



O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids*

Late diagnosis and vulnerabilities of the elderly living with hiv/aids

El diagnóstico tardío y las vulnerabilidades de los ancianos que tienen vih/sida

Rúbia Aguiar Alencar¹, Suely Itsuko Ciosak²

* Extraído da tese "O idoso vivendo com HIV/aids: a sexualidade, as vulnerabilidades e os enfrentamentos na atenção básica", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

¹ Professora Assistente, Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

² Professora Associada, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To identify vulnerabilities of elderly people with HIV/AIDS and the trajectory that they follow until reaching the diagnosis of the disease. **Method:** Qualitative research conducted in specialized clinics in the state of São Paulo, from January to June 2011. Semi-structured interviews were conducted with 11 elderly people who were found to be infected with the virus at the age of 60 years or older. The interviews were analyzed using content analysis. **Results:** In this process four categories emerged, then analyzed with reference to the theoretical framework of vulnerability. **Conclusion:** Late diagnosis of HIV infection or AIDS among the elderly happens in the secondary or tertiary service. Issues related to sexual life of the elderly are only questioned by health professionals after the diagnosis, also the time that condom use becomes absolute. It is believed that the investigation of the vulnerability of the elderly to HIV/AIDS allows for carrying out appropriate interventions for this population.

DESCRIPTORS

Elderly; Vulnerability; Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; Delayed Diagnosis; Public Health Nursing.

Autor Correspondente:

Rúbia Aguiar Alencar
Departamento de Enfermagem, Faculdade de
Medicina de Botucatu
Distrito de Rubião Junior s/n
CEP 18618-970 - Botucatu, SP, Brasil
rubia@fmb.unesp.br

Recebido: 01/04/2014
Aprovado: 28/11/2014

INTRODUÇÃO

No Brasil, ao longo dos anos, a infecção pelo HIV/aids passou por mudanças no seu perfil epidemiológico, sendo os idosos um dos grupos suscetíveis. Segundo o Ministério da Saúde, a infecção das pessoas idosas, na maioria das vezes, se dá pela via sexual. Esse fato também é observado em estudo realizado com indivíduos vivendo com HIV, revelando que 72,8% contraíram a infecção por via sexual e nunca tinham utilizado o preservativo nas relações sexuais antes de conhecerem o diagnóstico⁽¹⁾.

A sexualidade faz parte da vida de qualquer indivíduo em qualquer idade, porém, quando relacionada à população idosa, apresenta-se cercada de mitos e crenças. É comum a associação, mesmo que equivocada, do processo de envelhecimento com a perda do desejo sexual⁽²⁾.

Devido ao aumento da expectativa de vida dos idosos aliada às facilidades da vida moderna, que neste caso incluem a reposição hormonal e as medicações para melhorar o desempenho sexual, eles estão tendo a oportunidade de redescobrir experiências, dentre elas, a vivência da sexualidade⁽³⁾.

Assim, enfatiza-se que a sexualidade não torna as pessoas mais vulneráveis a contraírem o HIV, mas sim as práticas sexuais desprotegidas, sendo esse um pressuposto estendido a todas as idades, e não apenas aos idosos⁽²⁾.

A problemática do diagnóstico tardio do HIV/aids entre os idosos está atrelada a três aspectos: os idosos não são vistos pelos profissionais de saúde como pessoas vulneráveis à infecção pelo HIV/aids; o idoso não se reconhece como um indivíduo vulnerável às DST/aids e os profissionais de saúde acabam por atribuir alguns sintomas sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem na aids a outras morbidades mais significativas na população idosa⁽⁴⁾.

Por meio do atendimento de enfermagem aos pacientes idosos vivendo com HIV/aids foi possível identificar que muitos diagnósticos ocorriam na contramão da hierarquia dos serviços de saúde, uma vez que, ao invés do serviço primário, o nível secundário era responsável pelos diagnósticos. Essa experiência suscitou a seguinte pergunta: Como se configuram as vulnerabilidades de idosos com HIV/aids e o caminho percorrido por eles até o diagnóstico da doença?

Esta pesquisa teve como objetivo identificar as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids e os caminhos percorridos até o diagnóstico.

MÉTODO

Estudo qualitativo realizado em Serviço Ambulatorial Especializado de Infecologia (SAEI) localizado em um município do interior do Estado de São Paulo, no período de janeiro a junho de 2011.

A população estudada foi de idosos com idade igual ou superior a 60 anos que descobriram a infecção pelo HIV/aids quando já eram idosos. Em janeiro de 2011, havia 527 usuários vivendo com HIV em atendimento no ambulatório especializado em infectologia, sendo que 30 pacientes tinham idade igual ou superior a 60 anos, e destes, 15 descobriram a infecção pelo HIV/aids quando já eram idosos. No entanto, a amostra foi composta por 11 idosos, sendo

sete indivíduos com aids e quatro com HIV. Houve quatro idosos que não atenderam aos critérios de inclusão, sendo que dois não tinham ciência da infecção e presença de déficit cognitivo, e dois se recusaram a participar.

Os critérios de inclusão foram: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com diagnóstico positivo para infecção por HIV/aids a partir dos 60 anos; conhecimento sobre a sua condição sorológica e ausência de déficit cognitivo.

Para a avaliação da função cognitiva e rastreamento de demência foi utilizado o Miniexame de Estado Mental (MEEM), realizado pela pesquisadora antes de iniciar a entrevista com o idoso. A pontuação total desse escore varia de 0 a 30 pontos, no entanto, conforme *Sugestões para o uso do Miniexame do Estado Mental no Brasil* o rastreio do estado cognitivo em idosos deve adequar o ponto de corte à escolaridade. Dessa forma, foram adotados 20 e 25 como pontos de corte para analfabetos e alfabetizados, respectivamente, respeitando a mediana do resultado do MEEM para ambas as condições⁽⁵⁾.

No ambulatório especializado em infectologia, a pesquisadora entrou em contato com os idosos via telefone e realizou o agendamento prévio da entrevista, que teve duração aproximada de 45 minutos, sendo realizada nos consultórios do próprio ambulatório, visando manter a privacidade do entrevistado.

Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento constituído por duas partes, sendo a primeira um formulário destinado às informações sociodemográficas para caracterizar os participantes quando à sua idade, sexo, escolaridade, profissão/ocupação, renda e com quem viviam. Na segunda parte empregou-se a técnica da entrevista, do tipo semiestruturada, com as seguintes questões: *Conte-me como você descobriu que estava com infecção pelo HIV?; Fale-me qual foi o serviço de saúde que você procurou; Estava apresentando algum sintoma?; Em que momento o exame (sorologia) para HIV foi solicitado?; Algum profissional de saúde conversou com você sobre a sua vida sexual?*

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e a Análise de Conteúdo foi utilizada como estratégia de tratamento de dados na vertente representacional e temática, conforme as fases propostas: pré-análise, análise e exploração do material⁽⁶⁾.

De posse das categorias empíricas, estas foram analisadas à luz do referencial teórico da vulnerabilidade, utilizando como categorias de análise as dimensões individual, social e programática para conhecer e compreender que a chance de exposição das pessoas à infecção pelo HIV/aids vai além dos aspectos individuais incluindo aspectos coletivos e contextuais que ocasionam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e de modo inerente, a disponibilidade de diversos recursos para sua proteção⁽⁷⁾.

Uma das premissas desse referencial propõe que a aproximação dos aspectos individuais e coletivos exige a integração de três eixos, definidos como vulnerabilidade individual, social e programática, como responsáveis por mudar a forma de compreender atualmente a epidemia da aids, especialmente no Brasil, ajudando a superar as noções

de grupo de risco e comportamento de risco presentes nos primeiros anos da síndrome⁽⁸⁾.

Ademais, entende-se por vulnerabilidade individual o grau e a qualidade de informação que os indivíduos possuem sobre os problemas de saúde, a elaboração das informações e sua aplicação prática no seu cotidiano⁽⁷⁾. A vulnerabilidade social está relacionada à estrutura econômica, às políticas públicas, em especial às de educação e saúde, à cultura, à ideologia, às relações de gênero, raciais e entre gerações, às crenças religiosas e à religiosidade viva, à pobreza, à exclusão social, ou mesmo aos modos de inclusão que mantenham a desigualdade⁽⁷⁻⁸⁾. Já a vulnerabilidade programática associa-se às políticas públicas de enfrentamento das doenças, assim como às políticas e às instituições, especialmente àquelas de saúde, educação, bem-estar social, justiça e cultura, que atuam como elementos que reduzem, reproduzem ou aumentam as condições de vulnerabilidade dos indivíduos em seus contextos⁽⁷⁻⁸⁾.

Além disso, o conceito de vulnerabilidade possibilita um olhar que contempla o papel do usuário enquanto sujeito ativo no processo de intervenção, tanto no nível individual como no social, uma vez que, de posse dessas condições, ele pode elaborar representações que orientem o seu comportamento, o que o torna menos ou mais vulnerável à infecção pelo HIV ou outra DST⁽⁷⁾.

Ressalta-se que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, sob protocolo nº 565/10, atendendo às recomendações da Resolução 196/96. O processo de pesquisa obedeceu aos preceitos éticos, sendo mantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade das informações, além de se solicitar a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na intenção de preservar o anonimato de cada participante, optou-se por identificá-los como Idoso ou Idosa, seguindo a ordem numérica de realização das entrevistas.

RESULTADOS

Participaram do estudo 11 idosos que conheceram o diagnóstico positivo para a infecção pelo HIV/aids após 60 anos ou mais de idade, sendo oito homens e três mulheres, numa relação de 2,7 homens para cada mulher na faixa etária de 60 a 75 anos e com a média de 68 anos.

Os idosos tinham baixa escolaridade, sendo um analfabeto, seis com ensino fundamental, dois com ensino médio incompleto e dois com ensino médio completo. Seis eram casados e as profissões predominantes foram a de caminhoneiro e trabalhador rural (lavoura/tratorista). Houve, como se esperava, maior número de aposentados e indivíduos sem trabalho no momento da entrevista, totalizando sete idosos com renda de um a dois salários mínimos e sete vivendo com esposas e filhos.

Do processo de análise, segundo a Análise de Conteúdo, emergiram quatro categorias: descobrindo-se tardiamente com HIV na contramão do serviço de saúde, percebendo-se assexuado pelos profissionais da saúde, usando preservativos após a doença se concretizar por meio do diagnóstico e o diagnóstico revelado primeiramente a terceiros.

Descobrindo-se tardiamente com HIV na contramão do serviço de saúde significou que o diagnóstico da doença revelou-se para os idosos, muitas vezes tardiamente, por

serviços de atenção secundária ou terciária à saúde, quando isso deveria ocorrer na atenção primária. Nesse nível de atenção, procurado pelos idosos como primeiro serviço para o atendimento de saúde, os profissionais não se atentaram para a solicitação de sorologia anti-HIV. Como resultado, houve a postergação do diagnóstico, que aconteceu de 42 dias a um ano, após a manifestação dos sinais e sintomas de aids. Nesse período, o diagnóstico aconteceu durante internação hospitalar ou quando os pacientes eram atendidos em pronto-socorro, conforme relataram:

Eu ia na unidade de saúde da família, mas os profissionais da saúde não faziam os exames certos; os exames não chegavam nunca. Comecei passar mal e surgiram as verrugas e comecei a emagrecer também ... aí eu vim pra faculdade (Idoso 11).

Eu sempre estava gripado, eu vinha tendo muita fraqueza e os médicos da faculdade não achavam o que eu tinha. Até que eu tive duas pneumonias (...) logo em seguida, tive o herpes zoster (...) eu comecei a tratar e não sarava. (...) depois de um ano, foi aí que passou pro médico que era professor e ele falou que ia fazer todos os exames, porque nós não achamos o que você tem. (...) e eu só emagrecendo (...) quando eu comecei a fazer esses exames eu estava com 83kg e eu vim a 63kg. Aí fez o exame e deu soropositivo. Foi no pronto socorro (Idoso 1).

Ao se descobrirem tardiamente com HIV na contramão do serviço de saúde, esses idosos foram arremetidos a refletirem sobre a experiência e, assim, acabaram **se percebendo assexuados pelos profissionais da saúde**, condição esta que eles relacionaram ao fato de serem atendidos por gerações de profissionais, na maioria, bem mais jovens e que se apresentaram desconfortáveis ao abordarem a sexualidade de pessoas mais velhas durante as consultas. A invisibilidade da sexualidade dos idosos durante seus atendimentos nos serviços de saúde foi sinalizada pelo fato de o diálogo dos profissionais de saúde sobre a vida sexual dos idosos ter se dado apenas após o diagnóstico da infecção pelo HIV/aids, justificando-se o receio que os profissionais de saúde têm em explorar a sexualidade do idoso, conforme relatam:

Sabe, doutora, quando uma pessoa é mais jovem, às vezes a pessoa pergunta certas coisas sobre sexualidade, mas a pessoa mais de idade, depois dos 60 anos, já não se compara com uma pessoa jovem. A gente fica com vergonha (Idoso 2).

Não, não, antes não. Ninguém nunca perguntou nada sobre essas coisas de sexualidade. Ah, perguntavam depois que tava doente (Idosa 10).

O idoso percebeu, após se descobrir infectado pelo vírus HIV tardiamente, que a experiência vivenciada não estava relacionada somente ao fato da invisibilidade da doença por profissionais de saúde, mas também por passarem a ter relações sexuais mais seguras com parceiros somente após o conhecimento desse diagnóstico. É por essa razão que se entenderam **usando preservativos após a doença se concretizar por meio do diagnóstico**. Todos revelaram ter

adquirido infecção pelo HIV através da relação sexual, uma vez que a não utilização do preservativo é uma realidade na vida desses idosos. Assim eles relataram:

Apenas hoje faço uso do preservativo com a esposa que também tem HIV, porque mesmo assim é aconselhado pelos médicos, né? Nunca usei preservativo nas relações que tive fora de casa (...) (Idoso 4).

Tive relacionamento fora do casamento com outra mulher durante as viagens como caminhoneiro e nunca usei camisinha (...) (Idoso 9).

A descrença nas potencialidades da pessoa idosa foi tão acentuada que existiram casos de profissionais de saúde que as atropelaram e, dessa forma, violaram seus direitos, uma vez que **o diagnóstico foi revelado primeiramente a terceiros**. O idoso teve seu diagnóstico revelado pelos filhos e pela esposa, os quais ficaram sabendo sobre o resultado pelo médico da unidade básica, que havia solicitado o exame para o paciente e, sem autorização do idoso, telefonou para a residência do paciente e comunicou sua esposa.

Me lembro ... eu cheguei de viagem, os filhos e a minha esposa estavam em casa porque eles moram fora os dois, aí começamos conversar e tal, aí o meu filho falou: Pai, vamos conversar um pouco. Aí sentamos lá no sofá e ele perguntou: O senhor sabe o que o senhor tem? Até aí eu não estava sabendo e falei: Não. Aí eles me contaram que o médico do posto tinha ligado e falado que deu positivo (...) mas eu não sabia que tinha feito esse exame (...) minha esposa ficou numa revolta que dava medo. (...) (Idoso 3).

DISCUSSÃO

A análise dos dados, sustentada pelo referencial teórico da vulnerabilidade, permitiu compreender as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids.

No ano de 2001 as pessoas com 60 anos ou mais correspondiam a 2,42% dos casos de aids no Brasil, no entanto, em 2012 essa porcentagem passou para 4,62%. A relação homem/mulher, em 1985, era de 26 casos masculinos para um feminino. Em 2012, essa relação passou para 1,7 homens para cada caso em mulheres⁽⁹⁾.

O baixo nível de escolaridade, como o encontrado neste estudo, é um indicador importante para o aumento das taxas de idosos infectados, uma vez que pessoas com menos tempo de estudo tendem a assimilar as informações de forma inadequada, tornando deficiente a apreensão do conhecimento sobre a doença⁽¹⁰⁾. Isso posto, acredita-se que a escolaridade é uma variável importante de estratificação social, tornando os indivíduos com menor escolaridade mais vulneráveis ao HIV⁽¹⁰⁾.

Vale lembrar que apenas informações sobre aids não são suficientes para que uma pessoa adote um comportamento protetor, mas a falta de informações básicas contribui diretamente para o aumento da vulnerabilidade ao HIV/aids⁽⁷⁾. Outra influência da baixa escolaridade está relacionada às opções de ocupação profissional, visto que baixos salários

e uma condição socioeconômica precária influenciam no acesso a uma melhor qualidade na prevenção e assistência aos idosos com HIV/aids⁽¹¹⁾.

Perante o contexto do envelhecimento da população brasileira, no ano de 1994, foi promulgada a Política Nacional do Idoso, por meio da Lei 8.842/94, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96. Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso. No ano de 2002, foi proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002). Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria/GM nº 399, o Pacto pela Saúde, no qual se inclui o Pacto pela Vida. Nesse documento, a Saúde do Idoso apareceu como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (PNSPI), criada em 2006 pela Portaria GM nº 2.528, representando, assim, a atualização da antiga Portaria nº 1935/94. Esta última portaria estabelece que a atenção ao idoso terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidades. Além disso, faz parte das diretrizes dessa política a promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável. Em 2009, por meio do Decreto nº 6.800, a Coordenação da Política Nacional do Idoso passa a ser de responsabilidade da Secretaria Especial dos Direitos Humanos⁽¹²⁾.

As políticas com foco no envelhecimento ativo atuam no sentido da promoção de saúde, sendo considerada fundamental a abordagem das questões relacionadas à sexualidade⁽¹³⁾.

Dessa forma, fica claro que as políticas públicas brasileiras recomendam que a atenção básica seja o serviço que deve ser procurado pelos idosos quando solicitarem atendimento.

Em pacientes idosos, o diagnóstico é realizado em uma fase tardia da história natural da infecção pelo HIV, e a solicitação do exame para HIV só ocorre após investigação extensa e por exclusão de outras doenças, o que atrasa o diagnóstico e o tratamento⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Como muitos sintomas de doenças mais prevalentes nesse grupo etário e do HIV são semelhantes, o diagnóstico diferencial passa a ser um processo complexo. A falta de especificidade dos sintomas pode retardar o diagnóstico em até 10 meses, resultando no atraso do tratamento antirretroviral^(13,15).

Observa-se que, quando comparados com pessoas mais jovens, os indivíduos com 50 anos ou mais têm sido diagnosticados com HIV em um estágio mais avançado da doença⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

É fundamental que ocorra o diagnóstico precoce dos idosos, uma vez que estes apresentam uma evolução mais rápida da doença e/ou maior risco de progressão, pois as células CD4+ caem mais rapidamente a níveis inferiores, tornando o sistema imunológico mais precário no início do tratamento. Dessa forma, o idoso terá uma resposta mais lenta ao uso da terapia antirretroviral (TARV)⁽⁴⁾, além de o HIV acelerar a progressão de comorbidades entre os idosos⁽¹⁷⁾.

Apesar de os profissionais de saúde relatarem a importância da solicitação da sorologia anti-HIV, foi observado que essa prática não se configura como medida efetiva no cotidiano dos atendimentos à população idosa⁽¹⁷⁾.

A partir da constatação de que o diagnóstico da infecção pelo HIV/aids ocorre tardiamente no idoso^(14,18-19), acredita-se que o número de idosos com HIV deva estar subestimado, já que é uma hipótese diagnóstica para a qual os profissionais de saúde não realizam os exames, levando a erros, dificuldades e/ou demora do diagnóstico, o que pode provocar sofrimento e mortes desnecessárias⁽²⁰⁾.

Os profissionais de saúde não perguntam sobre questões da vida sexual ou sobre DST/aids durante os atendimentos aos idosos^(13-14,21) e tal fato é também evidenciado neste estudo. As informações são transmitidas apenas por meio de material impresso e em nenhum momento são abordadas em consultas e/ou palestras, demonstrando a fragilidade do atendimento ao idoso⁽³⁾.

Sabe-se que, diante do aumento da expectativa de vida, várias gerações viverão simultaneamente. As gerações são continuamente construídas, desconstruídas e reconstruídas, e a relação entre elas também estará sempre sendo refeita. Os mitos e preconceitos existentes na relação entre idosos e profissionais de saúde, quando o assunto é sexualidade, levam a pensar que, se o profissional entender que a sexualidade é intrínseca ao ser humano e considerá-la como algo natural na vida do idoso, será mais fácil a abordagem dos temas a ela relacionados, tornando a solicitação da sorologia anti-HIV um procedimento rotineiro, semelhante ao que ocorre na abordagem dos mais jovens⁽²⁰⁾.

Dessa forma, a abordagem sobre a vida sexual do idoso não acontecerá apenas após o diagnóstico da infecção pelo HIV/aids como observado neste estudo.

Observa-se que o que ocorre 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^(3,14,22).

Entretanto, a percepção que o profissional de saúde tem sobre a sua sexualidade reflete diretamente no modo como ele trabalha esse assunto com os seus pacientes. Uma vez que a sexualidade é inerente ao ser humano e manifesta-se durante toda a vida, é compreensível que o profissional, ao abordar a sexualidade do seu paciente, leve em consideração os seus próprios valores, haja vista a dificuldade de se conseguir ficar totalmente neutro diante desse tema. A aquisição de conhecimentos sobre a temática, que deveria acontecer durante a graduação, contribui para a redução de posturas indevidas e inapropriadas dos profissionais frente ao seu paciente⁽²³⁾.

No entanto, observa-se a deficiência na formação dos profissionais de saúde na graduação e pós-graduação quanto à temática da sexualidade do idoso⁽¹⁴⁾. Tal fato é exemplificado quando não se encontra no currículo das escolas públicas de enfermagem do estado de São Paulo nenhuma disciplina específica para o ensino da sexualidade humana⁽²³⁾.

Quanto ao uso do preservativo, estudos realizados com idosos vivendo com HIV/aids revelaram dado semelhante aos do presente estudo, uma vez que os autores também encontraram idosos que não faziam uso de preservativo antes de saberem do diagnóstico⁽²⁴⁾.

Muitos idosos, em sua juventude, foram estimulados a ter várias parceiras como sinal de masculinidade e sem o apelo ao uso do preservativo⁽¹⁰⁾. Na sociedade brasileira,

algumas questões culturais, como a infidelidade e a multiplicidade de parceiras, ainda são socialmente aceitas como algo natural na trajetória de vida dos homens, principalmente na geração de 60 anos e mais ainda nos dias de hoje⁽²⁵⁾.

Pesquisa realizada com homens e mulheres sobre o uso do preservativo aponta que os sujeitos acreditam que a fidelidade e a confiança são responsáveis por garantir o sexo seguro para o casal, e não o uso do preservativo. Dessa forma, enfatizam que, quando há sentimentos, é desnecessário o uso de proteção⁽²⁶⁾.

Ratificando a informação acima, muitas vezes o casamento ou uma relação estável é destacada pelas mulheres como um fator de proteção ao HIV, pois acreditam, em uma visão romântica, que a fidelidade, o respeito, a confiança e a cumplicidade estariam protegendo o casal, o que pode levar ao abandono do uso do preservativo^(2,27).

No entanto, a expressão de confiança tem significados diferentes para homens e mulheres. Para os homens, está relacionada à fidelidade da parceira, ou seja, à exclusividade sexual. Já para as mulheres, está atrelada à crença de que o seu parceiro faz o uso do preservativo nas relações extraconjugais e por isso deixa de usar a proteção em casa⁽²⁸⁾.

Nesse sentido, as características dos contextos políticos, econômicos e sociais são responsáveis por tornar as mulheres mais vulneráveis ao HIV, principalmente as idosas, devido às características de seus relacionamentos afetivo-sexuais, já que elas têm baixa percepção de risco e não se enxergam como vulneráveis⁽²⁹⁾.

Diante disso, enfatiza-se a importância do conhecimento das atitudes e práticas de idosos em relação à vivência da sua sexualidade, o que possibilita realizar intervenções que diminuam a vulnerabilidade dessa parcela da população. Para isso é necessário que ocorra o diálogo entre o profissional de saúde e o idoso.

Dentre os direitos da pessoa idosa, está a exigência de se explicar melhor para o paciente o motivo da solicitação do exame, assim como de pedir autorização para realizá-lo, solicitando a assinatura do termo de consentimento.

A instrução normativa nº 1.626 de 10 de julho de 2007 regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar a sorologia anti-HIV e de outras DST⁽³⁰⁾. Nesse documento, dessa forma, fica estabelecido que a solicitação da sorologia anti-HIV só poderá ser realizada após o serviço de saúde apresentar ao usuário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a abordagem consentida.

O atendimento integral aos idosos não engloba somente os aspectos de prevenção, mas também os de responsabilização, vínculo, acolhimento e humanização⁽²⁵⁾. Todo indivíduo tem direito a envelhecer com dignidade, tendo acesso e oportunidades compatíveis com as possibilidades das pessoas idosas. Além disso, o envelhecimento não acontece da mesma maneira para todas as pessoas, como se sabe. Desse modo, compreender o idoso como sujeito do seu cotidiano e de direitos é a base necessária para identificar e transformar as relações sociais que produzem agravos e os meios para superá-las⁽¹¹⁾.

Este estudo mostrou, por meio de relatos de idosos vivendo com HIV/aids interpretados à luz do conceito de vulnera-

bilidade, que a dificuldade do diagnóstico precoce do HIV/aids entre eles está diretamente relacionada ao fato de esses indivíduos serem percebidos como assexuados pelos profissionais de saúde e, como resultado disso, a solicitação da sorologia anti-HIV na atenção básica não faz parte das condutas dos profissionais que os atendem. Além disso, observa-se que esses idosos não se percebem vulneráveis ao HIV/aids, evidenciado quando estes relatam que o uso do preservativo só ocorreu após o diagnóstico da doença.

Em relação ao possível impacto do conhecimento produzido por este estudo nas práticas em saúde, pode-se afirmar que os resultados oferecem subsídios para que o profissional de saúde repense a sua abordagem durante os atendimentos aos idosos e possa abordar as questões relacionadas à vida sexual do idoso, oferecendo abertura para o diálogo, como visto em outra pesquisa⁽¹⁴⁾, o que possibilitará o conhecimento das vulnerabilidades desse grupo de pessoas.

O presente estudo qualitativo apresenta limitações, pois impossibilita inferências causais. Dessa forma, não se pode fazer generalização dos resultados para outros municípios e serviços de saúde que atendem idosos vivendo com HIV/aids.

CONCLUSÃO

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.

Os idosos se percebem assexuados pelos profissionais de saúde, uma vez que, o diálogo sobre temas relacionados à sexualidade só acontece após o diagnóstico da infecção pelo

HIV/aids. Outro fato que se concretiza após o diagnóstico é o uso do preservativo, que até então não fazia parte da vida dessas pessoas.

É necessário que os profissionais de saúde dialoguem, sem julgamento, com seus pacientes idosos sobre temas relacionados à sexualidade. Como forma de operacionalizar o conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde do idoso, acredita-se que uma estratégia possível é a elaboração de instrumento que abarque questões referentes à vulnerabilidade individual, social e programática. Esse instrumento, aplicado pelo enfermeiro ou médico da atenção primária durante a consulta com idoso, consegue avaliar a vulnerabilidade desse grupo específico ao HIV/aids e, com isso, propor intervenções pertinentes segundo a necessidade de cada indivíduo, dentre elas a solicitação da sorologia anti-HIV.

Ressalta-se que o fato de solicitar a sorologia anti-HIV não diminui o número de infectados, mas permite que idosos com essa infecção iniciem precocemente o tratamento, promovendo melhorias durante o percurso da infecção. Outro ponto importante é que, se os profissionais percebem o idoso como um indivíduo sexualmente ativo, conseguem dialogar sobre temas da sexualidade mais naturalmente, orientando-os e educando-os na prevenção. Assim, poderá haver uma diminuição dos casos de HIV entre os idosos.

Para tanto, é necessário que as instituições de ensino e os treinamentos oferecidos aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica abordem conteúdos sobre a saúde do idoso, enfocando a sexualidade. A emancipação dos idosos só acontecerá se houver essa mudança no olhar dos profissionais de saúde.

RESUMO

Objetivo: Identificar as vulnerabilidades de idosos com HIV/aids e o caminho percorrido por eles até o diagnóstico da doença. **Método:** Pesquisa qualitativa conduzida em ambulatório especializado no interior do Estado de São Paulo, de janeiro a junho de 2011. Realizou-se entrevista semiestruturada com 11 idosos que se descobriram infectados com o vírus com idade igual ou superior a 60 anos. As entrevistas foram analisadas utilizando a análise de conteúdo. **Resultados:** Desse processo emergiram quatro categorias, que foram analisadas à luz do referencial teórico da vulnerabilidade. **Conclusão:** O diagnóstico tardio da infecção por HIV ou aids entre os idosos acontece no serviço secundário ou terciário. Questões relacionadas à vida sexual dos idosos só são questionadas pelos profissionais de saúde após o diagnóstico da doença, momento também em que o uso do preservativo se torna concreto. Acredita-se que a investigação da vulnerabilidade do idoso ao HIV/aids possibilita realizar intervenções pertinentes a essa população.

DESCRIPTORES

Idoso; Vulnerabilidade; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV; Diagnóstico Tardio; Enfermagem em Saúde Pública.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las vulnerabilidades de los ancianos con VIH/SIDA y el camino recorrido por ellos hasta el diagnóstico de la enfermedad. **Método:** Investigación cualitativa conducida en ambulatorio especializado en el interior del Estado de São Paulo, de enero a junio de 2011. Se llevó a cabo entrevista semiestructurada con 11 añosos que se descubrieron infectados con el virus en edad igual o superior a 60 años. Las entrevistas fueron valoradas utilizándose el análisis de contenido. **Resultados:** De ese proceso surgieron cuatro categorías, las que se analizaron a la luz del marco de referencia teórico de la vulnerabilidad. **Conclusión:** El diagnóstico tardío de la infección por VIH o SIDA entre los ancianos ocurre en el servicio secundario o terciario. Cuestiones relacionadas con la vida sexual de los ancianos sólo las cuestionan los profesionales de salud luego del diagnóstico de la enfermedad, momento también en que el uso del preservativo se hace concreto. Se cree que la investigación de la vulnerabilidad del anciano al VIH/SIDA posibilita realizar intervenciones pertinentes a dicha población.

DESCRIPTORES

Anciano; Vulnerabilidad; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; VIH; Diagnóstico Tardío; Enfermería en Salud Pública.

REFERÊNCIAS

1. Bertoncini BZ, Moraes KS, Kulkamp IC. Comportamento sexual em adultos maiores de 50 anos infectados pelo HIV. *J Bras Doenças Sex Transm.* 2007;19(2):75-9.
2. Andrade HAS, Silva SK, Santos MIPO. Aids em idosos: vivências dos doentes. *Esc Anna Nery.* 2010;14(4):712-9.
3. Laroque MF, Affeldt AB, Cardoso DH, Souza GL, Santana MG, Lange C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(4):774-80.
4. Brañas F, Serra JA. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(3):149-54.
5. Santos CS, Cerchiari EAN, Alvarenga MRM, Faccenda O, Oliveira MAC. Avaliação da confiabilidade do mini-exame do estado mental em idosos e associação com variáveis sociodemográficas. *Cogitare Enferm.* 2010;15(3):406-12.
6. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2009.
7. Ayres JR, Paiva V, França Junior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania.* Curitiba: Juruá; 2012. p.71-94.
8. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. *Rev Latino Am Enfermagem* 2008;16(5):1326-30.
9. *Boletim Epidemiológico Aids e DST.* Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2013;2(1):1-61.
10. Silva HR, Marreiros MOC, Figueiredo TS, Figueiredo MLF. Características clínico-epidemiológicas de pacientes idosos com aids em hospital de referencia, Teresina-PI. *Epidemiol Serv Saúde.* 2011;20(4):499-507.
11. Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EC, Carneiro RM. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(3):338-51.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa idosa.* Brasília; 2010.
13. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. *Documento de diretrizes para prevenção das DST/Aids em idosos.* Bepa. 2011;8(92):15-23.
14. Slinkard MS, Kazer MW. Older adults and HIV and STI screening: the patient perspective. *Geriatr Nurs.* 2011;32(5):341-9.
15. Ellman TM, Sexton ME, Warshafsky D, Sobieszczyk ME, Morrison EAB. A forgotten population: older adults with newly diagnosed HIV. *AIDS Patient Care STDs.* 2014;28(10):530-6.
16. Linley L, Prejean J, An Q, Chen M, Hall HI. Racial/ethnic disparities in HIV diagnoses among persons aged 50 years and older in 37 US States, 2005-2008. *Am J Public Health.* 2012;102(8):1527-34.
17. Nguyen N, Holodniy M. HIV infection in the elderly. *Clin Interv Aging.* 2008;3(3):453-72.
18. Liu H, Lin X, Xu Y, Chen S, Shi J, Morisky D. Emerging HIV epidemic among older adults in Nanning, China. *AIDS Patient Care STDS.* 2012;26(10):565-7.
19. Rodriguez-Penney AT, Iudicello JE, Riggs PK, Doyle K, Ellis RJ, Letendre SL, et al. Comorbidities in persons infected with HIV: Increased burden with older age and negative effects on health-related quality of life. *AIDS Patient Care STDS* 2013;27(1):5-16.
20. Alencar RA, Ciosak SI. Early diagnosis of HIV in the elderly population: a brief review of the literature. *Online Braz J Nurs [Internet].* 2010 [cited 2014 Jan 10];9(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2989>
21. Greene M, Justice AC, Lampiris HW, Valcour V. Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. *JAMA.* 2013;309(13):1397-405.
22. Driemeier M, Andrade SMO, Pontes ERJC, Paniago AMM, Cunha RV. Vulnerability to AIDS among the elderly in an urban center in central Brazil. *Clinics (São Paulo).* 2012;67(1):19-25.
23. Alencar RA, Ciosak SI, Bueno SMV. Training of academic nurses: the need to place in the curriculum of the subject of human sexuality. *Online Braz J Nurs [Internet].* 2010 [cited 2014 Jan 15];9(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2991>
24. Lovejoy TI, Heckman TG, Sikkema KJ, Hansen NB, Kochman A, Suhr JA, et al. Patterns and correlates of sexual activity and condom use behavior in persons 50-plus years of age living with HIV/IDS. *AIDS Behav.* 2008;12(6):943-56.
25. Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(1):147-57.
26. Madureira VSF, Trentini M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(6)1807-16.
27. Silva CM, Vargens OMC. Women's perception about female vulnerability to STD and HIV. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):401-6.
28. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saúde Soc.* 2010;19 Supl. 2:9-20.
29. Silva CM, Lopes FMVM, Vargens OMC. A vulnerabilidade da mulher idosa em relação a Aids. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(3):450-7.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Instrução normativa n. 1.626, de 10 de julho de 2007. Regulamenta os procedimentos e condutas para a abordagem consentida a usuários que procuram os serviços de saúde com vistas a realizar testes de HIV e outras DST, bem como aos que não comparecem ao tratamento já em curso [Internet]. Brasília; 2007 [citado 2013 jul. 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/in1626_10_07_2007.html