25 out. 2017.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad Saude Publica**, v. 16, n. 1, p. 231-239, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000100024&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000100024&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 nov. 2017.

JERÔNIMO, S. H. N. M. **A pessoa idosa com doença crônica não transmissível atendida em serviços de média complexidade na cidade de Natal/ RN**. 2011. 119 f. Dissertação (Pós-Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

KALACHE, A; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 21, n. 3, p. 200-10, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>> acesso em 14 set. 2017.

LAROQUE, M. et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 32, n. 4, p. 774-780, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a19.pdf>>. Acessado em: 25 out. 2017.

LAZZAROTTO A. R. et al. O conhecimento de HIV/aids na terceira idade: estudo epidemiológico no Vale do Sinos, Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1833-1840, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a18v13n6.pdf>>. Acessado em: 25 out. 2017.

LEHN, F. et al. Estado nutricional de idosos em uma instituição de longa permanência. **J. Health Sci. Inst**, v. 30, n. 1, p. 53-58, 2012. Disponível em: <[http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01\\_jan-mar/V30\\_n1\\_2011\\_p53-58.pdf](http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p53-58.pdf)>. Acessado em: 25 out. 2017.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Rev. Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, 6s, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000200311&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200311&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

LYRA, D. G. P.; JESUS, M. C. P. Compreendendo a vivência da sexualidade do idoso. **Nursing**, v. 9, n. 104, p. 23-40, 2007.

MEIRA, L. C. S. et al. Conhecimento de idosos sobre vulnerabilidades ao HIV/aids: uma revisão integrativa da literatura. **J. res.: fundam. care.**, v. 7, supl., p. 96-104, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750949021/>>. Acesso em: 25 nov. 2017.

MELO, H. M. A. et al. 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a07v17n1.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2017.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

MINAS GERAIS. Canal Minas Saúde. **Cresce o número de casos de AIDS em pessoas idosas no Brasil**. Disponível: <http://www.canalminassaude.com.br>. Acesso: 14 set. 2017.

MOREIRA, R. M. et al. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 27–38, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>>. Acesso em: 13 out. 2017.

NARDELLI, G. G. et al. Conhecimento sobre síndrome da imunodeficiência humana de idosos de uma unidade de atenção ao idoso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 0, 24 abr. 2017. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/72851>>. Acesso em: 23 dez. 2017.

NAVARATNARAJAH, A.; JACKSON, S. H. D. The physiology of ageing. **Medicine**, Oxford, v. 41, n. 1, p. 5–8, 2013. Disponível em: <[http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(12\)00249-6/abstract](http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(12)00249-6/abstract) >. Acesso em: 25 out. 2017.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000600026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600026)>. Acesso em: 12 dez. 2017.

NUNES, B. P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 968–976, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600968&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600968&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 18 nov. 2017.

OKUNO, M.F.P.; FRAM, D.S.; BATISTA, R.E.A.; BARBOSA, D.A.; BELASCO, A.G.S. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/Aids. **Acta Paul Enferm** [Internet], v. 25, n. 1, p. 115, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_18.pdf). Acesso em: 21 de out. 2016.

OKUNO, M. F. P. et al. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em idosos portadores de HIV/AIDS. **Acta paul. enferm.** [online]. v. 25, n. spe1, p. 115-121, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_18.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2017.

OKUNO, M. F. P. et al. Quality of life, socioeconomic profile, knowledge and attitude toward sexuality from the perspectives of individuals living with Human Immunodeficiency Virus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v. 23, n. 2, p. 192-

199, 2015. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200003)>.  
 Acesso em: 08 dez. 2017

OLIVEIRA, D. C. et al. O significado do HIV/AIDS no processo de envelhecimento. **Rev. enferm. UERJ.**, v. 9, n. 3, p., 353-358, 2011. Disponível em:<  
<http://www.facenf.uerj.br/v19n3/v19n3a02.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. Atenção ao idoso na estratégia de saúde da família: atuação do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300032)>. Acesso em: 15 dez. 2017.

OLIVEIRA, E. B. et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264–273, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/826/586> >. Acesso em: 15 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

PAKULIN, L. M. G; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2935-2944, 2011. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000600031](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600031)>.  
 Acesso em: 10 dez. 2017.

PEREIRA, G. S.; BORGES, C. I. Conhecimento sobre HIV/AIDS de participantes de um grupo de idosos, em Anápolis-Goiás. **Esc. Anna Nery**[online], v.14, n.4, p.720-725, 2010. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000400010)>.  
 Acesso em: 10 dez. 2017.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REHEM, T. C. M. S. B. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, 2013. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2017.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em:<  
<http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/indicadores-basicos-para-a-saude-no-brasil-conceitos-e-aplicacoes-livro-2a-edicao-2008-2/>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

ROCHA, F. C. V. et al. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: a visão de um grupo da terceira idade. **Rev Cuidado fundam.**, ed. supl., p. 63-69, 2011a. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/html/5057/505750891008/>>. Acesso em: 20

dez. 2017.

ROCHA, F. C. V. et al. Perfil de idosos assistidos por equipe da Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 4, n. 4, p. 36-41, out./dez. 2011b. Disponível em: <[https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n4/pesquisa/p6\\_v4n4.pdf](https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v4n4/pesquisa/p6_v4n4.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2017.

ROCHA, F. C. V. et al. Conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 2, p. 137–143, 28 jun. 2013. Disponível em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/57>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

RODRIGUES, D.A.L.; PRAÇA, N.S. Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: Ações preventivas da infecção pelo HIV. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (Online), v. 31, n. 2, p. 321-327, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200017)>. Acesso em: 06 dez. 2017.

RODRIGUES, L.S; SOARES, G. A. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, n. 4, p. 1-29, 2006. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/agora/article/view/1901>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2017.

SANCHEZ, R. M; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2017.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da qualidade de vida de mulheres idosas na comunidade. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 4, n. 2, p. 1135-1145, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/593>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

SANTOS, S. A. L.; TAVARES, D. M. S.; BARABOSA, M. H. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(4):692-7. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a14.htm>>. Acesso em: 08 dez. 2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Saúde de São Paulo. **Documento de Diretrizes para prevenção das DST /AIDS em idosos**. Bepa, v. 8, n. 92, p. 15-23, 2011.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **R. bras. Med. Fam. e Comun.**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 3-5, jan./dez. 2010. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/135/pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Plano**

**Municipal de Saúde 2014-2017** – Uberaba/MG. Uberaba (MG): SMS. 2014.

SERRA, A. et al. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde debate** [online]. v. 37, n. 97, p. 294-304, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000200011&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000200011&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SILVA, H. R. et al. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com Aids em hospital de referência, Teresina-PI, 1996 a 2009. **Epidemiol Serv Saúde.**, v. 20, n. 4, p. 499-507, 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a09.pdf>>. Acesso em: 24 dez. 2017.

SILVA, N. N. Desigualdades sociais e uso de serviços de saúde: evidências de análise estratificada. **RevSaude Publica**, v. 34, n. 1, p. 44-49, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n1/1380.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

SILVA, J.; FONTES, K. S.; SALDANHA, A. A. W. “**AIDS é uma doença de jovens**”: vulnerabilidade ao HIV/AIDS em pessoas na maturidade e velhice. III Congresso Ibero-Americano de Psicogerontologia; 2009; São Paulo.

SILVA, C. M.; LOPES, F. M. V. M.; VARGENS, O. M. C. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação a Aids. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 3, p. 450-457, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n3/v31n3a07.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

SILVA, K. N.; RAMIRES, J. C. L. O acesso à saúde pública na cidade de Uberaba: caracterização e espacialização. **VII Encontro Interno – XII Seminário de Iniciação Científica**, 2008. Disponível em: <<https://ssl4799.websiteseuro.com/swge5/seg/cd2008/PDF/IC2008-0098.PDF>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SILVEIRA, R. E. et al. Atividade sexual e risco para doenças sexualmente transmissíveis entre idosos de três municípios mineiros. **Revista Nursing**, v. 15, n. 177, p. 87-92, 2013.

SILVEIRA, R. E.; FILIPES, E. M. V.; SANTOS, A. S. Sexualidade e percepção de risco para DST's em idosos da macrorregional do triângulo sul - Minas Gerais. **Biblioteca Lascasas**, v. 11, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0814.php>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SIQUEIRA, F. V. et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangências de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste de Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 39-54, jul./set. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100005)>. Acesso em: 12 dez. 2017.

SOARES, M. B. C. et al. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 4, p. 705-711, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n4/v14n4a08>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

SOUSA, F. J. et al. Condições de vida e saúde de usuários idosos do Programa Saúde da Família. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 219-234, 2015. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/47253>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SOUZA, M. D. D. et al. Conhecimento dos idosos da estratégia saúde da família em relação ao hiv/aids. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 11, p. 4036-4045, 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsecuador/resource/pt/bde-30150>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

TAVARES, D. S. et al. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 32, n. 3, p. 401–413, dez. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25504406>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

TAVARES, D. M. S.; ARAÚJO, M. O.; DIAS, F. A. Qualidade de vida dos idosos: comparação entre os distritos sanitários de Uberaba–MG. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 074–081, 27 out. 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9897/pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

TORRES, R. L.; CIOSAK, S. I. Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.48, n. esp, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-141.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-141.pdf)>. Acesso em: 08 dez. 2017.

UNGLERT, C. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E, (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 4ª ed. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999. p. 221-236.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **RevSaúdePública**, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/224.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834–1840, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012001000003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003)>. Acesso em: 04 dez. 2017.

VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **CadSaude Publica**, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/22.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica

de referência. **Saude soc.** [online], v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

VIEIRA, K. F. L. **Sexualidade e qualidade de vida do idoso**: desafios contemporâneos e repercussões psicossociais. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil. 2012. Disponível em:<<http://tede.biblioteca.ufpb.br/bitstream/tede/6908/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2017.

**ANEXO I – APROVAÇÃO DO CEP**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Conhecimento sobre HIV/AIDS e satisfação com o serviço de saúde de idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família

**Pesquisador:** Álvaro da Silva Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 63901617.5.0000.5154

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triangulo Mineiro

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.041.624

---

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

UBERABA, 02 de Maio de 2017

---

**Assinado por:**  
**Marly Aparecida Spadotto Balarin**  
**(Coordenador)**

## ANEXO II – APROVAÇÃO PELA SECRETARIA DA SAÚDE

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  **PREFEITURA DE UBERABA**

---

INFORMAÇÃO Nº 0001/2017

Uberaba, 10 de Janeiro de 2017.

Senhor Secretário,

Chega a este Departamento a solicitação de autorização para realização de projeto de pesquisa:

**Instituição de ensino:** UFTM  
**Curso:** Enfermagem.  
**Título:** "Conhecimento sobre HIV/AIDS e satisfação com o serviço de saúde de idosos usuários da Estratégia de Saúde da Família"  
**Local de realização:** Estratégias da Saúde da Família (área urbana)

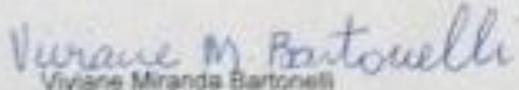
**Objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS e a satisfação dos usuários idosos com os serviços de saúde ofertados na USF.

**Justificativa:** Diante do aumento na expectativa de vida população brasileira, do aumento do número de pessoas contaminadas pelo HIV nas faixas etárias mais elevadas e dos poucos estudos, sobre o conhecimento e as atitudes relacionadas à sexualidade, identificou-se a importância de estudar esta temática. Sendo estudos como estes fontes importantes de informação sobre as expectativas e satisfação dos idosos com os serviços em especial ESF.

**Metodologia:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa. Participarão do estudo, idosos cadastrados nas ESF com idade igual ou superior a 60 anos, num total de 285 (duzentos e oitenta e cinco) participantes, durante um período de 06 meses. Todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

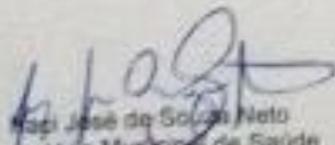
**Comitê de Ética em pesquisa:** A ser encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM. Após conclusão da pesquisa o solicitante se responsabiliza pelo encaminhamento de uma cópia e apresentação da mesma para a equipe técnica desta Secretaria

  
 Silvia Helena S. Oliveira  
 Seção de Educação em Saúde  
 Matrícula 13289-6

  
 Viviane Miranda Bartonelli  
 Seção de Educação em saúde  
 Matrícula 19401-0

As considerações do Secretário Municipal de Saúde

Deferido  
 Indeferido

  
 Naji José de Souza Neto  
 Secretário Municipal de Saúde  
 Decreto 008/2017

**ANEXO III – MEEM****1) Orientação para tempo** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**2) Orientação para local** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que estado vive? \_\_\_\_\_

Em que cidade vive? \_\_\_\_\_

Em que lugar estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**3) Memória Imediata** (1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Carro \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Vaso \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_\_

**4) Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 \_\_\_\_ 93 \_\_\_\_ 86 \_\_\_\_ 79 \_\_\_\_ 72 \_\_\_\_ 65 \_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_

**5) Evocação** (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Carro \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Vaso \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_

**6) Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"

**Nota:** \_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

**Nota:** \_\_\_\_

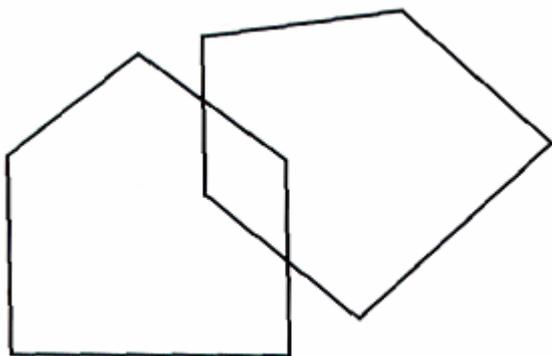
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**7) Capacidade Construtiva Visual** (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

**Nota:** \_\_\_\_\_

**8) TOTAL (Máximo 30 pontos):** \_\_\_\_\_

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos  $\leq$  13 pontos

• 1 a 08 anos de escolaridade  $\leq$  18

• com escolaridade superior a 8 anos  $\leq$  26

**ANEXO IV – QHIV3I****Data:** \_\_/\_\_/

**Por favor, responda as questões abaixo (número 1 ao 14) de acordo com a seguinte ordem:**

Se você concorda com a frase, marque VERDADEIRO (A).

Se você não concorda com a frase, marque FALSO (B)

Se você tem dúvida, marque NÃO SEI (C).

**1 O vírus HIV é o causador da aids.**

A)  VERDADEIRO

B)  FALSO

C)  NÃO SEI

**2 A pessoa com o vírus da aids sempre apresenta os sintomas da doença.**

A)  VERDADEIRO

B)  FALSO

C)  NÃO SEI

**3 O vírus da aids é identificado através de exames de laboratório.**

A)  VERDADEIRO

B)  FALSO

C)  NÃO SEI

**4 O vírus da aids pode ser transmitido por sabonetes, toalhas e assentos sanitários.**

A)  VERDADEIRO

B)  FALSO

C)  NÃO SEI

**5 O vírus da aids pode ser transmitido por abraço, beijo no rosto, beber no mesmo copo e chimarrão.**

A)  VERDADEIRO

B)  FALSO

C)  NÃO SEI

**6 O vírus da aids pode ser transmitido por picada de mosquito.**

A)  VERDADEIRO

- B)  FALSO
- C)  NÃO SEI

**7 A pessoa que usa camisinha nas relações sexuais impede a transmissão do vírus da aids.**

- A)  VERDADEIRO
- B)  FALSO
- C)  NÃO SEI

**8 Existe uma camisinha específica para as mulheres.**

- A)  VERDADEIRO
- B)  FALSO
- C)  NÃO SEI

**9 O uso da mesma seringa e agulha por diversas pessoas transmite aids.**

- A)  VERDADEIRO
- B)  FALSO
- C)  NÃO SEI

**10 A aids é uma doença que ocorre somente em homossexuais masculinos, prostitutas (os) e usuários (as) de drogas.**

- A)  VERDADEIRO
- B)  FALSO
- C)  NÃO SEI

**11 Os indivíduos da terceira idade não devem se preocupar com a aids, pois ela atinge apenas os jovens.**

- A)  VERDADEIRO
- B)  FALSO
- C)  NÃO SEI

**12 A aids é uma doença que tem tratamento.**

- A)  VERDADEIRO
- B)  FALSO
- C)  NÃO SEI

**13 A aids é uma doença que tem cura.**

- A)  VERDADEIRO

- B)  FALSO
- C)  NÃO SEI

**14 A aids é um castigo de Deus para aqueles que cometeram pecados.**

- A)  VERDADEIRO
- B)  FALSO
- C)  NÃO SEI

**15 Você conhece alguma pessoa que seja portadora do vírus da aids?**

- A)  Sim
- B)  Não

**16 Você usa camisinha?**

- A) Se sim responder se:  sempre  às vezes  raramente
- B)  Não

**17 Você já realizou o teste da aids?**

- A)  Sim
- B)  Não

## APÊNDICE I – TCLE

Título do Projeto: Conhecimento sobre HIV/AIDS e o uso dos serviços de saúde de usuário idosos da Estratégia de Saúde da Família

### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo Conhecimento sobre HIV/AIDS e o acesso aos serviços de saúde de usuário idosos nos serviços de saúde ofertados pela Estratégia de Saúde na Família em um município de médio porte do interior de Minas Gerais, por possuir mais de 60 anos e ser usuário dos serviços da ESF de seu município. Os avanços na área das ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é avaliar o conhecimento sobre HIV/AIDS e o uso e acesso aos serviços de saúde dos usuários idosos nos serviços de saúde ofertados pela Estratégia de Saúde na Família em um município de médio porte do interior de Minas Gerais, e caso você participe, será necessário responder a algumas perguntas referente ao uso do serviço e sobre HIV/AIDS. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida, porém se durante a entrevista surgir desconforto ela poderá ser suspensa. Espera-se que os benefícios decorrentes da participação nesta pesquisa sejam aprimorar as políticas públicas do município, desmistificar a concepção negativa da sociedade contemporânea, apresentar subsídios que comprovam que os idosos não são desprovidos de sexualidade, e fomentar embasamento para campanhas que estimulam a prática sexual saudável.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo pois você será identificado com um número.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Título do Projeto: Conhecimento sobre HIV/AIDS e o uso dos serviços de saúde de usuário idosos da Estratégia de Saúde da Família

Eu, \_\_\_\_\_, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão.

Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo. Receberei uma via deste Termo.

Uberaba, ...../...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefone de contato dos pesquisadores Profº Drº Álvaro da Silva Santos 3700-6710**

\_\_\_\_\_

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 3700-6776.

**APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Número de identificação da casa: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Número de identificação do entrevistado: \_\_\_\_\_

1. Data de nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2. Idade: \_\_\_\_\_ anos. 3. Sexo: 1- ( ) M 2- ( ) F

4. Estado Civil

1- ( ) Nunca se casou ou morou com companheiro(a)

2- ( ) Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

3- ( ) Viúvo(a)

4- ( ) Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)

99- ( ) Ignorado

5. Raça:

1- ( ) Branca

2- ( ) Preta

3- ( ) Parda

4- ( ) Amarela

5- ( ) Indígena

6. Religião:

1- ( ) Católica

2- ( ) Evangélica

3- ( ) Espírita

4- ( ) Outra \_\_\_\_\_

7. Escolaridade: \_\_\_\_\_ anos.

8. Aposentado: 1- ( ) Sim 2- ( ) Não

9. Ocupação profissional 1- ( ) Sim      2- ( ) Não  
Qual? \_\_\_\_\_

10. Valor da Renda individual

1 – ( ) Não tem renda

2 - ( ) Menos que 1 salário mínimo

3 - ( ) 1 salário mínimo

4 - ( ) De 1 a 3 salários mínimo

5 - ( ) De 3 a 5 salários mínimo

6 – ( ) mais de 5 salários mínimo

11. Renda Familiar

1 – ( ) Não tem renda

2 - ( ) Menos que 1 salário mínimo

3 - ( ) 1 salário mínimo

4 - ( ) De 1 a 3 salários mínimo

5 - ( ) De 3 a 5 salários mínimo

6 – ( ) mais de 5 salários mínimo

12. Número de filhos: \_\_\_\_\_

13. Quantidade de pessoas que moram em sua residência: \_\_\_\_\_ pessoas.

14. O Sr(a) mora com:

1- ( ) Só (ninguém mais vive permanentemente junto)

2- ( ) Somente com cuidador profissional (1 ou +)

3- ( ) Somente com o cônjuge

4- ( ) Com outros de sua geração (com ou sem cônjuge)

5- ( ) Com filhos (com ou sem cônjuge)

6- ( ) Com netos (com ou sem cônjuge)

7- ( ) Outros arranjos \_\_\_\_\_

8- ( ) Não Sei

99- ( ) Não Respondeu

## B - Características de Saúde e uso dos serviços de saúde

15. Quais serviços de saúde frequenta?

1 - ( ) Público

2 - ( ) Particular

3 - ( ) Ambos

16. Quantas vezes o agente domiciliar realizou visitas domiciliares na sua residência no último ano?

1 - ( ) Uma vez por mês

2 - ( ) A cada 3 meses

3 - ( ) A cada 6 meses

4 - ( ) Uma vez no último ano

5 - ( ) Nenhuma vez

17. Se frequentar Unidade de Saúde/UBS/UMS/ESF, qual a frequência ano?

1 - ( ) Mais de uma vez na semana

2 - ( ) Semanal

3 - ( ) Quinzenal

4 - ( ) Mensal

5 - ( ) Bimestral

6 - ( ) Trimestral

7 - ( ) Semestral

8 - ( ) Anual

9 - ( ) Somente em último caso (uma vez ou outra)

18. Tabagismo

1 - ( ) Sim    2 - ( ) Não    3 - ( ) Ex-tabagista

19. Consumo bebida alcoólica

1 - ( ) Sim    2 - ( ) Não    3 - ( ) Ex-alcoólatra

20. Atividade Física

1 - ( ) Sim    2 - ( ) Não

Tipo de atividade: \_\_\_\_\_

Tempo/frequência: \_\_\_\_\_

### 21. Morbidades

Morbidades	Sim	Não	Ignorado
1- Diabetes	1	2	99
2- Hipertensão Arterial	1	2	99
3- Reumatismo	1	2	99
4- Artrite/artrose	1	2	99
5- Osteoporose	1	2	99
6- Asma ou bronquite	1	2	99
7- Tuberculose	1	2	99
8- Má circulação (varizes)	1	2	99
9- Problemas cardíacos	1	2	99
10- Obesidade	1	2	99
11- AVC	1	2	99
12- Parkinson	1	2	99
13- Alzheimer	1	2	99
14- Incontinência Urinária	1	2	99
15- Incontinência Fecal	1	2	99
16- Constipação	1	2	99
17- Problemas visuais	1	2	99
18- Problemas de coluna	1	2	99

19- Problema renal	1	2	99
20- Tumores benignos	1	2	99
21- Tumores malignos	1	2	99
22- Hipotireoidismo	1	2	99
23- HIV/AIDS	1	2	99
24- Outras	1	2	99

22. Quando você vai a um serviço de saúde são ofertadas informações sobre, IST's e/ou vírus HIV.

0 - ( ) Não

1 - ( ) Sim

23. Caso seja convidado a participar de um grupo para esclarecimentos sobre HIV-AIDS você se interessaria:

0 - ( ) Não

1 - ( ) Sim

2 - ( ) Já participo

24. Quais das seguintes fontes listadas abaixo já forneceram algum tipo de informação sobre o HIV/AIDS para você:

1- ( ) Jornal ou revistas

2 - ( ) Televisão

3 - ( ) Internet

4 - ( ) Agente comunitário de saúde

5 - ( ) Enfermeiro da ESF

6 - ( ) Médico da ESF

7 - ( ) Outro profissional da saúde da ESF

8 - ( ) Outro serviço de saúde

9 - ( ) Livro

10 - ( ) Familiar e/ou amigos