



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS
CURSO DE BACHARELADO EM DIREITO

ADAN HOLIDAY DAMASCENO SANTOS

DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA VIVENDO COM HIV/AIDS:
desafios e possibilidades no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

BELÉM
2019

ADAN HOLIDAY DAMASCENO SANTOS

DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA VIVENDO COM HIV/AIDS:
desafios e possibilidades no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Pará, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Orientadora: Profa. Msc. Dra. Elody Boulhosa Nassar

BELÉM

2019

ADAN HOLIDAY DAMASCENO SANTOS

DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA VIVENDO COM HIV/AIDS:

desafios e possibilidades no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto de Ciências Jurídicas da Universidade Federal do Pará, como requisito obrigatório para obtenção do grau de Bacharel em Direito.

Belém, _____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Prof. Msc. Dra. Elody Boulhosa Nassar
Orientadora - Universidade Federal do Pará

Prof. Msc. Dr. Luís Alberto Gurjão Sampaio de Cavalcante Rocha
Avaliador - Universidade Federal do Pará

Prof. Margarida Maria Ferreira Rodrigues de Carvalho
Avaliadora - Universidade Federal do Pará

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, Nosso Senhor, por nunca ter me abandonado em meus caminhos, por sempre me amparar e me proteger de todo o mal, auxiliando-me nos momentos de complicação e guiando-me com sabedoria para as escolhas certas e prudentes. De igual modo, agradeço também a todas as pessoas que oram por mim e pela minha família e que se lembram de nós com carinho e alegria.

À minha avó, Dona Maria Zélia Gonçalves da Costa, a luz dos meus dias, que foi e ainda é o maior alicerce para a minha formação, sempre incentivadora dos meus estudos e guerreira incansável no cuidado com os netos, buscando a todo tempo nos dar o conforto e o apoio necessários. A sua benção, para mim, é a mais valiosa de todas.

À minha outra avó, Dona Maria José Galvão, que nunca se esqueceu de mim e que, mesmo de longe, também sempre torceu pela minha felicidade.

À minha tão amada irmã, Hagnes Sherma, com quem divido minhas tristezas, minhas inseguranças, meus segredos e minhas alegrias mais íntimas. Não sei o que eu seria sem ela, que é declaradamente a minha maior fã, assim como sou o maior fã dela.

Aos meus pais, Rosélia e Adamor, que apesar das desavenças e dos problemas da vida, sempre estiveram unidos para me ajudar nesta caminhada até aqui, seja me levando na escola embaixo do árduo sol do meio-dia, seja comprando livros e livros sem contestar, para que eu estudasse com toda a tranquilidade. Obrigado por todo o apoio e preocupação.

À minha gigantesca família, tanto aos do lado da mamãe, quanto aos do lado do papai, em especial, à minha Madrinha Roseani Farias e a sua irmã e minha tia de coração, Rosiaura Farias, que sempre quando puderam me ajudavam no que eu precisasse e nunca me negaram nenhum auxílio ou conselho, sou a elas muito grato. Igualmente, e também de forma especial, agradeço a Tia Nazaré, irmã da minha avó, e as minhas primas, Leilane e Ladyane Rodrigues, que sempre acreditaram e torceram por mim e sei que me mandam muitas energias positivas todos os dias.

Ao Centro Acadêmico de Direito Édson Luís (CADEL), instituição indispensável a minha formação como cidadão e jurista, a quem dedico minhas melhores e mais ternas lembranças destes cinco anos de faculdade.

À todos os meus amigos e colegas, com especial lembrança e carinho à Amayna Beatriz Cunha, à Vytória Avelar e ao Walber Azevedo, que estiveram comigo nos momentos mais difíceis e complicados e também compartilharam comigo as mais íntimas felicidades e

alegrias. Tenham certeza que vocês estão guardados dentro do meu coração, no lugar mais especial, e que amo demais cada um de vocês.

À Tia Cynara, mãe da Vytória Avelar, e a sua amiga, Enfermeira Norma, da Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais - UREDIPE, que me deram todo o apoio e tiraram todas as minhas dúvidas no processo de construção desse trabalho. E também agradeço a Tia Maria Lúcia, mãe da Amay, e toda a sua família, por terem praticamente me adotado nestes cinco anos de faculdade.

Ao João Reinaldo Araújo e a sua mãe, Dona Nice, que me acolheram e estiveram comigo nos bons e maus momentos da vida na UFPa. Espero que os nossos laços se tornem cada dia mais fortes e durem para a vida inteira.

À Hamanda Matos, minha quase orientadora, agradeço demais por toda a atenção e paciência que teve comigo, por ser essa mulher incrível e maravilhosa, umas das pessoas que mais admiro na UFPa e na Faculdade de Direito. Torço muito para que ela alcance todo o sucesso do mundo e seja extremamente feliz na sua vida, tanto íntima, quanto profissional.

Ainda, dedico este Trabalho de Conclusão de Curso a todos os meus professores, cada um deixando sua marca na minha vida, em especial, à minha querida e admirada orientadora, Professora Elody Boulhosa Nassar, que é exemplo de profissional e de mestra. Me sinto muito honrado de ter sido orientado por esta grande mulher.

Por fim, à todos aqueles que são discriminados, estigmatizados, que sofrem preconceitos, que estão sendo oprimidos ou ostracizados, por sua cor, crença, opção sexual, por alguma condição física ou mental, em especial, à todos aqueles vivendo com HIV/AIDS e aos idosos que estão sofrendo com as mazelas e os problemas da idade avançada - tenhamos sempre fé, pois a noite nunca é para sempre e a alvorada logo virá.

“O desenvolvimento humano só existirá se a sociedade civil afirmar cinco pontos fundamentais: igualdade, diversidade, participação, solidariedade e liberdade.”

(Herbert José de Sousa - Betinho)

“Quero me formar bem informado/ E meu filho bem letrado/ Ser um grande bacharel (bacharel)/ Se por acaso alguma dor/ Que o doutor seja doutor/ E não passe por bedel.”

(Império Serrano - Eu Quero)

“Como um animal que sabe da floresta/ Redescobrir o sal que está na flor da pele/ Redescobrir o doce no lambar das línguas/ Redescobrir o gosto e o sabor da festa.”

(Gonzaguinha - Redescobrir)

RESUMO

O objetivo da presente monografia é analisar se existem e quais seriam as violações ao direito à saúde da pessoa idosa vivendo com o vírus HIV/AIDS dentro Sistema Único de Saúde (SUS). Buscou-se, de início, destacar os dados sobre as pessoas idosas no Brasil e o seu arcabouço jurídico protetivo. Em seguida, discutir sobre o direito à saúde no Brasil e suas nuances, assim como sobre o HIV/AIDS e a importância do SUS para o enfrentamento da epidemia no país. Por fim, analisou-se quais as violações jurídicas existentes e dissertou-se sobre as perspectivas e possibilidades no tratamento dado aos idosos vivendo com HIV/AIDS no âmbito do SUS. Em conclusão, observou-se que há violações ao direito à saúde dos idosos que os tornam *hipervulneráveis*, muito mais em razão dos preconceitos e estigmas impostos pela sociedade do que por falhas legislativas, jurídicas ou de políticas públicas, existindo um abismo entre o previsto no sistema protetivo do idoso e da pessoa vivendo com HIV em relação ao que é praticado na realidade. Para tanto, a metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e o procedimento monográfico, por meio do método dedutivo.

Palavras-chave: HIV/AIDS. Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde. Pessoa Idosa. Vulnerabilidade.

ABSTRACT

The purpose of this present monograph is to analyze if there is or not and what are violations of older people's rights to health living with HIV / AIDS in the Unified Health System (UHS). Firstly, we sought to highlight data on the elderly in Brazil and their protective legal framework. Then we discuss about the right to health in Brazil and its nuances, such as HIV / AIDS and the importance of UHS to combat the epidemic in the country. Finally, we analyze what are the existing legal violations in this situation and discuss the perspectives and possibilities of treatment given to the elderly living with HIV / AIDS in the UHS scenery. In conclusion, if there is a violation of the right to health of the elderly that becomes hyper vulnerable, even more because of prejudice and stigma imposed by society that causes legislative, legal or public policy failures, subsisting a distance between the protection system of the elderly and the person living with HIV in relation to what is actually practiced. Therefore, a methodology used was a bibliographic research and a monographic procedure, using the deductive method.

Keywords: HIV/AIDS; Right to Health; Unified Health System; Elderly; Vulnerability.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
CFM	Conselho Federal de Medicina
CRFB/88	Constituição Federal de 1988
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNDST/AIDS	Programa Nacional de DST/AIDS
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	VISÃO JURÍDICO-SOCIAL DO “SER IDOSO”: ASPECTOS E GARANTIAS...13	13
2.1	O ser idoso: definições.....	13
2.2	Dados sobre o número de idosos no Brasil.....	16
2.3	A proteção jurídica da pessoa idosa no Brasil	17
2.3.1	O direito da pessoa idosa na Constituição Brasileira	17
2.3.2	A Política Nacional do Idoso: um ensaio para a efetivação dos direitos da pessoa idosa no Brasil.....	20
2.3.3	O Estatuto do Idoso como marco na proteção e efetivação dos direitos da pessoa idosa no Brasil.....	22
3	DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E O HIV/AIDS	25
3.1	Observações sobre a saúde do idoso no Brasil.....	25
3.1.1	A saúde como direito fundamental.....	25
3.1.2	A proteção da saúde do idoso no ordenamento jurídico brasileiro.....	28
3.1.3	Perfil epidemiológico do idoso no Brasil e as doenças sexualmente transmissíveis	33
3.2	Breve histórico jurídico-social do HIV/AIDS no brasil	35
3.2.1	Diferenças entre HIV e AIDS.....	35
3.2.2	Anos 1980 e o início da epidemia	36
3.2.3	Anos 1990 e reorganizações na estrutura de tratamento	37
3.2.4	Anos 2000 e o Brasil na vanguarda da política de combate ao HIV/AIDS.....	38
3.3	A importância do Sistema Único de Saúde no tratamento do HIV/AIDS: o Brasil como referência internacional	39
4	PESSOA IDOSA VIVENDO COM HIV/AIDS - DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	42
4.1	O HIV/AIDS e a terceira idade	42
4.1.1	Dados sobre pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS.....	42
4.1.2	Vulnerabilidades da pessoa idosa vivendo com HIV/AIDS.....	44
4.1.3	Os problemas no atendimento e na atenção à saúde da pessoa idosa vivendo com HIV/AIDS.....	47

4.2 Possíveis violações do direito a saúde da pessoa idosa vivendo com HIV/AIDS dentro do Sistema Único de Saúde	50
4.2.1 A <i>hipervulnerabilidade</i> do idoso vivendo com HIV/AIDS	50
4.2.2 Violações quanto ao processo de prevenção	51
4.2.3 Violações quanto ao processo de diagnóstico	53
4.2.4 Violações quanto ao processo de tratamento.....	56
4.2.5 A questão psicossocial do idoso vivendo com HIV/AIDS.....	58
4.3 Constatações, possibilidades e propostas	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS	64

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende investigar e analisar a existência de violações do direito à saúde, previsto no art. 196 da Constituição Federal de 1988 (CRFB/88) e especificado no art. 15 do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), bem como violações ao art. 230 da CRFB/88, em razão da ausência de políticas públicas efetivas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) que atinjam o grupo específico dos idosos portadores de HIV/AIDS e as falhas na garantia e efetivação daquele direito, bem como os desafios e possibilidades que podem ser observados e discutidos dentro da problemática deste grupo em particular.

O que se observa ao olhar para a história da epidemia de HIV/AIDS no Brasil é que esta sofreu variadas modificações em seu perfil desde sua descoberta nos anos 1980 até os dias de hoje, não existindo mais indivíduos particularmente vulneráveis, estando o ser humano, em todas as fases do ciclo da vida, propício a contaminação, inclusive os idosos.

Assim, o surgimento de um segmento específico dos portadores do vírus formado por pessoas idosas - conforme o critério sócio-normativo estabelecido pela OMS e adotado pelo Estatuto do Idoso que estabelece a pessoa idosa como aquela com idade igual ou superior aos 60 anos - revela um grupo que pode ser classificado como *hipervulnerável*, pois as dificuldades e os estigmas que acompanham as pessoas vivendo com o vírus se somam com as barreiras e estigmas sociais que também são impostos a pessoa idosa.

Essa *hipervulnerabilidade* se revela pela negligência social e total invisibilidade que o grupo aqui discutido sofre, visto que a sociedade vê o idoso como um ser assexuado, impondo a terceira idade certos padrões de comportamento e criando certas expectativas em relação aos papéis sociais que deveriam cumprir, exercendo diversas formas de coerção para que estes realmente se cumpram, sem levar em consideração a singularidade de cada indivíduo.

Tal situação torna esse grupo muito mais propício a ter seus direitos violados, inclusive o direito à saúde, ao qual se limita o debate deste trabalho, pois além do grave estigma social que carregam, ainda têm seu direito à qualidade de vida e a longevidade violados pelo tratamento inadequado, negligente e não específico, o que compromete sua dignidade, sua honra e, inclusive, seu direito à vida, que está intimamente atrelado ao direito à saúde.

Desta forma, busca-se identificar os problemas que perpassam por este grupo no âmbito do sistema SUS e realizar uma discussão sobre os desafios e possibilidades enfrentados para a efetivação do direito ao tratamento e acompanhamento adequados e condignos, inter-relacionando os direitos do portador do HIV/AIDS com os próprios da pessoa idosa, para que se proponham medidas e melhorias sócio jurídicas e se apresentem perspectivas para o futuro,

em que se almeja para as pessoas vivendo com HIV/AIDS um envelhecimento com dignidade, respeito e qualidade de vida.

Para tanto, o método de trabalho utilizado será o hipotético dedutivo, sendo a técnica de pesquisa usada o levantamento bibliográfico e o procedimento monográfico, com a revisão de estudos feitos sobre o HIV/AIDS em idosos e seu atendimento e acompanhamento no SUS, assim como foi realizada a análise da evolução legislativa sobre a temática, com ênfase no atual sistema protetivo.

2 VISÃO JURÍDICO-SOCIAL DO “SER IDOSO”: ASPECTOS E GARANTIAS

2.1 O ser idoso: definições

A velhice e a senilidade são fatos que estão predestinados nas vidas de todos os seres humanos. Assim, salvo se algum infortúnio romper com o processo natural, todos nós chegaremos ao estágio popularmente conhecido como a “terceira idade”, sendo o tempo o principal protagonista destas transformações que posicionam o idoso em face da sociedade contemporânea sob múltiplos enfoques, inclusive, sob a ótica jurídico-social, que é o aspecto explorado nesta monografia.

No entanto, antes de se adentrar mais profundamente na temática, é necessário definir qual o perfil do “ser idoso” que será adotado neste trabalho, pois o “ser idoso” não é definido sob um único critério universal, sendo os pontos de vista diversos e variados. Neste sentido, Nassar (2014) destaca a existência das acepções de ordem econômico-financeira; psicológica (ou subjetiva); cronológica (temporal); e a velhice sob o ponto de vista social e legal.

O critério econômico financeiro define a pessoa idosa, segundo Nassar (2014, p. 24) como toda aquela que passou para a inatividade, ou seja, sob o signo da aposentadoria e do afastamento do mercado de trabalho e do meio produtivo, não levando em conta aspectos biológicos, sendo um conceito pouco preciso. Em seguida, Nassar (2014, p. 57) apresenta outro critério que se mostra mais complexo e incerto, por não dispor de parâmetros objetivos, que é o critério psicológico, que se refere ao tempo que cada indivíduo, em sua singularidade, leva até se sentir idoso, ou seja, dependerá da experiência pessoal e de vida de cada um.

De forma mais precisa e sólida têm-se o critério cronológico - ou burocrático, como denominado por Sousa (2004, p. 23) - que é o mais adotado mundialmente, apesar de não contemplar a gama de fatores propostos pelos outros critérios, conforme ressalta Nassar (2004, p. 62). Assim, passa-se a ser idoso a partir do alcance de um marco temporal exato, cercado o termo de formalidades. No Brasil, dentre outros marcos, podem ser destacados dois em especial - inicialmente o visualizado na Constituição Federal (CRFB/88), que em seu art. 230, §2º, indica ser o idoso a pessoa com mais de 65 anos de idade, nos termos abaixo:

Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.
§ 2º Aos **maiores de sessenta e cinco anos** é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (Grifo Nosso).

E o segundo marco temporal, mais direto e específico, pode ser visualizado no Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), em seu art. 1º, exposto a seguir:

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Entretanto, apesar da segurança que concede, este critério é muito rígido, necessitando de elementos que o complementem para que não seja tão somente uma marca a ser ultrapassada. Para tanto, nos é apresentado o critério social e legal (ou sócio-legal), que “relaciona-se às normas, crenças, estereótipos e eventos sociais que controlam por meio do critério etário o desempenho dos idosos” (Nassar 2004, p. 72).

O idoso, sob esta ótica, é visto dentro do contexto sociocultural em que vive, aliado ao conceito estritamente legal, não como algo fixo, burocrático, mas de forma fruída, que evolui ao longo do tempo acompanhando as transformações sociais. Assim, como assevera Andrade (2013, p. 3547), o ser idoso é antes um estado próprio do ser humano, com especificidades culturais, ambientais, individuais, coletivas e variáveis de acordo com cada época e lugar.

Em vista destas informações, o critério mais adequado para a análise acerca do perfil do que é “ser idoso” é o critério sócio-legal, por conseguir abarcar o critério cronológico e sua visão mais objetiva, que elege um limite etário como parâmetro para o início da terceira idade, mas também por reconhecer que esse marco não é definitivo, mas mutável conforme os avanços sociais e temporais.

O marco adotado aqui será o de 60 anos, em consonância com o previsto no Estatuto do Idoso e com as investigações e dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), que afirmam ser esta a idade em que se inicia, nos países em desenvolvimento, a fase idosa da vida.

Ao determinar que idoso é pessoa com idade igual ou maior que sessenta anos a legislação em comento buscou um critério uniforme, proveniente de investigações científicas da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera idosas pessoas de sessenta e cinco anos ou mais nas nações desenvolvidas e de sessenta anos ou mais nas nações em desenvolvimento. A Política Nacional do Idoso e o Estatuto pátrio seguiram tais diretrizes, já que o Brasil é considerado país em desenvolvimento (BARLETTA, 2010, p. 32).

Adiante, é necessário também examinar a origem dos termos “Idoso”, “Velho” ou “Velhice”, “Terceira idade” e “Melhor Idade”, que são corriqueiramente utilizados de forma sinônima, mas têm significados e pesos sociais diferentes, sendo a análise destas expressões uma operação crucial para se entender qual era a posição eleita pela sociedade no passado para a pessoa idosa e qual a posição ocupa no presente.

Conforme os ensinamentos de Nassar (2010, p. 37), a velhice ao longo dos tempos era vista como um período descendente, de declínio ou, como na associação feita pelo filósofo grego Hipócrates, assemelhava-se a um inverno, sendo os idosos vistos pela sociedade euro-ocidental, pelo menos até o século XIX, sob um olhar de desprezo e inutilidade.

No entanto, do final do século XIX até os anos de 1960, a expressão *velho*, conforme afirma Barbieri (2012, p. 117) passou a ser marcada pela ambiguidade, pois detinha tanto conotações positivas – como a afetividade na vida privada como nas expressões *Meu Velho!* – quanto conotações negativas enraizadas nos estigmas construídos ao longo dos séculos. Porém, a partir da segunda metade do século XX, com o crescimento do mercado de consumo e do número de idosos, começa uma revolução eufemista na visão do estar na terceira idade.

Com a mudança do perfil etário atestada pelos dados destacados por Nassar (2010, p. 13), como o da Organização das Nações Unidas (ONU), passou-se a considerar o período de 1975 até 2025 como a “Era do Envelhecimento”, em razão do crescimento marcante de indivíduos com idade igual ou superior aos 60 anos. Isto, somado a paulatina queda na taxa de natalidade, levou a substituição da utilização da palavra *velho* pela palavra *idoso* como signo representativo da *terceira idade*, agora formada por pessoas com poder aquisitivo e ainda ativas, em contraposição ao termo deixado para trás que continuou ligado a imagem de pobreza e doença, como assevera Barbieri (2012, p. 117).

Entretanto, alerta Barbieri (2012, p. 116-117) que o tratamento deste grupo como a *melhor idade* ou a utilização da palavra *idoso* estão ainda acompanhadas de certo eufemismo, pois, apesar de positivas, tendem a se relacionar com a tentativa meramente mercadológica de atrair este novo nicho de consumidores e também buscam camuflar a visão depreciativa e velada que a sociedade infelizmente ainda tem sobre a terceira idade.

Essa investigação sobre a evolução dos termos e a conotação de cada um deles ajuda a visualizar a hipossuficiência e a vulnerabilidade da pessoa idosa dentro da sociedade, o que justifica o amparo especial dado pelo Estado a esta parcela da população, situação que ganha contornos maiores quando se constata que o número de idosos no Brasil e no mundo só tende a crescer, conforme se verá a seguir, exigindo-se um olhar mais comprometido sobre a terceira idade.

2.2 Dados sobre o número de idosos no Brasil

O processo de envelhecimento populacional é um processo vivido não só a nível nacional, como também em escala global. Este fenômeno pode ser descrito como uma verdadeira mudança no perfil etário do planeta, deixando a população paulatinamente de ser majoritariamente jovem e dando lugar a uma parcela crescente de idosos, principalmente com os avanços na medicina e, em alguns países, na qualidade de vida da população, o que contribui para a longevidade.

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na estrutura etária da população, na qual se observa um aumento do peso relativo de pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Nas últimas três décadas, esse fenômeno vem acontecendo no Brasil de forma mais rápida e intensa, sendo que o número absoluto de pessoas com 60 anos aumentou, em média, nove vezes. (ANDRADE, 2013, p. 3545).

O Envelhecimento populacional no Brasil acompanha a tendência mundial, sendo gradativo e iniciando-se a partir dos anos de 1960, conforme dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) citados por Nassar (2014, p. 123-124), quando a taxa de crescimento começou a declinar juntamente com quedas na taxa de fecundidade, diminuindo de 3,04% ao ano, no período de 1950-1960, para 1,05% ao ano, em 2008, podendo alcançar 0,291%, em 2050. Assim, a queda na taxa de fecundidade levou ao crescimento no número de idosos no país, apontando-se no censo de 2010 o número de 20 milhões de idosos, o que corresponde a 11% da população nacional.

Em acréscimo, Veras (2009, p. 549) afirma que o número de pessoas idosas no Brasil ultrapassou a marca de 3 milhões em 1960, passando para 7 milhões no ano de 1975 e alcançando 20 milhões em 2008, o que seria um aumento espantoso da população idosa em 700% ao largo de 50 anos.

Segundo o IBGE (2019), haverá uma mudança da estrutura etária brasileira, com a modificação de uma pirâmide populacional de base larga (jovem) para uma pirâmide de base estreita e topo ampliado (idoso), com o número de idosos ultrapassando o de jovens no ano de 2031, segundo as projeções realizadas pelo órgão, quando haverá 42,3 milhões de jovens (0-14 anos) e 43,3 milhões de idosos (60 anos ou mais).

As projeções publicadas pelo IBGE (2019) ainda avançam mais, apontando que no ano de 2055 haverão 34,8 milhões de jovens (0-14 anos) e 70,3 milhões de idosos (60 anos ou mais), ou seja, serão 202 idosos para cada 100 jovens, o dobro de pessoas na terceira idade do que os

que se encontrarão ainda na faixa de 0 a 14 anos. No Brasil, atualmente, são 28 milhões de idosos (60 anos ou mais) em face de 44,5 milhões de pessoas jovens (0-14 anos).

A OMS prevê fenômeno semelhante em escala global, conforme informou a Agência de Notícias da ONU (2014), afirmando que nas décadas vindouras a população mundial com mais de 60 anos irá sair do atual patamar de 841 milhões para o de 2 bilhões no ano de 2050, sendo que em 2020, pela primeira vez na história, haverá um número maior de idosos do que de crianças até cinco anos de idade.

No entanto, apesar do aparente aumento da longevidade, não há aqui sinonímia com qualidade de vida, conforme destacado trecho da notícia retro mencionada:

“Embora as pessoas estejam vivendo mais, elas não necessariamente estão mais saudáveis”, alertou a Organização. “A menos que os sistemas de saúde encontrem estratégias eficazes para resolver os problemas enfrentados por uma população mundial mais envelhecida, a crescente carga de doenças crônicas vai afetar muito a qualidade de vida dos idosos”, ressaltou.

Ante todos os dados apresentados, é inegável a importância da questão referente ao amparo e auxílio à pessoa idosa, principalmente no campo jurídico-social, pois um aumento da população idosa exige um sistema jurídico que abarque e proteja seus direitos de forma efetiva, servindo de motor transformador da sociedade e da família nessa relação com a terceira idade, e como ferramenta para a efetivação de políticas públicas para esta população, pois, conforme destaca Andrade (2013, p. 3544), a estrutura atual de serviços de atenção ao idoso se encontra muito aquém das necessidades deste grupo etário, precisando de melhorias urgentes com vistas ao fenômeno populacional que ocorrerá nos próximos anos.

2.3 A proteção jurídica da pessoa idosa no Brasil

2.3.1 O direito da pessoa idosa na Constituição Brasileira

A legislação pátria avançou a passos lentos acerca da proteção ao idoso, com algumas Constituições fazendo menções tímidas à direitos específicos para este grupo e uma legislação árida quase inexistente no que toca ao sistema protetivo do idoso, conforme ressaltava Barletta (2012, p. 79), ao afirmar que tais menções feitas à pessoa idosa em todas as cartas constitucionais antes de 1988 referiam-se somente a questão da assistência previdenciária, sendo as cartas de 1824 e 1891 totalmente silentes sobre o assunto.

A grande mudança paradigmática ocorreu com a Constituição Cidadã de 1988, que trata a pessoa idosa de forma especial, abandonando inclusive o vocábulo *velho* presente nas redações das cartas anteriores e elencando em suas disposições uma visão progressista e ativa da pessoa idosa, bem como “não se limitou apenas a apresentar disposições genéricas nas quais pudessem ser incluídos os idosos” (CIELO; VAZ, 2009, p. 34).

A primeira referência feita à pessoa idosa situa-se no campo da previdência e da assistência, com a garantia de concessão de um salário mínimo mensal à pessoa idosa que comprove não possuir meios de prover sua própria manutenção ou mesmo de ser auxiliado por sua família, conforme determina o art. 203, V, da CRFB/88, inserindo-se dentro do campo de proteção da política assistencialista como compromisso do constituinte, conforme se observa do inciso I do mesmo artigo:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:
I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

Ressalta Faleiro (2007, p. 44) que no art. 204, II, também está prevista a “participação da população por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis”, ou seja, os idosos devem ser um dos grupos protagonistas na construção e execução da política de assistência.

No campo específico da previdência, pode-se destacar o art. 201, I, da CRFB/88, que determina como um de seus campos de alcance a cobertura da idade avançada, assegurando e amparando a pessoa idosa.

O idoso, genericamente, também é objeto de todos os outros mandamentos e desígnios constitucionais, como o direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança, à propriedade, dentre outros direitos e garantias. Porém, a CRFB/88 privilegiou a pessoa idosa dedicando-lhe um capítulo próprio em conjunto com a família, a criança e o adolescente, podendo-se destacar logo o art. 229, em que se lê: “Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

Segundo Moraes e Teixeira (2018, p. 2246) o dispositivo referido acima foi a maneira encontrada pelo constituinte de compartilhar as responsabilidades sobre as pessoas vulneráveis, desonerando em parte o Estado, pois uma tutela solitária de sua parte lhe acarretaria um ônus exagerado e teria como consequência uma proteção pouco efetiva, tutelando desta forma dois polos vulneráveis – o idoso e o menor – com espreque no princípio da solidariedade.

Percebe-se que tanto os deveres parentais quanto os filiais são exigências impostas pelo princípio da solidariedade, no âmbito da família. As obrigações se justificam em prol da dignidade daqueles que, de alguma forma, padecem de algum tipo de vulnerabilidade, demandando do outro (pais ou filhos) auxílio, de modo a suprir o *déficit* de discernimento, saúde ou mesmo econômico (MORAES; TEIXEIRA, 2018, p. 2246).

De forma muito mais especial e direcionada, tem-se o art. 230 da CRFB/88, ao determinar em seu *caput* que “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. A normativa tem cunho fortemente protetor e busca manter a pessoa idosa na dinâmica social e exercendo papel ativo, com a devida proteção e amparo da coletividade.

Assim, a lógica anterior atrelada à ideia do idoso como um ser velho, decrépito, ultrapassado, mudou com base em um verdadeiro compromisso constitucional sustentado na convivência intergeracional, na dignidade da pessoa idosa, na preservação da memória e de identidades culturais e, enfim, no respeito aos direitos humanos da pessoa idosa.

Mais do que reconhecimento formal e obrigação do Estado para com os cidadãos da terceira idade, que contribuíram para seu crescimento e desenvolvimento, o absoluto respeito aos direitos humanos fundamentais dos idosos, tanto em seu aspecto individual como comunitário, espiritual e social, relaciona-se diretamente com a previsão constitucional de consagração da dignidade da pessoa humana. (MORAES, 2007, p. 805)

Por fim, sustenta Barletta (2012, p. 81) que independentemente da posição topográfica em que se encontra o art. 203, a proteção ao idoso que este assegura pode ser considerada direito fundamental, mesmo que não conste dentro do título II da CRFB/88, pois “como os direitos fundamentais possuem conteúdo materialmente aberto, torna-se possível a existência de outros da mesma natureza contidos em distintas partes do texto constitucional” (BARLETTA, 2012, p. 82).

Assim, por ser direito fundamental, deve desfrutar dos mesmos privilégios sob os quais repousam as normas inseridas no Título II da CRFB/88, tais como a imprescritibilidade, a irrenunciabilidade, a inviolabilidade, a universalidade, a efetividade, dentre outros, principalmente no presente momento em que se caminha para o crescente aumento do número de idosos na distribuição populacional brasileira.

Como caminho para a efetivação e proteção do direito de amparo do idoso como verdadeiro direito fundamental, o legislador promulgou a Lei nº 8.842/1994, dispondo sobre a Política Nacional do Idoso, lançando as bases para o amadurecimento jurídico do tema e

servindo de diretriz para a promoção da participação e inserção do idoso na sociedade em que vive, bem como a sua autonomia, num esforço para mudar o enraizado estigma da velhice.

2.3.2 A Política Nacional do Idoso: um ensaio para a efetivação dos direitos da pessoa idosa no Brasil

A Lei nº 8.852/94, regulamentada pelo Decreto nº 1.948/96, traz ao ordenamento jurídico pátrio com ineditismo uma política nacional especificamente voltada para o idoso, tendo como principais articuladores, conforme destaca Alcântara (2016, p. 360), a Ordem dos Advogados do Brasil, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, a Associação Nacional de Gerontologia e a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

A Política Nacional do Idoso surgiu após várias reivindicações sociais e como resultado de intensos debates realizados de forma ampla por todo o país, com profissionais de várias áreas e principalmente com a participação dos idosos, os destinatários dessa política.

Essa lei é fruto de reivindicações feitas pela sociedade, sendo resultado de inúmeros debates e consultas ocorridas nos Estados e Municípios, nos quais participaram idosos em plena atividade, aposentados, educadores, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias entidades representativas desse seguimento, que elaboraram um documento que se transformou no texto base da lei. (CIELO, 2009, p. 38).

A finalidade da norma, conforme os seus arts. 1º e 2º é a de assegurar os direitos sociais do idoso, no intuito de promover a autonomia, integração e participação efetiva destes na sociedade, demonstrando realmente que a lei surgiu como tentativa de modificar os estigmas que a terceira idade carrega e os entraves que são impostos a esta população, adotando como marco delimitador a idade de 60 anos, algo que será repetido e confirmado pelo Estatuto do Idoso dez anos depois.

A Política Nacional do Idoso aponta também princípios (art. 3º) e diretrizes (art. 4º) que funcionam como norte de sua aplicação e incidência. Dentre os princípios, estão o da proteção e autonomia da pessoa idosa (Inciso I), da informação e esclarecimento sobre a terceira idade (Inciso II), da não discriminação contra o idoso (Inciso III), do protagonismo da pessoa idosa (Inciso IV) e da pluralidade socioeconômica das pessoas idosas (Inciso V).

Acerca das diretrizes que servem de luz à concretização da política, estes são diversificados e tentam abarcar vários aspectos de inserção do idoso e de implementação do projeto na sociedade.

Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso a: (a) viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações; (b) participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; (c) priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; (d) descentralização político-administrativa; (e) capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços; (f) implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo; (g) estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; (h) priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família; (i) apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento. (RULLI NETO, 2003, p. 103-104).

Após, a lei começa a tecer detalhes sobre os responsáveis pela implementação da Política Nacional do Idoso e sobre a criação e o funcionamento do Conselho Nacional do Idoso e seus congêneres estaduais e municipais, formados por organizações do governo e também pelas organizações não-governamentais. Tais órgãos deveriam ser os principais fortalecedores da política proposta, porém Alcântara (2016, p. 363) destaca que estes não têm a autonomia necessária para tanto, funcionando sem condições mínimas e praticamente sem voz frente ao Poder Executivo.

Aliás, ainda destaca Alcântara (2016, p. 366) que a Política Nacional do Idoso acabou fadada a insuficiência e a ineficácia por conta de vários problemas acerca de sua gestão e na articulação entre os órgãos que foram designados para gerir e cuidar de sua efetivação, mostrando-se ao fim das contas como uma legislação de ensaio e primeiro passo para o amadurecimento de um campo jurídico protetivo realmente forte em favor da pessoa idosa.

Infelizmente, essa legislação não tem sido eficientemente aplicada. Isto se deve a vários fatores, que vão desde contradições dos próprios textos legais até o desconhecimento de seu conteúdo. A área de amparo à terceira idade é um dos exemplos que mais chama atenção para a necessidade de uma ação pública conjunta, pois os idosos muitas vezes são vítimas de projetos implantados sem qualquer articulação pelos órgãos de educação, de assistência social e de saúde, o que contraria a ideia do capítulo 3º, parágrafo único, da referida lei que determina que os Ministérios das áreas de saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a Política Nacional do Idoso. (CIELO; VAZ, 2009, p. 38)

Assim, em razão da inefetividade e das críticas a Lei nº 8.842/94, por conta da falta de realização das várias medidas de proteção e ações previstas, foram reiniciados os debates que, finalmente, culminaram na elaboração de um documento mais forte e efetivo, que é a Lei nº

10.741/2003, mais conhecida como o “Estatuto do Idoso”, sendo inspirada e “formada a partir da experiência social do Estatuto da Criança e do Adolescente” (ALCANTARA, 2016, p. 364).

2.3.3 o Estatuto do Idoso como marco na proteção e efetivação dos direitos da pessoa idosa no Brasil

Após amplos debates acerca da necessidade de melhorar e assegurar a proteção do idoso, para que se regulamentasse de maneira mais eficaz o art. 230 da CRFB/88, entrou em vigor no ordenamento jurídico brasileiro, em 2003, o Estatuto do Idoso, prevendo de forma muito mais profunda e minuciosa vários direitos já consagrados na Carta Magna para todos os cidadãos, como o direito à vida, a saúde, a segurança, entre outros. Teve como mérito também “trazer a lume os problemas da terceira idade no cenário social e político brasileiro” (MORAES; TEIXEIRA, 2019, p. 2249).

A referida legislação é norteada por três princípios extremamente importantes para a compreensão e interpretação de seus dispositivos que, de acordo com Barletta (2010, p. 94), são os da proteção integral do idoso, da absoluta prioridade outorgada ao idoso e do melhor interesse do idoso que, se sintetizados, buscam tanto amparar e proteger esse personagem que viveu a margem dos interesses sociais por muito tempo, bem como dar-lhe protagonismo, concedendo-lhe poder real de escolha e de voz.

Acerca do princípio da proteção integral do idoso, este é extraído da dicção de seu art. 2º, exposto a seguir:

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

O referido princípio, conforme destacam Machado e Leal (2018, p. 78), revela o caráter peculiar e único dos direitos fundamentais aplicados a pessoa idosa, necessitando de uma tutela diferenciada e especial, pela própria condição desta parcela da sociedade, abrangendo todos os aspectos de sua vida, permitindo-lhes o crescimento e desenvolvimento moral, intelectual, espiritual e social sem óbices ou barreiras.

Em síntese sobre esse princípio, pode-se aferir o seguinte:

Quer-se, com isso, que a pessoa idosa tenha não só oportunidades, mas também facilidades para preservar sua saúde psicofísica, para se aperfeiçoar em nível moral, intelectual, espiritual e social, para gozar de todos os seus direitos de ser humano, com a proteção integral que emana de cada linha e entrelinha de

seu Estatuto, o qual, já de início, põe em relevo a liberdade e dignidade das pessoas que vivenciam a terceira idade (BARLETTA, 2019, p. 95).

O segundo princípio é o da absoluta prioridade, que coloca o idoso em relação de preferência e antecedência no que concerne a consecução das políticas públicas e efetivação de direitos fundamentais, como um desdobramento do princípio da proteção integral, o que “acarreta obrigações para a sua família, para a comunidade e a sociedade em que se insere e para o Poder Público” (BARLETTA, 2019, p. 102).

De maneira mais clara, Machado e Leal (2018, p. 81), citando Indalêncio (2007), definem o princípio como uma verdadeira vantagem jurídica, com prevalência absoluta dos direitos da pessoa idosa, tornando-os especialíssimos, o que se justifica pelo histórico de violações dos seus direitos e da própria fragilização que lhes acomete pela avançada idade, necessitando de uma atenção especial, tal como ocorre na construção jurídica referente à criança e ao adolescente.

Ambos os princípios apresentados conformam, de acordo com Barletta (2010, p. 106), o princípio do melhor interesse do idoso, que tem inspiração no Estatuto da Criança e do Adolescente, que alberga em seu respectivo texto o princípio do melhor interesse da criança e do adolescente, sendo análogos, compartilhando a característica de dar destaque a estes grupos pela vulnerabilidade por conta da idade - tenra neste e avançada naquele - reconhecendo a singular aplicabilidade do direito em favor de tais grupos.

[...] o princípio do melhor interesse do idoso não se reduz a um princípio setorial; aliás, “as denominadas ‘orientações setoriais’ nem sempre são eficientes para a tutela da personalidade e dos direitos fundamentais da pessoa humana”. Logo, o princípio de que se trata é expressão do princípio constitucional da dignidade da pessoa considerada em suas peculiaridades. Em outras palavras, “o princípio do melhor interesse do idoso, de base constitucional, é consectário natural da cláusula geral de tutela da pessoa e, por excelência, fonte da proteção integral que é devida ao idoso” (BARLETTA, 2014, p. 129).

Assim, pode-se dizer que o melhor interesse do idoso é muito mais do que buscar especializar e dar relevo a sua condição dentro da sociedade, mas é um instrumento de incentivo ao protagonismo destes, trazendo mecanismos de educação e conscientização da sociedade, como destaca Rulli Neto (2003, p. 42), exigindo das pessoas a participação e envolvimento para que se torne efetivo o previsto no Estatuto do Idoso e se incorporem aos valores sociais as suas diretrizes.

Os três princípios dão o tom interpretativo para a gama de direitos e garantias albergados pelo Estatuto do Idoso que, apesar de algumas falhas iniciais, como destacam Cielo e Vaz (2009, p. 45), é um importante marco de avanço, sendo imprescindível que este continue sendo

debatido e discutido para que possa adentrar em todos os espaços possíveis, conscientizando a sociedade e modificando a visão ultrapassada e decadente sobre a terceira idade.

Acerca dos direitos previstos pelo Estatuto, suas implicações e desenvolvimento, estes podem ser sintetizados e visualizados da seguinte forma:

Todos esses direitos são desenvolvidos ao longo do Estatuto de forma peculiar, destinada exclusivamente ao idoso, de modo a tutelá-lo em suas circunstâncias especiais. Ademais, a fim de protegê-lo integralmente, constam estatuídas medidas gerais e específicas de proteção, bem como toda a política de atendimento ao idoso que engloba disposições gerais, trata em capítulo específico das entidades de atendimento ao idoso, da sua fiscalização, das infrações administrativas e sua apuração e da apuração judicial de irregularidades nas entidades. Há também, no referido Estatuto, um Título exclusivo dedicado ao acesso à justiça, em que são definidas as atribuições do Ministério Público para com a pessoa idosa e a proteção judicial de seus interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos. Ao final, a Lei tipifica crimes praticados especificamente contra a pessoa idosa e estabelece sanções penais aos transgressores (BARLETTA, 2010, p. 95).

Outros direitos contemplados pelo estatuto e que podem ser destacados são a solidariedade da obrigação alimentar em favor do idoso, podendo este escolher quem irá lhe prestar alimentos (art. 12); a confirmação da previsão constitucional do art. 203, V, da CRFB/88, em seu art. 34, estabelecendo a concessão do benefício mensal de um salário mínimo aos maiores de 65 anos que não tenham como manter a sua própria subsistência, desde que assim comprovem; ainda, pode-se destacar também os arts. 39 a 42 do estatuto, que especifica o direito ao transporte da pessoa idosa, ressaltando, por exemplo, o direito à gratuidade com a prova por meio de qualquer documento e o resguardo da prioridade e da segurança dos idosos.

Entretanto, urge destacar um dos direitos mais importantes albergados pelo estatuto, ponto central deste trabalho, que é o direito à saúde, que se destaca principalmente em razão da condição natural de maior fragilidade e suscetibilidade a enfermidades que acometem as pessoas idosas, conforme ressalta Barletta (2010, p. 39), necessitando de um amparo especial para a proteção de sua integridade psicofísica e moral.

Nesse mister, o Art. 15 do Estatuto do Idoso dispõe que “É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”.

O acesso igualitário explicitado no texto da norma refere-se a igualdade material, em vistas da situação distinta da pessoa idosa, que precisa de atendimento específico e atenção diferenciada, principalmente aquela vivendo com doenças crônicas, tais como o HIV/AIDS,

como se pode verificar no §1º, inciso II e III, do art. 15 (Atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios e unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social).

No entanto, apesar da previsão constitucional e normativa de proteção ao idoso e da garantia de seu direito à saúde, as dificuldades estruturais e fáticas de acesso ainda existem e persistem, como afirmam Pereira *et al* (2009, p. 47) sendo as doenças crônicas representantes principais das causas de incapacidade, assim como são a maior razão para demanda por serviços de saúde.

No que toca especificamente às pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS, que são o objeto central deste trabalho, podem ser destacados o §2º do art. 15, em que se determina ao Poder Público o fornecimento gratuito aos idosos de medicamentos de uso contínuo referentes ao tratamento, habilitação ou reabilitação, bem como o §4º do mesmo artigo que determina que os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante (A AIDS em seu estágio avançado pode levar à limitação incapacitante) terão atendimento especializado.

Assim, apesar de no papel haver um amparo condigno aos idosos e previsão constitucional e normativa bastante protetiva, vê-se que no plano fático ainda são ausentes políticas públicas efetivas e falta o acesso ao atendimento e tratamento especializado e voltado para a pessoa idosa, sendo dificultosa a garantia e a conquista, no plano da realidade, de seu direito à saúde, seja por ação ou por omissão do Estado e dos outros atores apontados pela legislação como garantidores da proteção integral da pessoa idosa.

3 DIREITO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA E O HIV/AIDS

3.1 Observações sobre a saúde do idoso no Brasil

3.1.1 A saúde como direito fundamental

Os direitos e garantias fundamentais estão topograficamente listados logo no início da Constituição Federal, abrangendo uma gama de valores e princípios considerados de extrema importância - verdadeiros alicerces do Estado Brasileiro - sendo um todo harmônico que funciona como uma bússola para o legislador e para o intérprete, que devem pautar os seus labores com respeito e obediência a estas especiais prescrições.

Apesar da complexidade inerente a discussão sobre os direitos fundamentais, é possível conceber uma definição como ponto de partida para melhor explorá-los. Tais direitos podem ser conceituados, de acordo com Cunha Junior (2012, p. 573), como prescrições básicas voltadas aos seres humanos, inscritos nos diplomas/Constituições de cada Estado, estando garantidos e limitados dentro do espaço e do tempo, assegurados conforme a medida e a escolha particular de cada país.

Ao observar esta definição, é impossível não rememorar e até confundi-la com a ideia de *direitos humanos*, o que é esclarecido por Sarlet (2019, p. 386) que aponta a especial utilização deste termo no campo da filosofia, da política e dos tratados internacionais, ou seja, de forma mais universalista, enquanto a opção terminológica pelo termo *direitos fundamentais* na CRFB/88 é mais consentânea “com o significado e conteúdo de tais direitos na Constituição, tanto em homenagem ao direito constitucional positivo, quanto em virtude do regime jurídico reforçado dos direitos assegurados pelo constituinte” (SARLET, 2019, p. 386).

Ainda, Cunha Junior (2012, p. 638-640) aponta como características desse grupo essencial de direitos a *historicidade* (os direitos fundamentais são uma construção histórica que refletem os ideais de cada período histórico); a *imprescritibilidade* (o não uso deste direitos não acarreta a sua prescrição); a *relatividade* (a inexistência de direito fundamental absoluto); a *inalienabilidade* (em regra, eles não podem ser alienados ou doados a terceiros); a *indisponibilidade* (não é possível renunciar de maneira absoluta aos direitos fundamentais); e a *indivisibilidade* (eles têm de ser avaliados de forma conjunta, não podendo ser fatiados).

A respeito da historicidade dos direitos fundamentais, é necessário esclarecer que estes não surgiram de uma só vez, mas foram paulatinamente reconhecidos e consagrados em diferentes momentos históricos. Em razão disso, para fins didáticos, são divididos em *gerações* ou *dimensões* de direitos, que não se sobrepõem uns sobre os outros, mas se complementam.

Contudo, é preciso insistir, desde logo, que os direitos não se encaixarão em apenas uma das dimensões, nem será possível estabelecer uma linha divisória estrita e precisa entre categorias individuais de direitos e categorias sociais ou de exercício coletivo (TAVARES, 2015, p. 351).

Com base nesta divisão, tais direitos podem ser agregados como os de primeira, segunda e terceira geração, sendo ainda acrescentadas por alguns doutrinadores, como Bonavides (2008, p. 524-525), a quarta e a quinta gerações.

Em síntese aos ensinamentos de Tavares (2015, p. 351-353), os direitos de primeira dimensão são os surgidos junto com o Estado Liberal no século XVIII, englobando os direitos individuais e políticos, classicamente conhecidos como os de contraposição ao poder do Estado.

Por sua vez, os de segunda dimensão são os direitos sociais, que demandam prestações positivas do Estado, necessárias para a satisfação de direitos, saindo de sua situação de inércia para ação efetiva como meio, inclusive, de concretizar os princípios da isonomia e da dignidade da pessoa humana.

Já os direitos de terceira dimensão seriam os relacionados à titularidade coletiva ou difusa, tais como os ligados ao consumidor e ao meio ambiente. Por sua vez, a quarta dimensão, conforme ressalta Bonavides (2008, p. 524), albergaria os direitos universais referentes a globalização política e, por fim, a quinta dimensão seria aquela onde caberia destacar o direito à paz.

O direito à saúde, que é um dos campos de pesquisa deste trabalho, está localizado dentro do grupo dos direitos de segunda dimensão (sociais), tendo em vista seu caráter eminentemente prestacional e a necessidade de sua consecução como ferramenta para afirmação do princípio da isonomia e para que o ser humano possa gozar de forma plena dos outros direitos e garantias fundamentais.

A conceituação da saúde deve ser entendida como algo presente: a concretização da sadia qualidade de vida. Uma vida com dignidade. Algo a ser continuamente afirmado diante da profunda miséria por que atravessa a maioria da nossa população. Consequentemente a discussão e a compreensão da saúde passa pela afirmação da cidadania plena e pela aplicabilidade dos dispositivos garantidores dos direitos sociais da Constituição Federal (ROCHA, 1999. p. 43)

A Constituição Federal de 1988 consagra o direito à saúde de forma expressa em seu art. 196, declarando-o como direito de todos e delegando ao Estado o dever de concretizá-lo. Ainda, conforme ressalta Tavares (2015, p. 723-724) declara também que as ações e serviços de saúde são considerados de relevância pública (art. 197, CRFB/88), sendo incumbência do Poder Público a regulamentação, fiscalização e controle, inclusive sobre as instituições privadas que prestem serviços de saúde. Por fim, para realçar a importância do Poder Público na consecução dos serviços de saúde, a CFRB/88 destaca em seu art. 200 várias iniciativas que precisam ser desenvolvidas para garanti-lo e efetivá-lo.

Neste sentido, Santos (2009, p. 90) destaca a tamanha importância que a Constituição dá ao direito à saúde, consagrando-o como elemento essencial para fruição de outros direitos, conforme se apresenta abaixo:

No direito sanitário brasileiro, o direito à saúde goza de superioridade constitucional, tendo alcance e sentido de direito fundamental e de direito social, previsto no art. 6º, *caput*, da Constituição Federal. A saúde é expressamente reconhecida, na norma constitucional, como bem jurídico de

relevância pública e ainda como “direito de todos e dever do Estado” (art. 196, Constituição) [...]. (SANTOS, 2009, p. 90).

O direito à saúde é efetivado no Brasil por meio dos aspectos sociais e econômicos que devem se revestir na forma de políticas públicas que visem, conforme ressalta Barletta (2010, p. 164), reduzir o risco de doenças e outros agravos - atuando no campo da prevenção de moléstias - e promover o acesso universal e igualitário aos serviços e ações que têm como objetivo a promoção da saúde e da proteção do paciente - atuando no campo curativo e de recuperação.

É perceptível, com isto, a ligação umbilical do direito à saúde com o direito à moradia, ao trabalho, a privacidade e ao meio ambiente, como destaca Sarlet (2018, p. 3549), o que demonstra que mesmo se não tivesse sido expressamente albergado pelo constituinte, poderia ser considerado um direito fundamental implícito, mas, principalmente, é ressaltada a sua interconexão com o direito à vida, atrelando-se intimamente a ele pela sua própria natureza de garantia de sobrevivência e resguardo.

[...] a tutela da vida não requer apenas atitudes de defesa à integridade psicofísica da pessoa humana por parte do Estado, mas também atitudes positivas dele, uma vez que a proteção desse direito fundamental clássico depende também da prestação de serviços públicos, a fim de que os indivíduos não passem por graves intimidações à sua própria liberdade. (BARLETTA, 2010, p. 154).

Conseqüentemente, o direito a saúde das pessoas idosas adquire um grau superlativo, em razão da maior vulnerabilidade por conta de aspectos biológicos e psicossociais, que muitas vezes afetam a autonomia e a capacidade plena deste grupo, tornando-os também mais suscetíveis a moléstias. Desta forma, em vistas da prevenção “os idosos precisam de condições especiais para viver sua maturidade de maneira saudável; se doentes, pela fragilidade que a idade lhes impõe, necessitam de uma tutela incisiva do Estado para recuperar e promover sua saúde” (BARLETTA, 2010, p. 173).

3.1.2 A proteção da saúde do idoso no ordenamento jurídico brasileiro

O ponto de partida para a análise da proteção à saúde do idoso dentro do direito brasileiro, como já mencionado, é a Constituição Federal, que traz as disposições iniciais e as prescrições gerais sobre o tema, determinando que a saúde é direito de todos e dever do Estado (art. 196), considerando as ações e serviços de saúde como de relevância pública (art. 197) e tratando, ainda que em linhas gerais, do funcionamento e da fiscalização da rede privada de assistência à saúde (art. 200).

No entanto, o que se ressalta como mais importante para o presente trabalho são as disposições elencadas nos artigos 198 e 200 da CRFB/88 que tratam do Sistema Único de Saúde (SUS), em que se determina o custeio por meio dos recursos do orçamento da seguridade social (art. 198, §1º, CRFB/88) e dos tributos arrecadados pelos entes federados (art. 198, §2º e incisos, CRFB/88).

O art. 198 destaca que o SUS funcionará por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, o que é a busca do constituinte pela capilarização do sistema, distribuindo a responsabilidade por sua gestão aos três entes federativos (União, Estados e Municípios), tamanha a importância e a necessidade de sua presença e bom funcionamento, sendo realizada a repartição de competências de acordo com a complexidade do atendimento - por exemplo, a atenção básica por meio das unidades de saúde da família ficam a cargo dos municípios, enquanto os hospitais regionais de maior porte ficam a cargo do Estado.

Os incisos do referido artigo descrevem as diretrizes do sistema, que são a I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo, como já exposto; II. o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejudicar o serviço assistencial - vê-se aqui a clara opção do constituinte em envidar esforços para mitigar o risco de epidemias e problemas sanitários, pois a ação curativa é mais difícil e cara ao Estado do que a ação preventiva; III. A participação da comunidade “como ferramenta de gestão participativa, a qual confere espaço à formulação, execução, influência, também por meio do povo, nas políticas públicas democraticamente consideradas prioritárias, além de arredar exercícios paternalistas e implementar a responsabilidade comunitária” (BARLETTA, 2019. P. 169-170).

Sob um viés histórico, Santos (2009, p. 92) destaca que a criação do SUS é resultado de um processo de nacionalização das políticas de saúde no âmbito público, sendo a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e a criação do Sistema Nacional de Saúde os marcos iniciais que culminaram na transformação, de acordo com Sarlet (2018, p. 3549), do SUS em garantia institucional fundamental, gozando da mesma proteção conferida às normas jusfundamentais e protegido contra medidas retrocessivas.

A lei 8.080/90, conhecida popularmente como “Lei do SUS”, efetiva no âmbito infraconstitucional as disposições da CRFB/88, inclusive reafirmando a posição da saúde como direito fundamental do ser humano (art. 2º, Lei 8.080/90) e que esta é dever do Estado, que deve garanti-la por meio da execução de políticas econômicas e sociais, com foco na prevenção, assegurando o acesso universal e igualitário à todas as pessoas.

São várias as políticas desenvolvidas pelo meio gestor do SUS, à exemplo da Política de Atenção a Urgência (Portaria nº 1.863/2003 do Ministério da Saúde - MS) e da Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Portaria nº 1.130/2015 do MS), que buscam dar consecução aos fins do aparelho sanitário estatal.

Para a situação dos idosos, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/2006 do MS), cuja finalidade é descrita *in verbis*:

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A aludida política reconhece ainda que o sistema de saúde brasileiro está tradicionalmente estruturado para o atendimento materno-infantil, descurando do envelhecimento como uma de suas prioridades, apesar do rápido e intenso envelhecimento da população nacional, admitindo também a “notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Igualmente, trata da saúde do idoso a Lei 10.471/03 (Estatuto do Idoso), que se refere já no art. 2º a proteção da saúde física e mental deste grupo, sendo obrigação da família, da comunidade e do poder público zelar pelos cuidados à pessoa idosa (art. 3º) para garantir um envelhecimento saudável e digno, com proteção efetiva a saúde, sempre interligada ao próprio direito à vida, que lhe é inseparável (art. 9º).

São várias as disposições que o Estatuto faz que são aplicáveis a saúde da pessoa idosa, concentrados principalmente em seu Capítulo IV (arts. 15 - 19), que tratam diretamente do assunto. Neste sentido, Santos (2009) faz uma análise esquemática de vários pontos abordados, utilizando uma organização metodológica e didática que será aqui adotada, sendo selecionados para breve análise somente os tópicos pertinentes aos fins desta monografia:

a) direito prioritário

O art. 3º do Estatuto do Idoso dispõe que o direito à saúde será efetivado pela família, pela comunidade, pela sociedade e pelo Poder Público com absoluta prioridade. Conforme destaca Santos (2009, p. 95), a prioridade se divide nas frentes do planejamento de políticas públicas e também na gestão pública dos serviços de saúde, sendo inclusive objeto de lei própria (Lei nº 10.048/00).

Ademais, assevera Santos (2009, p. 95) que o direito à prioridade deve ser amplo e o idoso deverá ser incluído em todas as fases do serviço público de saúde, o que é a efetivação, inclusive, da participação comunitária determinada pela CRFB/88, garantindo-lhe o acesso prioritário quanto ao atendimento, a destinação de recursos, o planejamento e a prestação de

serviços, em razão de sua própria condição de vulnerabilidade jurídica e física, que demandam uma prestação rápida e eficaz dos serviços de saúde, diretriz esta que se aplica tanto ao SUS quanto aos serviços particulares.

b) Atenção integral, universal e especial

A determinação do *caput* do art. 196 da Constituição Federal - saúde como direito de todos e dever do Estado - revela o caráter universal do direito à saúde que também engloba a pessoa idosa, com um grau mais elevado de preocupação e atenção, principalmente, como observa Barletta (2010, p. 36), em razão de sua maior suscetibilidade de adoecer por conta do processo de envelhecimento que torna o corpo e a mente mais frágeis, necessitando de maiores cuidados.

[...] O Estatuto do Idoso reafirma os direitos sanitários previstos constitucionalmente à pessoa idosa, especialmente a atenção integral à saúde do idoso, o acesso universal e igualitário e a especial atenção às doenças que afetam preferencialmente os idosos (SANTOS; 2009, p. 95).

O atendimento integral se revela por meio da especialização e repartição de competências, com a capilarização do sistema assinalada no art. 19 do Estatuto, dada a necessidade de se conceder ampla disponibilidade e acesso ao SUS em todos os cantos de nosso continental país. Destaca Santos (2009, p. 95) como outro aspecto da integralidade o cadastramento populacional em base territorial específica, previsto no art. 15, §1º, I, do Estatuto do Idoso, que auxilia na definição do risco epidemiológico e do montante de recursos a ser repassado.

A atenção especializada é observada no Estatuto do Idoso a partir da determinação presente no art. 15, §1º, II e III, que exige a realização da prevenção e manutenção da saúde do idoso por meio de atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios e em unidades geriátricas de referência, especialmente com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social, pois tais profissionais são os mais preparados para cuidar da pessoa idosa e compreender o funcionamento psicofísico diferenciado de seu corpo.

c) Gratuidade de medicamentos

O art. 15, §2º, do Estatuto do Idoso protege também o fornecimento dos medicamentos necessários e, em especial, os de uso contínuo, de forma gratuita e obrigatória, lembrando Santos (2009, p. 97), inclusive, que é obrigatória a distribuição de medicamentos excepcionais destinados ao tratamento das pessoas vivendo com HIV (Lei nº 9.313/96) e a utilização do nome

genérico ou do princípio ativo para fácil identificação de todo o tipo de medicamento (Lei nº 9.787/99).

Destaca-se também a própria orientação constitucional prevista no art. 196 da CRFB/88 que dá respaldo para a tomada de medidas administrativas com o objetivo de promover a assistência farmacêutica integral. Neste mesmo sentido dispõe o art. 6º, alínea *d*, da Lei 8.080/90 “que inclui no campo de atuação do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (SANTOS, 2009, p. 96).

d) Direito ao tratamento mais favorável

Por sua vez, o art. 17 do Estatuto do Idoso garante ao idoso o direito de optar pelo tratamento de saúde que considerar mais adequado e confortável as suas condições. Este direito apresenta duplo nível de atenção à saúde, consoante observação de Santos (2009, p. 98), quais sejam, a relação paciente-médico e existência de múltiplas opções terapêutica disponíveis a escolha do idoso.

No que toca a relação paciente-médico, desponta o dever de informação e comunicação, devendo o profissional da saúde explicar ao paciente como funcionará todo o procedimento, os riscos, os benefícios, atendendo as dúvidas, com obediência aos princípios éticos e da dignidade da pessoa humana. Noutro sentido, devem ser garantidos procedimentos diferenciados - quando possível - que possibilitem a escolha por parte do paciente idoso, inclusive a mudança terapêutica, quando o tratamento aplicado não der respostas significativas ou os efeitos colaterais forem muito incômodos.

e) Critérios mínimos para instituições de saúde

Por fim, Santos (2009, p. 99) afirma que as instituições de saúde deverão adotar meios de adequação a peculiar situação da pessoa idosa, apontando o art. 18 do Estatuto do Idoso como marco indicador de tais critérios, com a promoção do treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, bem como orientação aos cuidadores familiares e grupos de autoajuda. Ademais, também é necessária a adequação de equipamentos, de métodos e do próprio atendimento ao idoso, em razão de sua vulnerabilidade e de suas especiais necessidades.

Tais cuidados são indispensáveis, principalmente em razão do crescente aumento da população de idosos no Brasil, sendo preciso a maior atenção social e especialização de profissionais para o cuidado das doenças tradicionalmente mais comuns a esta idade, assim como o preparo para o enfrentamento de problemas não associados à pessoa idosa, mas que têm

crescido junto a este grupo, à exemplo do HIV/AIDS, como será brevemente explorado no tópico seguinte.

3.1.3 Perfil epidemiológico do idoso no Brasil e as doenças sexualmente transmissíveis

O Brasil, como já exposto, está passando por um movimento de mudança demográfica e deixando de ser uma nação jovem para se tornar um país de pessoas idosas. Por essa razão, é indispensável que o sistema de saúde pública se prepare para esta demanda cada vez mais crescente, tanto para o cuidado das doenças mais comuns a terceira idade, quanto para tratar das novas doenças que atingem este grupo, inclusive as sexualmente transmissíveis.

Outrossim, o aumento da expectativa de vida e do número de idosos no Brasil pode ser considerada uma vitória para sociedade, pois ao largo de setenta anos os idosos passaram de 3 milhões em 1960 para 20 milhões em 2008, tal como destaca Veras (2009, p. 549). Porém, o referido quadro não significa, necessariamente, a igual melhoria nos serviços de saúde e de atendimento ao idoso. Assim, este fato “só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida” (BARRETO *et al*, 2015, p. 326).

Este movimento de mudança demográfica é acompanhado pelo movimento de “transição epidemiológica”, conceito criado pelo epidemiologista Abdel Omran, conforme lembra Chaimowicz (2013, p. 27), que trata das modificações nos padrões de invalidez, morbidade e morte que acompanham a população ao longo do tempo, influenciadas pelas mudanças sócio demográficas que fizeram o Brasil passar de um país rural para urbano.

Desta forma, a principal mudança ocorrida refere-se a maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos, representando 66% dos casos de óbito, de acordo com Barreto *et al* (2015, p. 328), apesar de ainda serem preocupantes os índices de doenças infecciosas, das causas externas e da violência, o que formaria uma tripla carga de morbidades que afetam a terceira idade hoje no Brasil.

As doenças crônicas não transmissíveis atualmente afetam boa parte da população idosa. De acordo com pesquisas anteriores promovidas pelo Ministério da Saúde, 25,1% dos idosos tem diabetes, 18,7% são obesos, 57,1% tem hipertensão e 66,8% tem excesso de peso. Também são responsáveis por mais de 70% das mortes do país (PENIDO, 2018).

Em complemento e melhor elucidando a questão, Chaimowicz (2013, p. 29) afirma que o modelo brasileiro de transição epidemiológica não segue um padrão de superação de doenças,

mas sim de superposição de doenças, com predominância das doenças transmissíveis e crônico degenerativas, inclusive somando-se ao ressurgimento de doenças como a dengue e a cólera, da malária, da hanseníase e da leishmaniose e a emergência de doenças como o HIV/AIDS.

O último ponto destacado evidencia um lado negligenciado quando se trata de saúde na terceira idade, referente ao incremento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) no quadro de fatores a serem observados quando do estudo da saúde do idoso.

O *Boletim epidemiológico* divulgado pelo Ministério da Saúde (2018) aponta o aumento no número de idosos diagnosticados com HIV, havendo um crescimento de cerca de 657% ao longo de 10 anos, entre 2007 e 2017. Ademais, Andrade *et al* (2017, p. 07) afirmam que os idosos mantêm vida sexualmente ativa, porém de forma insegura, por não se verem vulneráveis as DST's, quedando-se negligentes quanto a prevenção e inclusive quanto ao tratamento.

Somado ao fato interno - negligência dos próprios idosos quanto aos cuidados com as DST'S - têm-se a ausência de campanhas de prevenção às DST's voltadas especificamente a população idosa, conforme afirmou o próprio Ministério da Saúde em reportagem ao Correio Braziliense (VINHAL, 2018), pois o foco seria a população mais jovem, já que ainda representam os dados de maior crescimento, mas afirmaram que a situação da terceira idade seria uma “preocupação constante da pasta”.

Ademais, a associação do HIV e das outras DST's às doenças comuns aos idosos, bem como a questão social, no que se refere ao mito social do idoso assexuado e improvável usuário de drogas, como indicam Figueiredo e Provinciali (2007, p. 22), acaba tornando-os seres *hipervulneráveis*, em razão da grande exposição a que estão sujeitos e pelas expectativas sociais que lhes são impostas quanto aos padrões de comportamento.

Por fim, tem-se que a ausência de um enfoque específico das instituições, principalmente na rede pública, sobre a situação das DST's na terceira idade, acarreta tanto no aumento progressivo do número de idosos vivendo com estas doenças, quanto a ocorrência de inúmeras violações dentro do direito à saúde, com destaque para a situação dos idosos vivendo com HIV/AIDS, foco deste trabalho, por ser ainda uma doença estigmatizante e sem cura, o que causa um processo muito mais complexo de enfrentamento, fazendo-se necessária uma breve digressão histórica para se compreender a dificuldade com que o tema é debatido e a atual vulnerabilidade sanitária em que se encontram as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

3.2 Breve histórico jurídico-social do HIV/AIDS no Brasil

3.2.1 Diferenças entre HIV e AIDS

Antes de adentrar na discussão sobre a evolução jurídica e social do HIV/AIDS no Brasil, é indispensável o esclarecimento sobre a diferença entre ambas as figuras, que não podem ser confundidas.

De acordo com a UNAIDS (2019), se a pessoa for testada e o resultado for positivo para a presença do HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), ela iniciará o tratamento gratuito disponível na rede especializada, em que será acompanhada de forma contínua, na busca de tornar sua carga viral indetectável, de forma que “a pessoa vivendo com HIV em tratamento e com carga viral indetectável, além de experimentar uma melhor qualidade de vida, tem praticamente zero probabilidade de transmitir o vírus a outra pessoa” (UNAIDS, 2019).

Em outras palavras, viver com o HIV é viver com uma doença crônica tal como a diabetes e a tuberculose, sendo necessária a utilização contínua de medicamentos que hoje, conforme destaca a UNAIDS (2019), tem poucos ou nenhum efeito colateral, subsumindo-se a um ou dois comprimidos por dia, o que não interfere na vida do paciente crônico e nem dificulta a adesão ao tratamento. Ademais, se tomados de forma contínua pelo paciente, este deixa de transmitir o vírus, que fica encubado no organismo e não se manifesta.

Já a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), segundo a UNAIDS (2019), é a doença adquirida pelo paciente após um largo de anos sem tratamento, quando o HIV já se multiplicou de tal forma no organismo que as células de defesa foram quase totalmente dizimadas, o que torna o corpo vulnerável às doenças oportunistas, que sem a proteção natural, levam rapidamente o paciente ao óbito. Além disso, o diagnóstico é feito por meio da aferição da baixa quantidade de células de defesa e pela manifestação de doenças oportunistas ou diarreia crônica por mais de 30 dias.

Feitas as devidas diferenciações, passa-se a digressão histórica, necessária para a melhor compreensão do tema e dos problemas que cercam ainda hoje as pessoas vivendo com HIV no Brasil.

3.2.2 Anos 1980 e o início da epidemia

O HIV apareceu para a medicina, segundo Greco (2016, p. 1554), no ano de 1981, nos Estados Unidos, quando o Centro de Controle de Doenças começou a catalogar os primeiros relatos de infecção entre pessoas jovens, homossexuais, usuários de drogas e pessoas envolvidas com prostituição, associando-se erroneamente a doença à estes grupos. No Brasil, os “primeiros casos de Aids oficialmente registrados no país ocorreram em julho de 1982, no Estado de São Paulo (MARQUES, 2002, p. 51).

A partir de 1982, os primeiros casos de Aids começaram a ser oficialmente reconhecidos em São Paulo e pouco mais tarde no Rio de Janeiro. Em 1983, dez casos surgiram: quatro casos notificados à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e seis outros noticiados pela imprensa, mas não oficialmente comunicados. O sistema formal de vigilância epidemiológica em relação à Aids em âmbito nacional iniciou suas atividades em agosto de 1985. Até janeiro de 1986, ou seja, apenas cinco meses depois, já eram registrados 1.012 casos em vinte estados. Esses dados apresentavam a realidade do rápido crescimento da epidemia no Brasil (MARQUES, 2002, p. 51).

Este momento inicial da epidemia caracterizou-se pela omissão total das autoridades governamentais, agregado ao medo e a discriminação, como assevera Pinto (2007, p. 48), que acrescenta também a importância da atuação das comunidades afetadas e dos setores progressistas nesta primeira fase, ante a ausência estatal, o que levou à criação das primeiras organizações não governamentais que trabalham com o HIV/AIDS.

Somente em 1985, de acordo com Marques (2002, p. 53), quando a situação já era alarmante e o número de casos detectados chegavam a casa das centenas, o Ministério da Saúde reconheceu de forma pública a gravidade do problema e, por meio da Portaria 236/85, a pasta criou o Programa Nacional de AIDS, estabelecendo as diretrizes e normas iniciais voltados ao enfrentamento da epidemia no Brasil. Em ato conjunto, também lembra Greco (2016, p. 1557) que entre 1985 e 1986 foram estabelecidas comissões interinstitucionais estaduais, focando na descentralização do combate ao HIV/AIDS.

No que toca aos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS, em 1989 a sociedade civil e profissionais da saúde elaboraram com o apoio do Governo Federal a *Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS*, sendo aprovada no Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG), em Porto Alegre (RS), que tem como diretrizes o direito à informação, ao respeito, ao tratamento adequado e a dignidade, dentre outras garantias.

3.2.3 Anos 1990 e reorganizações na estrutura de tratamento

Em 1990, segundo Pinto (2007, p. 48), o Programa Nacional de DST/Aids (PNDST/AIDS) é totalmente reformado segundo as diretrizes do governo Collor, em consonância com uma abordagem mais técnica e pouco eficaz. Ademais, houve a desarticulação do enfrentamento à doença e o distanciamento das ONG's e das políticas estaduais, mostrando-se “não apenas uma catástrofe nacional no aspecto político como também na gerência da saúde pública” (MARQUES, 2002, p. 55).

Em razão da desarticulação no combate ao vírus e da proliferação de informações equivocadas e falaciosas sobre a doença e seus conviventes, os profissionais de saúde e as instituições começaram a se recusar a cuidar das pessoas vivendo com HIV/AIDS, o que levou a elaboração da Resolução nº 1.359/92 do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o dever dos médicos de atender pessoas em risco ou infectadas pelo vírus, sendo substituída pela Resolução 1.665/2003 que incluiu também a proibição da solicitação compulsória de exames sorológicos.

Após o fim do Governo Collor, a política de reorganização do PNDST/Aids no Ministério da Saúde iniciou uma nova fase marcada pela cooperação entre as ONG's, centros de tratamento estaduais e, inclusive organismos internacionais, como o Banco Mundial, como destaca Marques (2002, p. 58), que rememora o empréstimo realizado pela instituição ao Brasil para o financiamento e o combate à doença.

Outro ponto de destaque foi o julgamento de vários casos no judiciário em que se exigia o fornecimento gratuito de medicamentos antirretrovirais pelo SUS, o que pressionou o Governo Federal a promulgar a Lei 9.313/96, que determinou a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.

[...] Hoje os resultados desta decisão soberana são reconhecidos internacionalmente e foi também demonstrado que o percentual de vírus resistentes no Brasil se mantém igual ou até menor que nos países centrais. Ao prover acesso universal aos ARVs e a cuidados de saúde adequados na Aids ficou demonstrado ser possível para um país em desenvolvimento, mesmo com tantas iniquidades, tratar as pessoas de maneira igual, independentemente de raça, gênero, orientação sexual ou poder econômico. (GRECO, 2016, p. 1557).

O desenvolvimento e a utilização em larga escala dos antirretrovirais significou uma evolução do tratamento do vírus, transformando uma doença sempre mortal em crônica e, como observa Drauzio Varella, em entrevista concedida ao Ministério da Saúde no ano de 2018 “se não tivesse adotado essa política, hoje, ao invés de 860 mil, o Brasil teria 18 milhões de

brasileiros com HIV – mais ou menos a mesma prevalência da África do Sul” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Outra observação importante foi a feita por Pinto (2007, p. 46), sobre o crescimento progressivo dos casos de HIV/AIDS em pessoas heterossexuais, chegando a 32% no ano de 1999, enquanto os casos entre homens que fazem sexo com homens passaram a representar 18% dos casos diagnosticados e “no século XXI, os dados do Boletim Epidemiológico só vêm confirmar que a transmissão heterossexual masculina vem aumentando, de forma que em 2005 foi registrado o maior percentual dessa categoria, com 44,2% dos casos”(PINTO, 2007, p. 46).

3.2.4 Anos 2000 e o Brasil na vanguarda da política de combate ao HIV/AIDS

Os anos 2000 foram inaugurados pela Organização das Nações Unidas com a proposta mundial dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, como rememora Greco (2016), incluindo entre eles o Objetivo 6 de combate à epidemia da AIDS, o que teve influência no Brasil, tendo em vista a estabilização da política de combate ao HIV que se tornou modelo e referência mundial, colocando o país na vanguarda do tratamento.

Já em 2014 ocorreram dois marcos importantes, sendo o primeiro a publicação da Lei nº 12.984/14, que define o crime de discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS, cuidando do lado social e do combate ao estigma trazido pela doença e o início da política do “tratamento para todos”, com a publicação do “Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos”, ainda em 2013, pelo Ministério da Saúde, que ampliou a distribuição dos antirretrovirais a todas as pessoas vivendo com HIV, o que auxilia na prevenção e na qualidade de vida, conforme informações do Ministério da Saúde.

O último marco de grande relevância na história jurídico-social do HIV/AIDS no Brasil e pertinente aos objetivos desta monografia foi a aprovação da Recomendação nº 02/2016 do CFM, direcionando os médicos a oferecerem, quando necessário, aos seus pacientes nas consultas, de maneira adequada e não compulsória, sorologia para HIV, sífilis e hepatites B e C, como destaca Greco (2016, p. 1560), o que auxilia na prevenção do vírus e no esclarecimento sobre a doença.

Na atualidade, há uma preocupação muito grande com a manutenção da vitoriosa política de HIV/AIDS, principalmente após algumas mudanças realizadas pelo governo Bolsonaro quanto a reforma do departamento que cuidava da doença de forma exclusiva,

passando a tratar também de outros problemas tais como a tuberculose e a hanseníase, o que acaba desmobilizando a frente de tratamento e sinalizando possíveis retrocessos que a área pode vir a sofrer, o que poderá acarretar em um desastroso retorno da epidemia, como já se observa pelos números dos últimos boletins epidemiológicos.

Por fim, importantes também são as palavras de Pinto (2007), que conclui, no “que tange aos profissionais da área da saúde, o bem assistir aos portadores de HIV/AIDS exige profissionais críticos, com a competência técnica e o conhecimento da política de saúde para lutar por um modelo de sociedade que assegure os direitos dos cidadãos, independentemente de sexo, cor ou raça” (PINTO, 2007, p. 49-50).

3.3 A importância do sistema único de saúde no tratamento do HIV/Aids: o Brasil como referência internacional

As discussões sobre a criação do SUS, advindo de um processo de nacionalização das políticas de saúde no âmbito público e a criação do Sistema Nacional de Saúde em 1986, conforme destaca Santos (2009, p. 1557), revelaram desde cedo o caráter universalista e preventivo do sistema que surgiria somente em 1988, alçado a verdadeiro direito fundamental, corroborando com os primeiros passos da política brasileira de HIV/AIDS. Assim, “é pouco provável que a resposta brasileira teria avançado o que avançou sem o SUS, realmente o grande marco na mudança na saúde pública brasileira, tendo sua criação definida em 1986 na 8ª Conferência Nacional de Saúde” (GRECO, 2016, p. 1557).

Apesar disso, Marques (2002, p. 55) assevera que o processo de implementação do SUS ainda não está completo, revelando-se como um desafio contínuo para a gestão da saúde pública brasileira. Porém, foi no calor dos debates para a sua ousada construção que o Programa Nacional da AIDS veio a se consolidar no Brasil, com sua implementação sendo diretamente influenciada pelos preceitos fundantes do SUS, o que contribuiu para torná-lo modelo mundial na luta contra o HIV/AIDS.

Dentre os preceitos que inspiraram o desenvolvimento do modelo brasileiro, os princípios e diretrizes presentes no art. 198 da Constituição Federal são os que se destacam, no que se refere a descentralização da política de HIV/AIDS, ao atendimento integral e universal as pessoas vivendo com HIV/AIDS - com algumas lacunas no campo da prevenção - e a participação da comunidade, principalmente dos soropositivos e amigos da causa através das ONG's e de outros setores da sociedade civil.

No que toca a descentralização da política de HIV/AIDS, Pinto (2007, p. 48) expõe que nos primeiros anos de atendimento a preocupação com avanço da epidemia adveio dos setores médicos estaduais e municipais, multiplicando-se programas especializados nestas esferas, o que pressionou o Governo Federal a sair de seu estado de inércia e estruturar a Política Nacional de DST/Aids (PNDST/AIDS).

A descentralização, na atualidade, de acordo com Grangeiro *et al* (2010, p. 22) se divide em duas frentes: a primeira se refere aos exames de monitoramento da infecção pelo HIV, que foram transferidos às secretarias estaduais de saúde, sendo a União responsável pelo controle de qualidade e a fiscalização e, apesar das dificuldades, tem se instalado aos poucos nas outras esferas de governo. Já a segunda refere-se a política de incentivo, que busca, dentre outros objetivos, a ampliação da cobertura do atendimento a municípios prioritários, fortalecimento de participação da sociedade e ampliação da autonomia dos gestores no uso dos recursos.

Hoje o Programa Nacional de DST e aids, juntamente com seus parceiros, atua nos 27 estados da Federação, no Distrito Federal e em 390 municípios, que apresentam 80% do número de casos de aids no país. Os objetivos do Programa Nacional de DST e aids são: reduzir a incidência da infecção pelo HIV/aids e outras DST; ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores do HIV/aids e outras DST; e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST/HIV/aids (PINTO, 2007, p. 46).

Por sua vez, no que tange ao atendimento integral e universal às pessoas vivendo com HIV/AIDS, destaca-se a corajosa e pioneira política brasileira de distribuição universal de medicamentos, começando pelo fornecimento desde 1991 do medicamento denominado “AZT” pelo SUS, como expõe Greco (2016, p. 1556), que acrescenta o aspecto social e humano do sistema, consagrado pela CRFB/88. Ademais, logo depois, pressionado pelos movimentos sociais e pela multiplicação de ações judiciais, é aprovada a Lei 9.313/1996, garantindo acesso gratuito aos medicamentos necessários pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Neste sentido, Pinto (2007, p. 47) afirma que a distribuição dos medicamentos antirretrovirais (TARV) levou a redução em 50% a mortalidade por razões relacionadas a AIDS, aumentando a sobrevivência e em 80% o tratamento para as doenças oportunistas, melhorando a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV, chegando a situação atual em que a expectativa de vida destes é praticamente igual a de pessoas soronegativas e a conversão do HIV em condição crônica de tratamento contínuo.

Assim, afirma o Ministério da Saúde (2019) que atualmente estão disponíveis 21 tipos de medicamentos, em 37 apresentações farmacêuticas, de forma que o tratamento

universal serve também como uma forma de prevenção, pois ele inibe a transmissão do HIV e torna o paciente indetectável - com os níveis do HIV quase zerados e inofensivos a saúde.

Por fim, a participação comunitária pode ser observada pela atuação das ONG's que, consoante Grangeiro *et al* (2010, p. 19), foram as primeiras responsáveis pelas campanhas de prevenção realizadas no início da epidemia e pelas primeiras iniciativas voltadas a pressionar o Poder Público a construir um programa de atenção ao HIV/AIDS, buscando a redução do estigma e o envolvimento da comunidade e dos grupos afetados.

A sociedade, através das Ongs, Igreja, mídia e outros grupos organizados, considerando o período em análise, passou a exercer importante função na construção das políticas públicas em relação à Aids no Brasil. Esse perfil foi se fortalecendo na primeira década da epidemia no país, na medida em que a sociedade também se fortalecia diante do processo de participação, pressão e cobrança de seus direitos, embora ainda hoje não os exerça em sua plenitude (MARQUES, 2002, p. 62).

A participação das ONG's ainda é extremamente importante hoje, tanto na pressão para a manutenção e melhoria da política de HIV/AIDS, quanto para o atendimento periférico às pessoas vivendo com HIV/AIDS, servindo de espaço de convivência e amparo, em razão dos estigmas que ainda permeiam a doenças e como centro de debate e ativismo político, para o avanço na compreensão social e jurídica do HIV.

Em conclusão a toda essa conjuntura, destaca Greco (2016) que, de maneira inesperada, o Brasil enfrentou e continua enfrentando a epidemia de HIV/AIDS de forma efetiva e sempre progressiva, se comparado a outros modelos mundiais, priorizando a defesa dos direitos humanos, com “produção local e distribuição de preservativos e antirretrovirais (TARV), com a implantação de rede pública de laboratórios e de serviços para cuidar das PVHA e com financiamento para pesquisas”. (GRECO, 2016, p. 1554)

Importante, por fim, lembrar a ressalva já realizada em tópico anterior referente as mudanças iniciais já observadas na política de enfrentamento do HIV/AIDS no que toca ao perfil do governo Bolsonaro, que podem colocar em risco o processo de amadurecimento e fortalecimento contínuo do enfrentamento do HIV/AIDS no Brasil e retirar o país da vanguarda no tratamento e na prevenção, logrando em uma possível crise como ocorreu com o governo Collor e uma retorno dos índices alarmantes da epidemia.

4 PESSOA IDOSA VIVENDO COM HIV/AIDS - DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA PERSPECTIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

4.1 O HIV/AIDS e a terceira idade

4.1.1 Dados sobre pessoas idosas vivendo com HIV/AIDS

Como já visto anteriormente, o Brasil é uma nação que está modificando sua conjuntura etária, passando de um país majoritariamente composto por jovens para um país em que há um crescimento contínuo no número de pessoas idosas, conforme os dados levantados por Andrade (2017, p. 07), sobre os quais concluiu que até 2025 já sejamos o sexto país do mundo em número de pessoas com mais de 60 anos.

Nesse contexto, importante ressaltar o papel crucial do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista que muitos idosos recorrem preferencialmente a ele para a realização de tratamento e acompanhamento médico, segundo informações do Ministério da Saúde (2018), ao apontar que 75,3% dos idosos brasileiros necessitam e dependem de forma exclusiva dos serviços prestados pelo SUS, o que é somado a sua importância no tratamento do HIV/AIDS.

Desta forma, é indiscutível a necessidade da existência de um sistema público de saúde que acompanhe essa mudança populacional, principalmente no que toca aos idosos vivendo com HIV/AIDS, grupo que também cresceu em números nos últimos anos.

Sobre a evolução do HIV/Aids em idosos, observa-se que há um aumento progressivo dessa morbidade nessa faixa etária ao longo dos anos. Isto porque, enquanto na primeira fase da epidemia da AIDS (1980/1997) foram notificados, no Brasil, 2.706 casos em indivíduos com idade superior a 60 anos, em um segundo momento, período entre 1998 e 2014, o número de casos em idosos cresceu, chegando a 20.565, sendo 12.670 (61,61%) em homens e 7.895 (38,39%) em mulheres (ARAÚJO *et al*, 2018, p. 847).

Em igual sentido, destaca Dornelas Neto (2015, p. 3858) que houve um aumento de 42,8% no número de casos de HIV/AIDS na população acima de 60 anos entre os anos de 1998 e 2010, com variação da taxa de incidência de 4,9 para 7 casos a cada 100.000 habitantes e, ainda, no geral, levando em consideração todo o panorama desde o início da epidemia - de 1980 até o ano de 2012 - houve a notificação de 656.701 casos de HIV/AIDS na população brasileira, sendo 18.712 casos dentre pessoas com 60 anos ou mais.

Outrossim, considerando os números percentuais, extrai-se dos estudos de Alencar e Ciosak (2015, p. 232), que o número de idosos com HIV/AIDS correspondia a 2,42% dos casos em 2001, saltando para 4,62% do número de notificações em 2012. Por sua vez, apontam as

autoras que a relação homem/mulher, no ano de 1985, era de 26 casos masculinos para 1 feminino, o que se modificou para os percentuais de 1,7 homens para cada caso no sexo feminino.

O aludido recorte de gênero feito acima demonstra uma paridade atualmente na infecção entre homens e mulheres idosos, aferindo-se que, no caso delas, ocorreu o maior acréscimo, como se vê, a título de exemplo, do período compreendido entre 1993 e 2003: Nas mulheres, a incidência “em 1993 era de 56 casos, passando para 321 casos novos em 2003 – um aumento de 473%. No sexo masculino, o aumento foi de 283 em 1993, para 577 casos novos em 2003, com aumento de 103%” (LEITE *et al*, 2007, p. 340).

Em algumas unidades da federação, como o Rio Grande do Sul, o número de idosos representa uma fatia significativa do número de soropositivos, sendo que, no ano de 2015, no referido Estado “foram (registrados) 516 casos e, destes, 133 eram em pacientes de 60 anos de idade ou mais. Esses dados são alarmantes, pois evidenciam o crescimento desenfreado da infecção pelo HIV em idosos” (MAHMUD *et al*, 2018, p. 03).

De outra banda, no que toca ao principal modo de transmissão do vírus entre pessoas idosas, dados do Ministério da Saúde, citados por Alencar e Ciosak (2015, p. 230), dão conta de que a infecção se dá na maioria das vezes pela via sexual, o que, inclusive, corroborou com a pesquisa realizada pelos autores junto ao Serviço Ambulatorial Especializado em Infectologia (SAEI) de São Paulo, pertencente a rede do SUS, na qual se revelou que 72,8% dos idosos contraíram a infecção pela via sexual e que estes não usavam preservativo antes do diagnóstico.

Esta informação, inclusive, vai de encontro com o senso comum que considera praticamente invisível a possibilidade de infecção de idosos por HIV/AIDS, como destacam Figueiredo e Provinciali (2007, p. 22), principalmente por conta de concepções equivocadas sobre o comportamento do idoso e sua sexualidade.

Pesquisas indicam que geralmente a idade não elimina ou diminui o desejo por sexo. Pelo contrário, todos os autores dos trabalhos revisados concordam que a maior parte da população idosa permanece sexualmente ativa. No Brasil, segundo dados do Programa Nacional de DST/ AIDS, 67,1% das pessoas de 50 a 59 anos e 39,2% das pessoas com mais de 60 anos são sexualmente ativos, estando vulneráveis a adquirir DST que, incluindo a infecção pelo HIV, são transmitidas, principalmente, através de contato sexual desprotegido. (DORNELAS NETO, 2015, p. 3859)

Por conta desta concepção errônea sobre a vida sexual da pessoa idosa, muitos profissionais de saúde acabam negligenciando a possibilidade de diagnóstico por HIV/AIDS, o que leva a uma investigação extensa na busca de outras doenças típicas da idade avançada, atestando-se a existência da infecção de forma tardia, como depreendem Alencar e Ciosak

(2015, p. 233), crendo que, por conta disto, o número de idosos com HIV esteja sendo subestimado.

Em resumo, podemos incluir a senilização do HIV ao quadro formado pela heterossexualização, pela feminização, pela interiorização e pela pauperização da epidemia, como destacado por Pinto (2007, p. 46) que constatou a estabilização no número de casos diagnosticados, apesar do aumento dos números entre mulheres jovens de baixa renda e escolaridade e homossexuais jovens, somados agora a categoria das pessoas idosas.

4.1.2 Vulnerabilidades da pessoa idosa vivendo com HIV/AIDS

Após a visão geral sobre o número de casos de HIV/AIDS em pessoas idosas no Brasil, passa-se a analisar quais as principais vulnerabilidades desse grupo específico, tanto as de cunho biológico, quanto as de cunho psicossocial, com base em pesquisas e conclusões realizadas por vários autores dentro do SUS, sendo estes fatores que as tornam muito mais sensíveis às violações de direitos, além de alguns já serem, por si sós, consequência de alguma violação.

De início, aponta-se os riscos de cunho biológico enfrentados, que são os provenientes da deterioração natural dos processos físicos em razão da idade avançada, tais como a fragilização do aparelho respiratório e do cardiovascular, do aparelho digestivo, das atividades renais e inclusive na própria atividade psíquica, como rememora Barletta (2010, p. 39), o que agrava ainda mais a situação do idoso vivendo com HIV, que passa a ter de tratar várias doenças em conjunto com o HIV, inclusive algumas crônicas.

Ato contínuo, no caso das doenças cardiovasculares, Dornelas Neto (2015, p. 3861) assevera que além da idade avançada já ser um fator de risco para o desenvolvimento de cardiopatias, a utilização dos medicamentos antirretrovirais, tais como inibidores de protease, aumentam o risco de que estas se manifestem, por causarem alterações na pressão arterial, colocando sob perigo a qualidade de vida do idoso.

Noutro sentido, a vulnerabilidade social e moral se destaca, por vezes, com mais força e maior peso do que a vulnerabilidade biofísica, em razão do HIV/AIDS se apresentar desde seu surgimento não só como uma mera doença, mas como uma questão que ultrapassa a pessoa que com ela convive, exibindo-se como “um fenômeno social de amplas proporções englobando aspectos tais como: morais, religiosos e éticos (DINIZ *et al*, 2006, p. 61).

Com relação aos idosos, a situação tem um grau superlativo, pois o meio social impõe a eles certas expectativas e criam mitos e suposições sobre a sexualidade na terceira idade, como destacam Leite *et al* (2007, p. 341), imaginando que não há desejo sexual na velhice, por não ser importante nesta fase da vida, que a castidade deve ser uma regra e que o interesse sexual é anormal aos idosos, sendo a quebra dessas regras um problema moral ensejador de críticas por parte da família e da sociedade.

Abordar a temática da sexualidade tendo como foco o público idoso, por vezes, evidencia os estereótipos e preconceitos que esse assunto enfrenta. A ideia de que pessoas com idade superior a 60 anos de idade sejam indivíduos que a partir desse período devam cumprir papéis sociais de avós, cuidando de seus netos, fazendo tricô, assistindo televisão, entre outras atividades culturalmente impostas, leva à ocultação do imaginário coletivo quanto à sexualidade da pessoa idosa. A velhice assexuada ainda faz parte da sociedade (MAHMUD *et al*, 2018, p. 08).

Neste ínterim, segundo dados do Programa Nacional de DST/AIDS, apontados por Dornelas Neto (2015, p. 3859), 39,2% das pessoas com mais de 60 anos são sexualmente ativas, sendo vulneráveis às DST's por contato sexual desprotegido. Além disso, alguns “pesquisadores têm indicados que os idosos continuam sendo sexualmente ativos, inclusive após os 80 anos de idade” (ANDRADE, 2017, p. 07).

Certos fatores não são aceitos e nem levados em consideração pelo imaginário coletivo, tais como os avanços farmacológicos que possibilitam a estimulação e a atividade sexual nos idosos, como destacam Diniz *et al* (2006, p. 62) e a inserção dos idosos em grupos de convivência e espaços sociais próprios, como lembram Leite *et al* (2007, p. 342), contribuindo para a manutenção de uma terceira idade ativa.

Outra face da vulnerabilidade dos idosos vivendo com HIV/AIDS é a própria interação dos estereótipos próprios de ambas as figuras - o idoso e o soropositivo - que gradua sua situação a uma *hipervulnerabilidade*, principalmente por serem classificados como “aidéticos” e por serem muito mais recriminados que os jovens, como se conclui da reflexão feita por Cassette (2016, p. 735), tendo em vista as expectativas e as concepções sociais já citadas.

Ademais, o preconceito inerente a pessoa idosa, que é vista como incapaz, inútil, como alguém que não tem mais serventia - o que é reflexo de uma sociedade que valoriza demais a juventude - soma-se à visão preconceituosa que recai sobre as pessoas vivendo com HIV, que detém significados disfóricos e depreciativos, a exemplo da morte iminente, da promiscuidade, da menos valia e outros signos que as colocam a margem da sociedade, como asseveram Ferreira e Figueiredo (2006, p. 592).

Conclui Cássete (2016, p. 736) com relação ao tema, que o entrelaçamento entre os dois personagens leva tanto ao descrédito no sujeito idoso vivendo com o vírus, quanto à incongruências acerca do diagnóstico de HIV/AIDS por conta dos estereótipos que recaem sobre a terceira idade, o que deixa o idoso soropositivo muito vulnerável a violações de cunho ético, moral e social.

Dentre estas violações, destaca-se o abandono e a rejeição por parte da família que, de tão forte e significativo, torna-se um aspecto destacado da vulnerabilidade do idoso. Assim, fica visível, conforme observam Diniz *et al* (2006, p. 65) que o HIV/AIDS afeta não só a vida do soropositivo idoso como as suas relações humanas, inclusive com a família, que tem dificuldade em aceitar cuidar dele, o que é medido por questões como o grau de parentesco, relação com o indivíduo e o gênero da pessoa.

Cássete (2016, p. 737) aduz que a família não aceita o fato do idoso ter uma vida sexual ativa e até se espanta com o diagnóstico revelador da doença, chegando a duvidar do resultado positivo por imaginar ser impossível o contágio e a transmissão do vírus nesta faixa etária. Adiante, como resultado, muitas das vezes o idoso passa a residir sozinho e a se afastar dos círculos familiares, como destacam Diniz *et al* (2006, p. 63), o que se repete no campo afetivo sexual e dos relacionamentos interpessoais.

Por fim, o último aspecto da vulnerabilidade dos idosos soropositivos que pode ser aqui apresentado é o referente aos problemas psicológicos enfrentados por eles, iniciando-se com o recebimento do diagnóstico, como pontua Mahmud *et al* (2018, p. 05), pois se sentem sozinhos e humilhados, o que se agrava ainda mais se o diagnóstico também é revelado a sua família, questão mais dolorosa do que a descoberta em si do diagnóstico.

No que diz respeito aos sentimentos, vivenciados pelos idosos em relação ao fato de terem seu diagnóstico revelado, em estudo com idosos vivendo com HIV/Aids, observou-se que diante da realidade do preconceito e discriminação, o sigilo em relação à condição de saúde e o fato de apenas algumas pessoas do meio familiar saberem da condição sorológica, desfavorece o enfrentamento da situação pelo idoso. Isso, porque a família representa uma rede de apoio psicossocial importante que quando privada da verdade, deixa de colaborar no acolhimento ao idoso (ARAÚJO *et al*, 2018, p. 851).

O sentimento de culpa e de remorso por ter sido infectado, como dispõem Figueiredo e Provinciali (2007, p. 8), geram grande desconforto no idoso, que se vê impotente diante da situação, por não poder fazer nada para resolvê-la e nem poder compartilhar com o seu círculo social, tornando a vivência com o HIV extremamente dolorosa e complexa, havendo estudos apontando que “os soroconvertidos vivenciam depressão, culpa, vergonha, raiva, medo,

rejeição, isolamento, diminuição drástica dos intercursos sexuais ou até mesmo ausência destes”. (CÁSSETE, 2016, p. 739)

Desponta, desta forma, a necessidade e o equilíbrio da pessoa idosa no cuidado consigo mesmo, que é uma forma importante de manutenção do seu bem-estar e de sua qualidade de vida, como apontam Araújo *et al* (2018, p. 847), incluindo nisto o autoconhecimento, a percepção e a atenção à própria saúde e ao meio em que está inserido, o que auxilia no processo de vivência com HIV/AIDS e de aceitação do diagnóstico.

4.1.3 Os problemas no atendimento e na atenção à saúde da pessoa idosa vivendo com HIV/AIDS

Feita a análise dos dados referentes aos idosos vivendo com HIV/AIDS e a avaliação das principais causas que levam a sua *hipervulnerabilidade*, passa-se a identificar os problemas que permeiam o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o acompanhamento do idoso no sistema público de saúde, para que no próximo ponto todos estes elementos sejam conjugados com o lado jurídico e apontadas as violações legais do direito à saúde neste grupo.

De início, destaca-se a questão do preparo dos profissionais de saúde para lidar com o diagnóstico e o tratamento da pessoa idosa vivendo com HIV/AIDS, principalmente, como asseveram Mahmud *et al* (2018, p. 03), porque o crescimento tão esperado do número de idosos no país acompanha o ritmo da disseminação das doenças infectocontagiosas.

Nessa perspectiva, observam Araújo *et al* (208, p. 849) que hoje há uma lacuna na atenção primária, tendo em vista que muitos profissionais de saúde não tem um diálogo aberto sobre sexualidade com os idosos, muito em razão dos estereótipos e estigmas, só vindo a ocorrer após a constatação da infecção por meio do diagnóstico, sendo o assunto do HIV/AIDS de total desconhecimento de muitos idosos.

Completa esta ideia a constatação de Alencar e Ciosak (2015, p. 230), que apontam três aspectos problemáticos que levam ao diagnóstico tardio da pessoa idosa infectada pelos profissionais de saúde, quais sejam, a desconsideração dos idosos como pessoas vulneráveis ao HIV, a falta de autorreconhecimento do próprio idoso como indivíduo vulnerável e a atribuição pelos profissionais de saúde dos sintomas sugestivos do HIV a outras doenças próprias da terceira idade.

Estudo sobre fatores associados a comportamentos sexuais de risco em idosos indica os benefícios de intervenções apropriadas para esse grupo, voltadas a reduzir comportamentos que os tornam vulneráveis, porém, apontam como

fator dificultador o fato de idosos e profissionais de saúde relatarem em abordar essas questões. As autoras discutem que os profissionais tendem a considerar idosos assexuados e, como tal, sem possibilidade de terem IST, dispensando a abordagem preventiva. Por outro lado, essa postura dificulta que os próprios idosos percebam-se vulneráveis. Deduz-se, então, a necessidade de capacitar os profissionais, ajudando-os a inserir abordagem da história sexual, nas visitas de rotina aos serviços de saúde, pois isso pode aumentar a autopercepção de risco e a necessidade de adotar comportamentos seguros (ANDRADE *et al.* 2017, p. 12)

Essa ausência de percepção e cuidado dos profissionais de saúde pode acabar prejudicando a pessoa idosa vivendo com HIV que desconhece seu diagnóstico, como ressaltam Alencar e Ciosak (2015, p. 230), pois isso atrasa o início da terapia com os medicamentos e dificulta a recuperação e estabilização da infecção, necessitando que o idoso perpassasse por um caminho tortuoso dentro do serviço de saúde pública até descobrir-se soropositivo.

A segunda questão importante que pode ser debatida é a referente a prevenção das DST's na terceira idade, uma problemática institucional existente em razão da omissão do Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, em promover políticas públicas e campanhas que foquem nos idosos, como afirmam Mahmud *et al* (2018, p. 04), mas também dos governos estaduais e municipais que negligenciam de igual forma a pessoa idosa, focando mais nos jovens e nos homens que fazem sexo com homens.

A necessidade de campanhas sobre prevenção ao HIV na terceira idade se sobrepõem muito em razão dos idosos não se considerarem vulneráveis a infecção, como lembram Leite *et al* (2007, p. 353), sendo necessária a divulgação de informações em linguagem adequada e de fácil compreensão, para que os idosos possam se conscientizar e se prevenir da doença.

Ademais, esse trabalho de prevenção também é essencial em âmbito particular, no momento das consultas com o médico e a equipe de saúde em geral, como destacam Mahmud *et al* (2018, p. 06), devendo ser enfatizados os riscos da infecção e os métodos de diagnóstico disponíveis, acompanhados dos devidos esclarecimentos sobre a doença, tudo isto atrelado a necessidade dos profissionais de saúde despirem-se de “preconceitos ou estigmas que possam comprometer o diagnóstico precoce do HIV/AIDS em idosos que acessam os serviços de saúde”(ARAÚJO *et al.*, 2018, p. 852).

Ainda nesta temática, pode-se destacar o problema existente no momento da comunicação ao paciente de sua sorologia positiva, expondo Mahmud *et al* (2018, p. 09) que a atuação do profissional de saúde neste momento é complexa e única, indo desde o modo como se irá comunicar e esclarecer o diagnóstico para a pessoa idosa, até a necessidade ou não de se informar aos familiares e responsáveis sobre o resultado dos exames.

No que toca a comunicação, é necessário um esclarecimento dirigido e minucioso sobre as nuances do diagnóstico e as implicações do HIV, inclusive com o afastamento dos disforismos sociais que ainda estão ligados a doença.

A ausência de instrução ou o pouco tempo de estudo dos idosos podem não afetar seu senso crítico ou sua capacidade em compreender certos fatos. Mas acreditamos que podem causar dificuldade no entendimento das campanhas relacionadas a DSTs, HIV/Aids, tema deste trabalho. Por isso, os meios utilizados para que a informação chegue até essa população deve ser de fácil compreensão e com vocabulário simples. No entanto, observamos que há o predomínio da orientação técnica, sem preocupação com o nível de compreensão e das condições socioeconômicas e culturais da pessoa que está recebendo a informação. As orientações possuem uma única via de transmissão, não importando se há compreensão – isto é, se há percepção do risco em contrair alguma afecção sexualmente transmissível e se é possível pôr em prática tal intervenção (LEITE *et al*, 2007, p. 345).

A comunicação também está atrelada a questão da testagem, que deve ser esclarecida para o paciente, inclusive os motivos da eventual solicitação, como asseveram Alencar e Ciosak (2015, p. 233), deixando-o a par de todo o procedimento e sendo necessária, inclusive, a sua anuência para tanto, por questões óbvias de ética.

Por fim, a derradeira questão que ainda pode ser discutida no presente tópico é a referente ao tratamento e aos medicamentos utilizados pelas pessoas com HIV/AIDS, que são distribuídos, no Brasil, a todas as pessoas diagnosticadas com a infecção, inclusive aqueles que não desenvolveram AIDS, conforme destacam Mahmud *et al* (2018, p. 07) e independente do estado imunológico do paciente.

A problemática está ligada ao tratamento padrão que é aplicado aos idosos no âmbito do SUS, apesar de haverem iniciativas isoladas em sentido contrário, pois, no geral, não existem diretrizes especiais que determinem como será o tratamento dos pacientes idosos, como afirmado por Leite *et al* (2007, p. 3860), além de serem limitadas as informações sobre a eficácia e a segurança dos medicamentos utilizados.

Os efeitos adversos de muitos antirretrovirais podem atrapalhar a qualidade de vida do idoso e abalar mais ainda seu já fragilizado estado de saúde, como atestam Araújo *et al* (2018, p. 850), sendo necessários esclarecimentos por parte da equipe de saúde, tanto para informar que os efeitos adversos são passageiros, quanto para realizar uma análise individualizada da situação de cada idoso, evitando o abandono dos tratamentos e a evolução para a AIDS.

A adesão ao tratamento é um processo complexo e multifatorial, que engloba aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais. Assim, os aspectos relativos ao cuidado de si estão presentes nesse cenário, uma vez que a adesão demanda decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre o

serviço de saúde e o indivíduo. É relevante que o mesmo conheça o objetivo da terapia e participe da decisão de iniciá-la. O paciente deve ser informado da importância de ingerir o medicamento na dose e frequência devida. (ARAÚJO *et al* 2018, p. 852)

Por fim, ressaltam Leite *et al* (2007, p. 350) que a comunicação exata sobre o tratamento é essencial, inclusive para deixar claro que não há cura para o HIV e que a ingestão de medicamentos será contínua, para que o idoso fique totalmente ciente de sua condição e consiga realizar um tratamento satisfatório e de qualidade.

4.2 Possíveis violações do direito à saúde da pessoa idosa vivendo com HIV/AIDS dentro do Sistema Único de Saúde

4.2.1 A hipervulnerabilidade do idoso vivendo com HIV/AIDS

Como já exposto anteriormente, o idoso vivendo com HIV/AIDS deve ser considerado um cidadão *hipervulnerabilizado*, tendo em vista a dupla carga estigmatizante e de preconceitos que carrega durante a vida, inclusive no campo da saúde, onde as tensões se agravam, pois a lesão a este direito de envergadura constitucional também se revela como violação indireta ao direito à vida, como depreende Tavares (2015, p. 723), bem como à própria dignidade da pessoa humana, que é atingida de forma mais sensível.

As violações ao direito à saúde do idoso soropositivo são ainda mais graves, tendo em vista que há a soma das necessidades urgentes tanto dos que vivem com HIV, quanto as próprias dos idosos, por conta do envelhecimento que transforma o corpo e a mente humana, tornando-os mais suscetíveis de adoecer, conforme destaca Barletta (2010, p. 172-173) que ainda assevera o papel essencial do Estado no processo de prevenção e recuperação da saúde na terceira idade.

Nesse mister, destaca-se o disposto no art. 9º do Estatuto do Idoso, que determina ao Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, por meio de políticas sociais públicas que garantam um envelhecimento digno, o que no caso do presente estudo engloba tanto as ações de prevenção às DST's, quanto o acompanhamento e ampliação da assistência aos idosos soropositivos, inclusive com preparo e conscientização dos profissionais da saúde, que devem atender as pessoas vivendo com HIV como um verdadeiro imperativo moral, o que é determinado pela Resolução CFM 1665/03, que assim dispõe:

Art. 1º - O atendimento profissional a pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana é um imperativo moral da profissão médica, e nenhum médico pode recusá-lo.

Assim, a primeira potencial violação observável é a própria estigmatização superlativa que recai sobre a pessoa idosa vivendo com HIV/AIDS, que repercute na sua dignidade, nas relações sociais e, inclusive, conforme assevera Casséte (2016, p. 734), nos processos de cuidado da saúde deste grupo, ou seja, os estigmas e preconceitos alcançam também os profissionais de saúde, o que dificulta o tratamento e acompanhamento.

Com base nestas implicações, será feito o intercruzamento entre a atual situação do atendimento e tratamento do idoso vivendo com HIV/AIDS e as possíveis violações do direito à saúde detectadas neste processo, com base em estudos e pesquisas realizadas dentro do Sistema Único de Saúde por autores de áreas como a medicina e a enfermagem, para, por fim, dissertar sobre as perspectivas e possibilidades aplicáveis a esta situação

4.2.2 Violações quanto ao processo de prevenção

É sabido e indiscutível que todos estão suscetíveis a infecção pelo HIV/AIDS. Porém, Figueiredo e Provinciali (2007, p. 22), citando os ensinamentos de Liebmann (2000), afirmam que a terceira idade vem sendo negligenciada quando se trata do tema, tanto no que toca ao acesso à informação, quanto ao suporte social e aos serviços especializados no tratamento do HIV - em especial, dentro do SUS, que tem quase o monopólio sobre o cuidado e o acompanhamento do tratamento dos soropositivos no Brasil.

A negligência destacada viola frontalmente o preceito constitucional disposto no art. 230 da CRFB/88, o qual determina ser dever da família e do Estado - local onde está agasalhado o SUS - amparar as pessoas idosas, garantindo sua dignidade, bem-estar e direito à vida, sendo a abordagem preventiva sobre o HIV e as DST's no geral uma forma de exercício destas garantias que não está sendo praticada.

Inclusive, reflete Casséte (2016, p. 232) que apenas as informações sobre o HIV não são garantia de que o idoso adote um comportamento protetor, mas a ausência de informações mínimas sobre o tema o torna muito mais vulnerável a infecção. Ademais, o que se observa dos programas de governo “é uma assistência fragmentada, pois muitas ações, como a prevenção de DST/AIDS, a abordagem da sexualidade e a solicitação da sorologia anti-HIV não são realizadas (CIOZAK; ALENCAR, 2015, p. 233).

Esta negligência com a pessoa idosa, muito atrelada aos estigmas de que estes são assexuados ou não têm mais interesse pela vida sexual, afronta também o Princípio da Proteção Integral do Idoso, extraído do art. 2º do Estatuto do Idoso, que é aquele, segundo Barletta (2010, p. 94-95) que sustenta todas as facilidades e oportunidades para a preservação da saúde psicofísica, devendo ser dada toda atenção a terceira idade, em todos os âmbitos, afastando-se empecilhos tais como estes estigmas.

O que se vê é um movimento em sentido contrário, quanto a prevenção, pois a ênfase dada pelo Ministério da Saúde volta-se totalmente para grupos que se estabilizaram e que não estão em franco crescimento no quadro da infecção pelo HIV no país.

Muito se discute sobre as estratégias de prevenção utilizadas no momento, pois as políticas públicas utilizadas pelo Ministério da Saúde não contemplam o público idoso, sendo que suas campanhas veiculadas pela mídia digital focam, em sua maioria, no público jovem, adultos, homens gays e homens que fazem sexo com homens (HSH) (MAHMUD *et al*, 2018, p. 04).

A preferência dada pelo Governo Federal - e também pelos governos estaduais e municipais - em realizar campanhas anuais voltadas para certos grupos historicamente ligados ao HIV, negligenciando outros em ascensão, vai de encontro à disposição do art. 196 da CF/88, que assenta o dever do Estado em promover políticas sociais e econômicas de saúde que visem a proteção e a redução de riscos de doenças, aonde se encontra o campo da prevenção, que deve ser específica e adaptada aos idosos, em razão de sua condição singular que exige campanhas direcionadas e em linguagem acessível para este público.

Tal questão é levantada por Leite *et al* (2007, p. 345), ao aduzirem que as orientações voltadas ao público idoso têm informações predominantemente técnicas, sem se preocupar com o nível de instrução, de compreensão do receptor, a sua história de vida e sua condição especial, tendo em vista que o próprio idoso pode estar impregnado dos estigmas que recaem sobre a terceira idade, o que lhe impede de absorver a informação como os outros públicos.

Neste ponto, pode-se discutir também certa violação ao princípio da absoluta prioridade, insculpido no art. 3º do Estatuto do Idoso, que impõe preferência a terceira idade, no que toca a efetivação de direitos fundamentais, inclusive quanto a formulação e execução de políticas sociais específicas, como descreve o inciso II da normativa, ou seja, esta invisibilidade da pessoa idosa em detrimento de outros grupos no que cerne a prevenção do HIV/AIDS fere a consecução de seus direitos fundamentais, num jogo de afronta entre a moral e o direito.

Com isto, é necessário um novo olhar sobre a terceira idade, despido de preconceitos, com a participação dos idosos na construção e realização das campanhas, para que os números

de infecções em pessoas após os 60 anos diminuam, sendo tal fato inclusive diretriz da Política Nacional do Idoso, conforme se vê a seguir:

Art. 4º Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

De outra banda, o processo preventivo não se dá somente em uma perspectiva macro, mas também de forma mais íntima, quando do contato entre o médico e o paciente idoso, o que é problemático na lógica do SUS por conta de sua alta demanda e do grande número de pacientes, o que acaba tornando as consultas rápidas e pouco comunicativas.

O profissional de saúde deve explicar ao paciente como se prevenir contra o HIV/AIDS e estar desinibido para abordar o idoso quanto a solicitação de exames para testagem, em linguagem adequada e acessível, inclusive respeitando a liberdade do paciente de aceitar fazer os exames ou não, como afirmam Ciozak e Alencar (2015, p. 233).

Outrossim, o CFM proibiu no art. 4º da Resolução 1.665/03 e no art. 3º da Recomendação nº 02/2016 que os exames sejam realizados de forma compulsória ou obrigatória, sempre velando pelo direito à liberdade de escolha do paciente, principalmente o idoso, que se encontra em uma situação de extrema fragilidade.

A abordagem no consultório sobre o HIV/AIDS fortalece a discussão e a prevenção com os idosos, que tendem a confiar nos profissionais de saúde, inclusive com ênfase sobre os riscos da doença e os métodos de diagnóstico disponíveis, conforme afirmam Mahmud *et al* (2018, p. 06), o que completa, inclusive, a determinação do art. 198, II, da CRFB/88 sobre o atendimento integral nos serviços públicos de saúde, com ênfase na prevenção, que deve se dar tanto a nível macro, quanto no nível de relação paciente-profissional.

Para tanto, deve ser dissipado o preconceito existente quanto aos idosos e sua sexualidade que permeiam os profissionais de saúde, para que também se desconstrua a própria visão que os idosos têm de si mesmos, pois segundo Leite *et al* (2007, p. 353) os idosos não se consideram vulneráveis as DST's e ao HIV/AIDS e a transmissão de informações acessíveis auxilia na compreensão, assimilação e prevenção contra essas morbidades.

4.2.3 Violações quanto ao processo de diagnóstico

Como destacado ao final do tópico anterior, os idosos não se veem como vulneráveis a infecção pelo HIV/AIDS, por isso não realizam exames e, muitas das vezes, não são

incentivados pelo governo ou pelos profissionais de saúde a realizarem a testagem. Assim, Figueiredo e Provinciali (2007, p. 24) constataram por meio de pesquisa em instituição vinculada ao SUS que a descoberta da soropositividade pelos idosos ocorre quase sempre após o surgimento de doenças associadas ao vírus, partindo do profissional de saúde a recomendação da testagem e não como iniciativa pessoal.

Com espeque nisto, Alencar e Ciosak (2015, p. 230) afirmam que o diagnóstico do idoso acaba sempre sendo perigosamente tardio, atrelando-se a três aspectos: a) os idosos não são vistos como vulneráveis ao HIV pelos profissionais de saúde; b) o próprio idoso não se vê como vulnerável e; c) o profissional de saúde confunde os sintomas sugestivos do HIV com outros de doenças próprias da idade, muito por conta da influência do primeiro aspecto.

Há nesse processo a ocorrência de discriminação velada a pessoa idosa que, desconhecadora de informações e fragilizada, não se previne e nem busca elucidar os motivos de seu adoecimento, o que desobedece ao princípio da não discriminação de qualquer natureza, previsto no art. 3º, III, da Lei da Política Nacional do Idoso, devendo o médico sempre zelar pela realização de testes sorológicos pelos pacientes e recomendar a sua realização, conforme se observa da Recomendação nº 02/2016 do CFM:

Art. 1º O médico verificará nas consultas se seus pacientes realizaram testes sorológicos para sífilis, HIV, hepatites B e C, e vacinação, no caso da hepatite B. Parágrafo único. Caso os testes, ou a vacinação, não tenham sido realizados, o médico orientará o paciente, conforme o caso, sobre a necessidade, a oportunidade ou a conveniência de sua execução.

Ainda, com relação a conduta dos profissionais no momento do diagnóstico, retoma-se a questão da confusão dos sintomas pelo profissional, que pode não significar discriminação, mas simplesmente a ausência de um olhar mais aprofundado e cuidados, pois, realmente, muitos sintomas do HIV/AIDS, tal como lembra Dornelas Neto (2015, p. 3860) estão atrelados a doenças crônicas ou manifestações do processo natural de envelhecimento.

Sobre o tema, destaca-se a reflexão de Ciozak e Alencar (2015, p. 234), disposta a seguir:

O diagnóstico tardio da infecção por HIV/aids ainda é uma infeliz realidade entre os idosos, que, mesmo apresentando sinais e sintomas sugestivos da aids, só obtêm o diagnóstico após exaustivo percurso entre os serviços de saúde. Apesar de eles terem como primeira opção a procura pelo serviço de atenção básica, o desfecho dessa história acontece no serviço secundário ou terciário". (ALENCAR; CIOZAK, 2015, p. 234)

Para que os diagnósticos sejam mais precisos, é necessário capacitar os profissionais de saúde do SUS quanto a atenção à saúde do idoso, inclusive realizando-se a contratação de profissionais específicos do campo da geriatria e da gerontologia social, que tem maior preparo para diferenciar sintomas próprios da idade avançada e os sintomas indiretos de outras morbidades, como o HIV, inclusive tal questão está disposta no art. 15, § 1º, III do Estatuto do Idoso, com a necessidade de criação de unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado em geriatria e gerontologia social.

Em igual sentido, se destaca também a determinação do art. 18 do Estatuto do Idoso:

Art. 18. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda.

E também se pode acrescentar a previsão do art. 4º da Lei da Política Nacional de Atenção ao Idoso que constitui como diretriz, em seu inciso V, a capacitação e a reciclagem dos profissionais de saúde e recursos humanos em geral nos campos da geriatria, gerontologia e na prestação dos serviços.

A falta de especificidade dos sintomas e a dificuldade na realização do diagnóstico antes da testagem iniciam um processo doloroso que pode retardar o início do tratamento em até 10 meses, como dispõem Alencar e Ciozak (2015, p. 323), o que se agrava ainda mais no momento da comunicação ao paciente que se encontra fisicamente frágil e se torna mais abalado psicologicamente com a notícia que muda totalmente sua estrutura de vida.

Ademais, ainda quanto ao retardamento do diagnóstico e tratamento do idoso soropositivo, dependendo do caso concreto, a situação pode se constituir crime com previsão na Lei 12.984/14 que pune a discriminação a pessoa soropositiva com pena de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa, incluindo-se dentre os tipos a conduta do profissional de saúde que recusa ou retarda o atendimento ao idoso a qualquer pessoa que se desconfie estar com HIV/AIDS.

Em continuidade, o momento da comunicação ao paciente é também cheio de cuidados, principalmente quando se trata do paciente idoso, que se encontra carregado de estigmas e fragilidades psicofísicas e sociais, como lembram Mahmud *et al* (2018, p. 11), que rememora inclusive as recomendações do CFM quanto ao sigilo do diagnóstico, disposto na Resolução 1.665/2003, que assim aduz:

Art. 9º - O sigilo profissional que liga os médicos entre si e cada médico a seu paciente deve ser absoluto, nos termos da lei, e notadamente resguardado em relação aos empregadores e aos serviços públicos.
Parágrafo único - O médico não poderá transmitir informações sobre a condição do portador do vírus da SIDA (AIDS), mesmo quando submetido a

normas de trabalho em serviço público ou privado, salvo nos casos previstos em lei, especialmente quando disto resultar a proibição da internação, a interrupção ou limitação do tratamento ou a transferência dos custos para o paciente ou sua família.

Assim, o médico da rede pública, apesar da grande demanda de pacientes, deve esclarecer ao paciente idoso com todos os detalhes e minúcias o significado de seu diagnóstico positivo, recomendando, inclusive, a preservação do sigilo se lhe for mais cômodo, e mantendo ele próprio a conduta sigilosa, preservando aqueles que estão sob seus cuidados, sob pena de ser enquadrado no crime de conduta discriminatória ao portador de HIV, previsto na Lei 12984/14, em seu inciso V, que dispõe como punível “divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender-lhe a dignidade”, entendendo-se que a divulgação sem permissão, por si só, já constitui ofensa à dignidade de quem vive com o vírus.

4.2.4 Violações quanto ao processo de tratamento

A Lei 9.313/96 foi um verdadeiro marco mundial na luta contra o HIV/AIDS, pois serviu de exemplo de política pública e social para a prevenção e o tratamento da doença, barrando o seu avanço no país, garantindo as pessoas vivendo com HIV toda a medicação necessária e o tratamento por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o quase monopólio do cuidado com os soropositivos no país, dispondo seu art. 1º o seguinte:

Art. 1º Os portadores do HIV (vírus da imunodeficiência humana) e doentes de AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) receberão, gratuitamente, do Sistema Único de Saúde, toda a medicação necessária a seu tratamento.

§ 1º O Poder Executivo, através do Ministério da Saúde, padronizará os medicamentos a serem utilizados em cada estágio evolutivo da infecção e da doença, com vistas a orientar a aquisição dos mesmos pelos gestores do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A padronização de terapias deverá ser revista e republicada anualmente, ou sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico atualizado e à disponibilidade de novos medicamentos no mercado.

Somado a isto, tem-se ainda o reforço do disposto no art. 15, §2º do Estatuto do Idoso, que determina o fornecimento gratuito dos medicamentos necessários aos idosos por parte do poder público, em especial, os de uso continuado, tais como os voltados ao tratamento do HIV/AIDS, que são ingeridos pelo resto da vida.

Apesar da garantia da terapia gratuita por meio do SUS, o tratamento realizado por meio deste sistema ainda padece de uma padronização prejudicial que não leva em consideração as

condições específicas de cada grupo de pessoas vivendo com vírus, inclusive Dornelas Neto (2015, p. 3860) afirma que são inexistentes diretrizes específicas de como deve ser realizado o tratamento em pessoas idosas, bem como são limitadas as informações sobre a eficácia e a segurança de alguns regimes antirretrovirais, recorrendo-se às recomendações gerais dos adultos.

Além dessa falta de especificidade, muitas vezes a determinação do tratamento e dos medicamentos que serão utilizados não leva em consideração a opinião do idoso, que se torna mero coadjuvante em um processo violador de sua vida e de seu corpo, o que afronta o art. 17 do Estatuto do Idoso, que assegura ao idoso no domínio de suas faculdades mentais o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for mais favorável.

Ademais, a eficácia do tratamento depende também do diagnóstico precoce. Assim, Alencar e Ciozak (2015, p. 323) expõem que nos idosos a progressão da doença é muito mais veloz, com a fragilização mais rápida do sistema imunológico, tornando precário e dificultoso o tratamento, sendo mais lenta a resposta à Terapia Antirretroviral (TARV) e dando oportunidade a progressão de outras comorbidades.

Os idosos contam ainda com mudanças fisiológicas do processo de envelhecimento que contribuem diretamente para um maior risco. A diminuição da imunidade celular e humoral em geral, com menor ativação de células T e produção de anticorpos, pode fazer com que os tecidos sejam mais suscetíveis ao HIV e outras DST (DORNELAS NETO, 2015, p. 3859)

A necessidade de um atendimento inclusive individualizado, e não por grupos, é asseverado por Dornelas Neto (2015, p. 3862), no qual se deve levar em consideração as necessidades e especificidades de cada paciente e as complexidades do tratamento na pessoa idosa, apesar de ainda hoje os profissionais de saúde estarem muito mais atrelados a experiência clínica adquirida quando da prescrição e escolha do esquema TARV que será aplicado ao paciente idoso, o que é extremamente perigoso, pois fica dependente de erros e acertos, situação inaceitável, principalmente se levar em consideração as toxicidades desses medicamentos e a influência deles em outras doenças próprias da idade.

No que toca a este último ponto, é dever do Estado controlar e fiscalizar a produção e a fabricação de tais medicamentos, como se observa do art. 200, I, da CFRB/88, inclusive determinando que os fabricantes destaquem na bula ou por meio de outras formas mais claras e acessíveis aos profissionais de saúde e aos próprios pacientes - especialmente idosos - os efeitos e restrições da utilizando de cada esquema de TARV.

Assim, se preserva inclusive o princípio do melhor interesse do idoso, citado por Barletta (2010, p. 106), que é um macro princípio que permeia toda a normativa voltada a

terceira idade, ou seja, sua proteção, seus interesses, suas necessidades, sempre devem estar à frente nas políticas públicas e dentro da sociedade, inclusive quanto ao tratamento, que deve ser adequado e bem avaliado, evitando-se o reprovável jogo de erros e acertos.

A adesão ao tratamento é um processo complexo e multifatorial, que engloba aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais. Assim, os aspectos relativos ao cuidado de si estão presentes nesse cenário, uma vez que a adesão demanda decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre o serviço de saúde e o indivíduo. É relevante que o mesmo conheça o objetivo da terapia e participe da decisão de iniciá-la. O paciente deve ser informado da importância de ingerir o medicamento na dose e frequência devida. (ARAÚJO *et al*, 2018, p. 852)

Por fim, destaca-se a situação do tratamento dos idosos que se encontram já em fase de AIDS o que, por conta de outras comorbidades, não conseguem se locomover até o serviço público de tratamento especializado, estando a eles assegurado o tratamento preferencial em seus lares, como determina o art. 230, §1º, da CRFB/88, que é acompanhado e reforçado pelo art. 15, § 1º, IV do Estatuto do Idoso, que garante o atendimento domiciliar e a internação para os idosos que necessitarem e que estejam impossibilitados de se locomover.

4.2.5 A questão psicossocial do idoso vivendo com HIV/AIDS

O entrelaçamento entre os campos do envelhecimento e do HIV/AIDS, conforme ressalta Casséte (2016, p. 736) é extremamente sensível psicossocialmente, tendo em vista que se absorve o efeito estigmatizante em duas vertentes que acabam se associando: a do estereótipo falso da pessoa com HIV/AIDS como promiscua, invalida e no aguardo da morte com o do estigma do idoso assexuado.

A necessidade de assistência por parte dos profissionais de saúde neste momento difícil que se estende por toda a vida do idoso é crucial, tanto para que ele supere os estigmas, quanto para que ele tenha total adesão ao tratamento. A assistência social, inclusive, é garantida por parte do Estado, conforme o art. 203 da CRFB/88, que não compreende somente o amparo financeiro, mas também o apoio e a assistência psicológica.

Estudos apontam que os soroconvertidos vivenciam depressão, culpa, vergonha, raiva, medo, rejeição, isolamento, diminuição drástica dos intercursos sexuais ou até mesmo a ausência destes. Esses aspectos abordados, tanto na literatura científica, quanto nas reflexões expressas pelos profissionais, ajudam a pensar a complexidade da promoção da saúde, as

especificidades do trabalho em saúde e os atuais desafios que se colocam àqueles que atuam junto a pessoas vivendo com HIV” (CASSÉTE, 2016, p. 739).

Neste sentido, ressaltam Mahmud *et al* (2018, p. 09) que o auxílio da família ante a situação de diagnóstico e internação, bem como o apoio do profissional de saúde inserido no SUS, é algo complexo e indispensável, pois a pessoa idosa está carregando um estigma e um peso que na atualidade está muito pouco atrelado a doença em si e muito mais a sociedade que ainda é extremamente preconceituosa e julgadora.

Garante-se desta forma tanto o melhor interesse do idoso e também efetiva-se o princípio da dignidade da pessoa humana, pois esse paciente não se sentirá mais sozinho, ostracizado dos processos sociais e da vida em comum, devendo enxergar a situação como uma nova fase de sua vida, que não mudará quase em nada, somente quanto aos cuidados redobrados que terá de ter com a sua saúde.

4.3 Constatações, possibilidades e propostas

O viver após a descoberta do HIV para a pessoa idosa é um processo mais complexo e delicado do que com as outras pessoas, estando marcado pela ignorância aos riscos por conta das noções erradas sobre a sexualidade na terceira idade e ausência de informação, como destacam Figueiredo e Provinciali (2007, p. 25) que ainda realçam o comprometimento do cotidiano do idoso e a sensibilidade existente nesse processo de vivência com o HIV.

É necessário dar apoio a este grupo que se torna *hipervulnerabilizado*, apoio esse que vem primeiro dos profissionais de saúde, que devem se despir dos preconceitos e estigmas sociais enraizados no pensamento coletivo, tomando como ponto de partida o entendimento de que ser idoso é estar em uma etapa de independência e maturidade, voltada a atividade e ao lazer, tal como afirma Leite *et al* (2007, p. 343), com os idosos invadindo os espaços públicos e assumindo um ritmo de vida dinâmico, superando velhas e ultrapassadas concepções.

Ao compreender esta nova conjuntura da terceira idade, os profissionais da saúde e a sociedade como um todo começarão a derrubar o mito da assexualidade e começarão a se preocupar com a saúde sexual do idoso tanto quanto como com outros grupos, inclusive com a promoção de programas voltados aos idosos vivendo com HIV/AIDS, atentos “às questões de sexualidade, comprometimento conjugal, relações de gênero e estigma, além de promover a

inclusão do idoso como alguém que possui desejos e planos de vida” (FIGUEIREDO; PROVINCIALI, 2007, 26).

Na construção e consecução destas campanhas, é necessário se atentar para a linguagem utilizada e para as questões culturais que permeiam o público alvo, inclusive quanto a forma de abordagem e recepção da informação.

Dentre os principais desafios da prevenção de DST em idosos está justamente o fato de conseguir elaborar estratégias de prevenção que sejam sensíveis à idade e ao estilo de vida dessa população. As estratégias podem partir tanto de campanhas com folhetos informativos, propagandas e até mesmo discussões em grupo, contanto que estejam direcionadas para as atitudes, práticas sociais, culturais e linguagem apresentada acima dos 50 anos (DORNELAS NETO, 2015, p. 3862).

O próprio aumento no número de idosos, conforme lembram Mahmud *et al* (2018, p. 12), já urge uma maior atenção das esferas de governo, pois esses números acompanham o aumento do número de idosos soropositivos, sendo indispensável a elaboração de campanhas específicas, bem como a própria conscientização no âmbito das consultas e da conversa médico-paciente, na busca da prevenção primária, promovendo-se o envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

Como reforço e tomando como ponto principal e de partida para todas as violações legais apresentadas, Araújo *et al* (2018, p. 852) reafirmam a necessidade de mudança na conduta do profissional de saúde, prestando atendimento integral a pessoa idosa, com total desprendimento de preconceitos e estigmas, pois esta é a principal problemática que prejudica o diagnóstico e o início precoce do tratamento, ou seja, esse estigma é o estopim para todas as violações consequentes.

A postura retrograda dos profissionais de saúde, principalmente no campo do SUS, onde o serviço se torna hercúleo e gigantesco, acaba não alertando os próprios idosos também, que não se enxergam como vulneráveis, tal como aduzem Andrade *et al* (2018, p. 852), sendo essencial a capacitação de profissionais para que insiram na rotina de saúde do idoso o assunto da sexualidade e o aconselhamento sobre a segurança sexual, inclusive aos gerontologistas e geriatras.

Ressalva Cassette (2016, p. 742) que não basta tão somente a modificação do pensamento dos profissionais de saúde e os investimentos na formação dos profissionais, mas também a melhoria das condições de trabalho e da estrutura do serviço público de saúde, qual seja, o SUS, pois com o aparelhamento adequado é possível a realização do tratamento adequado e inclusive ampliar a testagem e o acompanhamento.

Nesse sentido, a melhoria na estrutura e do número de testes anti-HIV permite que os idosos soropositivos sejam diagnosticados de forma precoce e que lhes seja garantido um tratamento mais confortável e menos agressivo, como dispõe Alencar e Ciozak (2015, p. 234), o que influencia até no processo de abordagem do idoso, identificando aqueles que tem vida sexual ativa e realizando uma conversação mais clara e direcionada.

Ademais, disserta Dornelas Neto (2015, p. 3861) que é necessário informar também aos idosos soropositivos que o HIV é encarado como doença crônica e que irão enfrentar o processo de envelhecimento normalmente, com as mesmas auguras e benefícios que recaem sobre qualquer idoso. Inclusive é necessário o esclarecimento de que a doença é incurável, mas que se seguido à risca o tratamento, eles poderão se tornar indetectáveis e não transmitirem mais o vírus para outra pessoa, o que já é um conforto ao idoso.

Por conseguinte, outra constatação é a ausência de farto material de pesquisa e estudos sobre as causas e fatores associados ao aumento da vulnerabilidade do idoso, o que é corroborado por constatação também feita por Andrade *et al* (2017, p. 09), especialmente em nosso país. De igual forma, também é escasso o material jurídico que intercruze idosos e o HIV, com seus direitos e garantias, sendo quase inexistente e de difícil achado.

Por fim, apesar de todas as questões abordadas, urge destacar a observação feita por Mahmud *et al* (2018, p. 12) que a partir de 2013 o Ministério da Saúde começou a ampliar a prevenção ao HIV/AIDS, distribuindo medicamentos a todas as pessoas vivendo com HIV, bem como descentralizando e simplificando o tratamento, levando-o aos postos de saúde aumentando a cobertura no campo da testagem, apesar de não ter uma política ainda especializada no caso das pessoas idosas.

Em suma, tem-se que o HIV e a AIDS hoje em dia são questões que têm as mesmas forças tanto no campo da saúde, quanto no campo sócio jurídico, sendo indispensável, conforme Diniz *et al* (2006, p. 65) a modificação dos valores, das crenças e do estilo de vida das pessoas, não só dos idosos soropositivos, mas da sociedade como um todo, o que é um processo lento e demorado.

A reflexão realizada por Cielo e Vaz (2009, p. 41) é sintetizadora, ao relatar que existe um abismo entre a lei e a realidade da pessoa idosa no Brasil, sendo necessária a continuidade dos debates e das reivindicações em todos os espaços, pois só assim ocorreram efetivas mudanças e afirmando o envelhecer como um direito de todos, lembrando-se que todos nós envelheceremos um dia e continuaremos até a morte suscetíveis às doenças, inclusive ao HIV.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente que a legislação brasileira voltada a proteção da pessoa idosa é extremamente avançada, assim como é indiscutível que o programa de prevenção e tratamento do HIV/AIDS no Brasil é um modelo universalmente admirado, sendo garantido a todos e preservando vidas, levando qualidade de vida as pessoas vivendo com o vírus. Porém, pode-se atestar que há um abismo gigante entre as garantias previstas na lei e a realidade dos idosos no Brasil, o que se agrava ainda mais quando se somam as vulnerabilidades da terceira idade com as da pessoa vivendo com HIV.

Muito disto advém da principal discussão que permeou o desenvolvimento deste trabalho que é a visão social e moral que é imposta a pessoa idosa, considerando-a assexuada e desinteressada pela vida sexualmente ativa, o que se mostra ultrapassado e perigoso, pois leva ao medo dos profissionais de saúde de abordarem tais questões e causarem constrangimentos ou romperem com uma tradição moral sobre o respeito com a figura do idoso, que ainda está atrelada a estigmas e características do início do século passado, mesmo que a legislação moderna busque reinserir esse grupo na dinâmica social.

O preconceito dirigido aos idosos com vida sexual ativa é o ponto de partida para transformá-los em seres vulneráveis a discriminação e aos julgamentos da sociedade, como a doenças sexuais e, assim, por conta novamente do medo de serem mal vistos, deixam de buscar amparo e auxílio médico e se descuidam da saúde, vindo a se descobrir soropositivos muito tempo depois, após longo sofrimento com a negação ou mesmo por conta de sucessivos diagnósticos errados dos profissionais de saúde, que também estão impregnados pelos mesmos estigmas.

Desta forma, a letra da lei acaba se tornando fria e mera garantia de promessas que não se concretizam, muito por conta das boas intenções do legislador que tenta modificar a realidade rapidamente, mas não o consegue, pois, as mudanças morais e coletivas são paulatinas, frutos de um processo lento e de superposição de gerações, que vão mudando seus pensamentos sobre o que é envelhecer e sobre o HIV.

Esse problema soma-se ao fato de que o Sistema Único de Saúde, apesar de ser um exemplo internacional, está extremamente sobrecarregado de pacientes, o que desestimula o idoso e também impede um atendimento individualizado e a abordagem adequada e direta quanto a sexualidade do idoso, jungindo-se as visitas aos centros públicos de saúde para tratar de questões rotineiras da velhice, além do fato da rede pública encontrar-se sucateada e sem

estrutura adequada, o que dificulta mais ainda a prevenção e o tratamento dos idosos que já conhecem sua soropositividade.

Desta forma, é essencial que haja uma mudança no pensamento coletivo ainda vigente, o que vai muito além da simples questão da saúde e do tratamento do idoso com HIV. É necessário conscientizar os profissionais de saúde, principalmente, preparando-os para debater sem amarras e sem preconceito as questões da sexualidade com pessoas acima de 60 anos, o que naturalmente efetiva os direitos desse grupo e garante que sejam cumpridos os preceitos insculpidos no Estatuto do Idoso e na Política Nacional de Atenção ao Idoso.

Também é indispensável a mudança na estrutura do Sistema Único de Saúde e não propriamente na sua legislação de regência, com investimentos para descentralizar e especializar as instituições no combate à epidemia de HIV frente a terceira idade, dando todo o amparo e conforto para que as pessoas idosas se sintam confortáveis e tenham um tratamento digno e adequado as suas necessidades, capacitando os profissionais de saúde para que sejam evitados diagnósticos errados e para que o tratamento seja iniciado o mais cedo possível, buscando o sucesso e a garantia do direito à vida e a atenção integral a pessoa idosa.

Para tanto, é necessária também a abertura a participação do idoso nesse processo, em todas as fases, como determina o Estatuto do Idoso, seja quanto a construção de políticas de prevenção, quanto no tratamento e até na escolha dos medicamentos a serem utilizados dentro do seu esquema de TARV, coisas que efetivam a sua posição como cidadão e sujeito de direito e não como mero espectador dentro deste processo, que só sofre as influências e consequências das políticas governamentais e das escolhas de terceiros.

Tais atitudes tornam o idoso protagonista de sua vida e o reafirmam como sujeito inserido dentro da dinâmica social, sob a proteção da Constituição Federal e de sua legislação própria, garantindo seus direitos e aproximando, finalmente, a lei da realidade, mudando-se velhos estigmas e dando a este grupo qualidade de vida e justiça, inclusive nos sensíveis e complexos campos da sexualidade e do direito à saúde.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. A velhice no contexto dos Direitos Humanos. In: GUGEL, Maria Aparecida; MAIO, Iadya Gama. **Pessoas idosas no Brasil: abordagens sobre seus direitos**. Brasília: Instituto Atenas, 2009

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. **Da Política Nacional do Idoso ao Estatuto do Idoso**: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. Brasília: IPEA, 2016.

ALENCAR, Rúbia Aguiar; CIOSAK, Suely Itsuko. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 229-235, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/pt_0080-6234-reeusp-49-02-0229.pdf. Acesso em: 14 out 2019.

ANDRADE, Juliane *et al.* Vulnerabilidade de idosos a infecções sexualmente transmissíveis. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 8-15, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-1002017000100008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 out 2019.

ANDRADE, Luana Machado *et al.* **Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 3543-3552, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 out 2019.

ARAÚJO, Graciela Machado *et al.* Idosos cuidando de si após o diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800793&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 out 2019.

BARBIERI, Natália Alves. Velhice: melhor idade. **O mundo da saúde**, São Paulo, 2012, v. 36, n. 1, p. 116-119, 2012. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/90/17.pdf. Acesso em: 12 out 2019.

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. A pessoa idosa e seu direito prioritário à saúde: apontamentos a partir do princípio do melhor interesse do idoso. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 1, p. 119-136, 2014. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82809>. Acesso em: 30 set 2019.

BARLETTA, Fabiana Rodrigues. **O direito à saúde da pessoa idosa**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010.

BARRETO, Mayckel da Silva; CARREIRA, Lígia; MARCON, Sonia Silva. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.

BONAVIDES, Paulo. A quinta geração de direitos fundamentais. **Revista Brasileira De Direitos Fundamentais & Justiça**, 2(3), 82-93. Disponível em: <https://doi.org/10.30899/dfj.v2i3.534>. Acesso em: 11 out 2019.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de direito constitucional**. 13. ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2008.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 12 out 2019.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2003.

BRASIL. **Lei nº 12.984, de 2 de junho de 2014**. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. Diário oficial da União, 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da União, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário oficial da União, 1994.

BRASIL. **Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de aids. Diário oficial da União, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528/2006**. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário oficial da União, 19 out. 2006.

CADAXA, Aedê. “O Brasil tem um dos melhores programas de HIV/aids do mundo”, diz Drauzio Varella. **Agência de Notícias no Ministério da Saúde**. Publicado em: Publicado: 18 maio 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/o-brasil-tem-um-dos-melhores-programas-de-hivaids-do-mundo-diz-drauzio-varella>. Acesso em: 14 out 2019.

CASSÉTTE, Júnia Brunelli *et al.* HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 5, p. 733-744, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000500733&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 out 2019.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do idoso**. Colaboração de BARCELOS, Eulita Maria; MADUREIRA, Maria Dolores S.; RIBEIRO, Marco Túlio de Freitas. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG, 2013.

CIELO, P. F. L. D.; VAZ, Elizabete Ribeiro de Carvalho. A legislação brasileira e o idoso. **Revista CEPPG–CESUC–Centro de Ensino Superior de Catalão**, v. 2, n. 21, p. 33-46, 2009. Disponível em: http://www.portalcatalao.com/painel_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/temp/d69c5c83201f5bfe256b30a1bd46cec4.pdf. Acesso em: 23 out 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Recomendação nº 02/2016**. Dispõe acerca da conveniência e oportunidade dos profissionais médicos oferecerem aos pacientes, durante as consultas, a realização de testes sorológicos para o HIV, sífilis, hepatites B e C, bem como orientá-los para a prevenção destas infecções. São Paulo. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/2_2016.pdf. Acesso em: 12 out 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.359/92**. Revogada pela Resolução CFM nº 1.665/2003. São Paulo, 11 nov. 1992. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1359_1992.htm. Acesso em: 12 out 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.665/03**. Dispõe sobre a responsabilidade ética das instituições e profissionais médicos na prevenção, controle e tratamento dos pacientes portadores do vírus da SIDA (AIDS) e soropositivos. Brasília, 7 maio 2003. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm. Acesso em: 12 out 2019.

CUNHA JR, Dirley da. **Curso de direito constitucional**. Salvador: Editora Juspodivm, 2012.

DINIZ, A. R. F.; SALDANHA, Ana Alayde Werba; ARAÚJO, L. F. A ausência da família no cuidado ao idoso soropositivo para o HIV. In: **VII Congresso Virtual HIV/AIDS**. 2006. Disponível em: <http://www.Aidscongress.net/pdf/280.pdf>. Acesso em: 14 out 2019.

DORNELAS NETO, Jader *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3853-3864, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203853&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 out 2019.

ENOG (Encontro Nacional de ONG's que trabalham com AIDS). **Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da Aids**. Porto Alegre, out. 1989. Disponível em: <http://www.pelavidda.org.br/declaracao.htm>. Acesso em: 09 out 2019.

FALEIRO, Vicente de Paula. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **Ser Social**, Brasília, n. 20, p. 35-61, jan./jun. 2007. Disponível em: http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/250/1622. Acesso em: 14 set. 2019.

FERREIRA, Rosana CM; FIGUEIREDO, Marco Antonio C. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 39, n. 4, p. 591-600, 2006. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/411>. Acesso em: 14 out 2019.

FIGUEIREDO, Marco Antonio de Castro; PROVINCIALI, R. M. HIV/Aids em pessoas idosas. Vulnerabilidade, convívio e enfrentamento. In: **Anais do VII Congresso Virtual HIV/AIDS**. Disponível em: <http://www.Aidscongress.net/pdf/280.pdf>. Acesso em: 24 set 2019.

GRANGEIRO, Alexandre *et al.* Estratégias de descentralização e municipalização da resposta à aids no Brasil: implicações para as secretarias de saúde e organizações não governamentais. **Tempus-Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 15-33, 2010. Disponível

em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/789/776>. Acesso em: 02 out 2019.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1553-1564, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501553&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 out 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Projeção da População das Unidades da Federação por sexo e idade: 2000-2030** - Revisão de 2018. 2019. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 20 set 2019.

INDALENCIO, Maristela Nascimento. **Estatuto do idoso e direitos fundamentais: fundamentos da proteção da pessoa idosa no ordenamento jurídico brasileiro**. 2007. 126 f. Dissertação (Mestrado em Fundamentos do Direito Positivo) - Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2007. Disponível em: <https://siaiap39.univali.br/repositorio/handle/repositorio/2049>. Acesso em: 18 out 2019.

LEITE, Marinês Tambara; DE MOURA, Cristiano; BERLEZI, Evelise Moraes. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 339-354, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403838775007.pdf>. Acesso em: 19 out 2019.

MACHADO, Analiza Maria Gomes; LEAL, Láydna Nandhara Barros. A proteção integral aos idosos e suas implicações na ocorrência de um dano afetivo. **Revista Científica da Academia Brasileira de Direito Civil**, v. 2, n. 1, 2018. Disponível em: <https://abdc.emnuvens.com.br/abdc/article/view/15>. Acesso em: 20 out 2019.

MAHMUD, Ibrahim Clós *et al.* O HIV, os idosos e a sexualidade: uma reflexão sob o olhar da bioética. **Revista da SORBI**, v. 6, n. 1, 2018. Disponível em: http://www.sorbi.org.br/revista/index.php/revista_sorbi/article/view/91. Acesso em: 23 out 2019.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 9, n. supl, p. 41-65, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000400003. Acesso em: 15 out 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **História da AIDS**. Publicado em: 11-04-2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>. Acesso em: 17 out 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é HIV**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em: 08 out 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, Vol. 49, nº 53, Jun 2017-Jun 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>. Acesso em: 05 Jul 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_manejo_hiv_adultos.pdf. Acesso em: 13 out 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tratamento para o HIV**. 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv/tratamento-para-o-hiv>. Acesso em: 14 out 2019.

MORAES, Alexandre de. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 2ª Edição, Editora Saraiva, 2007.

MORAES, Maria Celina Bodin de; TEIXEIRA, Ana Carolina Brochado. **Comentários aos arts. 229 e 230 da Constituição do Brasil**. In: CANOTILHO, JJ Gomes *et al.* Comentários à Constituição do Brasil. Brasília, DF: Saraiva Jur, 2018.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que ‘envelhecer bem deve ser prioridade global’**. Publicado em: 07 nov. 2014. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>. Acesso em: 11 set. 2019.

NASSAR, Elody Boulhosa. **Previdência social na era do envelhecimento**. São Paulo: Editora Saraiva, 2014.

PENIDO, Alexandre. Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS. **Agência Saúde/Ministério da Saúde**. Publicado em: 01 out. 2018. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>. Acesso em: 10 out 2019.

PARADELLA, Rodrigo. **Agência de Notícias IBGE**. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 21 set. 2019.

PEREIRA, Renata Junqueira; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro; PRIORE, Silvia Eloiza. **Característica da saúde do idoso brasileiro**. Revista Medica de Minas Gerais 2009; Vol. 19. Nº 01. Pg. 44-50.

PINTO, Agnes Caroline S. *et al.* Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. **DST J Bras Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 19, n. 1, p. 45-50, 2007. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-1-2007/7.pdf>. Acesso em: 07 out 2019.

ROCHA, Júlio César de Sá. **Direito da Saúde: Direito Sanitário na Perspectiva dos Interesses Difusos e Coletivos**. São Paulo: LTr, 1999.

RULLI NETO, Antônio. **Proteção legal do idoso no Brasil: universalização da cidadania**. São Paulo: Fiuza, 2003.

SANTOS, Marcelo Moreira dos. Direito à saúde da pessoa idosa. In: GUGEL, Maria Aparecida; MAIO, Iadya Gama (Orgs). **Pessoas idosas no Brasil: abordagens sobre seus direitos**. Brasília, DF: Instituto Atenas; AMPID, 2009.

SARLET, Ingo Wolfgang. Notas introdutórias ao sistema constitucional de direitos e deveres fundamentais. In: CANOTILHO, JJ Gomes *et al.* **Comentários à Constituição do Brasil**. Brasília, DF: Saraiva Jur, 2018.

SOUSA, Ana Maria Viola de. **Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2004.

TAVARES, André Ramos. **Curso de direito constitucional**. Editora Saraiva, 2015.

UNAIDS. **Você sabe o que é HIV e o que é AIDS?** Disponível em: <https://unids.org.br/2017/03/voce-sabe-o-que-e-hiv-e-o-que-e-aids/>. Acesso em: 08 out 2019.

UNAIDS. **Legislação brasileira e o HIV**. 2019. Disponível em: < <https://unids.org.br/conheca-seus-direitos/>>. Acesso em: 08 out 2019.

UNAIDS. **O que significa estar com a carga viral indetectável?**. 2017. Disponível em: <https://unids.org.br/2017/07/indetectavel-saude-publica-e-supressao-viral-do-hiv/>. Acesso em: 08 out 2019.

UNAIDS. **OMS recomenda o dolutegravir como principal opção de tratamento para o HIV em todas as populações**. 2019. Disponível em: <https://unids.org.br/2019/07/oms-recomenda-o-dolutegravir-como-principal-opcao-de-tratamento-para-o-hiv-em-todas-as-populacoes/>. Acesso em: 08 out 2019.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 548-554, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000300020&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 01 out 2019.

VINHAL, Gabriela. Número de idosos com HIV no Brasil cresce 103% na última década. **Correio Braziliense**, 2018. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/ciencia-e-saude/2018/03/25/interna_ciencia_saude,668253/numero-de-idosos-com-hiv-no-brasil-cresce-103-na-ultima-decada.shtml. Acesso em: 07 out 2019.