

Documento de diretrizes para prevenção das DST/aids em idosos *Guidelines for DST/Aids prevention in the elderly*

Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Coordenadoria de Controle de Doenças.
Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Grupo Técnico de Ações Estratégicas – GTAE.
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa

Atualmente, o envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno de grande relevância em todo o mundo. Os avanços da medicina, associados às novas tecnologias, tornaram possível o aumento da longevidade. A expectativa de vida dobrou no século passado: no Brasil, passou dos 34,7 anos em 1900 para 68,5 em 2000. Atualmente já está por volta dos 72 anos, com perspectiva de aumentar ainda mais.

De acordo com dados do IBGE, em 2009, pessoas idosas eram quase 4,5 milhões no Estado de São Paulo, o que representa 10,7% da população total. Esse número deverá chegar a 7 milhões em 2020. Essa perspectiva certamente exigirá uma política pública para esta população, a fim de garantir dignidade e qualidade de vida aos idosos.

Segundo o Estatuto do Idoso Brasileiro,¹ são consideradas pessoas idosas as que têm 60 anos ou mais. Para garantir os direitos dessa população foram elaboradas portarias nacionais e estaduais. Esses dispositivos legais criaram condições para promover a autonomia do idoso, sua integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Saúde do Idoso² tornou obrigatória aos hospitais públicos,

contratados e conveniados ao SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes acima de 60 anos de idade, quando internados, e autorizou a cobrança da diária do acompanhante no SIH/SUS.

O Estatuto do Idoso reafirma os direitos dos idosos na área da saúde, entre eles a necessidade do atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios, unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social, e atendimento domiciliar, bem como a reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das sequelas decorrentes do agravamento à saúde. Considera ainda necessárias políticas públicas que permitam o envelhecimento digno e saudável em nossas cidades, com acesso e oportunidades compatíveis com as possibilidades das pessoas idosas. É fundamental também garantir atendimento preferencial nas unidades de saúde, acolhimento com humanização, dignidade e respeito.

Em 2007, o governo paulista editou a lei nº 12.548/07,³ que consolida a legislação relativa aos idosos em São Paulo. Ainda em 2007 foi criado um grupo de trabalho para a elaboração da política de atenção à pessoa idosa no Estado, hoje denominado Projeto Futuridade, coordenado pela Secretaria Estadual de Assistência e

Desenvolvimento Social. A elaboração do Plano se deu em consonância com as deliberações da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, que teve como objetivo a construção da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (Renadi), uma ação para colocar em prática as demandas organizadas a partir de oito eixos temáticos: ações para efetivação dos direitos da pessoa idosa; previdência social da pessoa idosa; saúde da pessoa idosa; violência e maus tratos contra a pessoa idosa; assistência social à pessoa idosa; financiamento e orçamento público para efetivação dos direitos das pessoas idosas; educação, cultura, esporte e lazer para as pessoas idosas; e controle democrático.

A longevidade que se conquistou traz como desafio a possibilidade de envelhecer com qualidade de vida e com funcionalidade. As políticas com foco no envelhecimento ativo atuam no sentido da promoção de saúde, sendo que se considera de extrema importância a abordagem das questões relacionadas à sexualidade. O incentivo à socialização e à retomada de vínculos ao envelhecer, dando relevância às atividades coletivas e à dança, por exemplo, possibilitam encontros que, associados ao uso de medicamentos que melhoram o desempenho sexual masculino em idades mais avançadas, podem contribuir para o aumento da atividade sexual entre idosos. Acreditar que o idoso volta a ser criança e deixa de ter sexualidade é um equívoco que pode camuflar a realidade dessas pessoas. Hoje são consumidores e cidadãos de direitos que passam a usufruir cada vez mais sua capacidade de amar e se relacionar até o final de suas vidas, não estando imunes a transtornos afetivos e biológicos

relacionados a isso. Cabe considerar ainda que o uso de preservativos não faz parte da cultura do idoso e está muito associado, para essa geração, à promiscuidade.

Além disso, o idoso tem particularidades ao envelhecer que podem tornar mais difícil desde o diagnóstico até o tratamento adequado das DST e aids, misturando-se a agravos mais comuns da velhice. A maior prevalência de aids entre os que envelhecem passa tanto pela maior sobrevivência dos doentes quanto pela maior incidência em faixas etárias mais avançadas. Ambos os desafios impõem a qualificação do cuidado.

Aids e envelhecimento: contextualizando a questão

No Brasil, notam-se proporções crescentes nos casos de aids entre indivíduos com 50 anos e mais de idade, de 7% e 13% nos anos de 1996 e 2004, respectivamente.^{4,5} Contudo, entre os maiores de 60 anos essa proporção se mantém em aproximadamente 2,5% do total de casos notificados no mesmo período. A taxa de incidência entre os maiores de 60 anos em 2000 foi de 5,1 por 100 mil habitantes⁶ e em 2007 passou para 7,2.

Nos Estados Unidos, 10% das pessoas que vivem com aids têm 50 anos ou mais. No Canadá, chega a 12% das notificações.^{7,8}

No Brasil, até os anos 1980, a transmissão sanguínea era o principal fator de risco das pessoas acima de 60 anos; atualmente é atribuída ao contato sexual, principalmente entre homens que fazem sexo com homens (HSH), com aumento dos casos em heterossexuais.⁶ É importante ressaltar que os números baseiam-se em casos notificados de aids, ou seja, não é possível determinar o

número de idosos que vivem com HIV (soropositivos, conhecedores ou não de seu *status* sorológico).

No Estado de São Paulo, de 1980 até 30 de junho de 2009, dos 166.003 casos de aids notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), 3.704 tinham 60 anos e mais, com taxa de incidência em 2007 de 5,12 casos para cada 100 mil habitantes. A proporção de aids em idosos aumentou de 1,9% em 1998 para 4% do total de casos notificados em 2007.

Em relação à categoria de exposição, entre os 2.508 casos notificados em homens com 60 anos ou mais a transmissão heterossexual foi a mais frequente (42%), seguida dos homo e bissexuais (homens que fazem sexo com homens), 21,7%. Entre as 1.196 mulheres na mesma faixa etária, 74,7% eram heterossexuais e 24% permaneceram na categoria de exposição ignorada.⁹

Na análise dos casos paulistas não é possível apontar que os indivíduos estão se infectando em idade mais avançada. Mas os dados indicam que os diagnósticos da doença foram realizados em idades mais elevadas, provavelmente pelo aumento do período de incubação do HIV, em função da introdução da terapia antirretroviral de alta potência, dos aprimoramentos dos recursos clínico-laboratoriais utilizados no seguimento dos pacientes e das medidas preventivas adotadas pelo programa de controle da aids.⁹ É possível que as alterações observadas nas taxas de incidência reflitam mudanças comportamentais, como aumento da atividade sexual em faixas etárias mais elevadas, conseqüentemente, maior exposição às DST. Essa questão poderá ser esclarecida por meio de estudos específicos nessa faixa de idade,

aprofundamento da análise de informações sorológicas e comportamentais dos portadores recém-diagnosticados como infectados pelo HIV, a exemplo da informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e dos recém-matriculados nos serviços que acompanham portadores.

O diagnóstico do HIV em idosos frequentemente é realizado quando as pessoas procuram o tratamento para uma doença relacionada ao vírus, após todas as outras possibilidades de diagnóstico serem esgotadas. Segundo GROSS,¹⁰ 62% dos casos que levaram o idoso ao primeiro atendimento em um serviço especializado em HIV/aids foi o encaminhamento pós-internação. Os idosos apresentam com mais frequência aids no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV do que os pacientes mais jovens (36% *versus* 5%).¹¹ A incidência de casos com diagnóstico tardio de aids em adultos mais velhos pode estar relacionada ao estigma, à marginalização, à falta de informações dirigidas a idosos, ao sub-diagnóstico, a estereótipos e preconceitos de alguns profissionais de saúde.

Uma questão importante do HIV em idosos é diferenciar as condições relacionadas à idade e ao vírus e as que são relacionadas a ambos. O diagnóstico diferencial é um processo complexo, pois muitas doenças próprias da idade e do HIV são semelhantes. Além disso, o idoso pode ter múltiplos diagnósticos. A maioria dos sintomas físicos relacionados à infecção pelo HIV, como fadiga, falta de ar, dor crônica, perda de peso, anorexia, alterações de memória, depressão, erupção cutânea e sintomas de aterosclerose, pode ser relacionada apenas ao processo de envelhecimento, sendo tratada sem a identificação do vírus como um fator causal

ou relacionado. Da mesma forma, as infecções bacterianas, pneumonias, infecções por herpes vírus, inclusive herpes zoster, e outras infecções podem ser identificadas como doenças da idade e tratadas sem uma conexão com o HIV. São exemplos a pneumocistose, que pode ser confundida com insuficiência cardíaca congestiva; o *status* mental alterado, a dificuldade de memória recente e o intelecto diminuído relacionados à infecção pelo HIV podem ser confundidos com Alzheimer; a neuropatia periférica e mielopatia pelo HIV se assemelham com outras doenças da idade.

O diagnóstico precoce em idosos é fundamental, uma vez que estes apresentam uma evolução mais rápida da doença e/ou maior risco de progressão, devido ao fato das células CD4 caírem mais rapidamente a níveis inferiores.¹² A progressão da doença nesta população não está relacionada ao grau ou perda da função imune específica, mas sim à rápida perda de células CD4.^{13,12} Portanto, os idosos infectados pelo HIV podem necessitar de profilaxia para infecções oportunistas mais cedo, no curso da doença.

Devemos considerar, além do HIV, a interação com outras doenças ou condições agudas, pois as morbidades como diabetes mellitus, doenças cardíacas, hipertensão, artrite, complicações neuropsiquiátricas e cognitivas são frequentes, assim como doenças relacionadas à idade, como a osteoporose, que com a presença do HIV aumentam o risco de complicações severas.

São poucos os estudos sobre tratamento do HIV em idosos, mas sabemos que eles apresentam alterações fisiológicas como a perda da capacidade de reserva funcional de órgãos vitais e deterioração do controle

homeostático, além de alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, que podem alterar o metabolismo das drogas e mudar a sua eficácia.

Além das patologias relacionadas ao HIV, o uso de medicamentos antirretrovirais e profilaxias para infecções oportunistas podem fazer surgir patologias como o diabetes mellitus e a hipertensão, entre outras. Estas também requerem a administração de medicamentos, os quais podem resultar em polifarmácia, elevando o risco de surgimento de efeitos colaterais e interações medicamentosas.

Pessoas acima de 50 anos apresentam maior dificuldade para obter incremento de CD4, quando comparadas a indivíduos mais jovens. Portanto, a terapia antirretroviral deve ser introduzida o mais precocemente possível, a fim de maximizar a resposta virológica e minimizar o risco de resistência viral.¹⁴

Na abordagem do paciente idoso, o conhecimento amplo e as visões complementares de múltiplos profissionais são elementos essenciais para que se possa captar toda a complexidade de fatores que influenciam o envelhecer e o adoecer nesta população. Portanto, os profissionais de saúde precisam estar sensibilizados para as especificidades das pessoas idosas que vivem com HIV e seus familiares.

Na avaliação inicial devem ser incorporadas questões relacionadas à prevenção, ao tratamento, à adesão, ao sigilo e apoio social, englobando desde a avaliação clínica até a mensuração qualitativa de suas capacidades funcionais. Os profissionais de saúde, incluindo generalistas, geriatras e especialistas em HIV precisam de uma base sólida de conhecimentos sobre a doença e seu impacto em pessoas idosas,

tanto em termos de co-morbidades e diagnósticos diferenciais como em relação aos sistemas sociais. Os profissionais de saúde devem estar ainda atentos às questões psicossociais como medo, autoestima baixa e homofobia, principalmente a depressão e o isolamento. Muitas vezes precisam de cuidados domiciliares, necessitando de apoio para revelar o diagnóstico a terceiros. O estímulo à autonomia e à independência deve orientar a conduta profissional.

Diretrizes para ações de prevenção às DST/aids em idosos

Para elaborar diretrizes de ações de prevenção às DST/aids para a pessoa idosa, sob perspectiva integral e inter-setorial, faz-se necessário o envolvimento de vários parceiros institucionais e da sociedade civil. Implementar a rede de atendimento à pessoa idosa constitui-se estratégia para melhorar o acesso desta população não só a serviços de saúde, mas também promoção social, direitos, lazer e cultura. Assim, vemos a articulação entre as Secretarias de Saúde, Promoção Social, Justiça, Esporte, Lazer e Cultura ampliando as possibilidades de melhoria da qualidade de vida destas pessoas. A rede de atenção à saúde do idoso será ampliada nas regiões e municípios com as diretrizes delineadas pelo Pacto no Saúde.

Na atual estrutura da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo pode-se contar com os Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), vinculados à Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), nos quais se encontram os interlocutores do Programa Estadual de DST/AIDS-SP e também dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS),

que reúnem os articuladores da atenção básica e da saúde da pessoa idosa.

Nos municípios pode-se contar com apoio dos coordenadores dos programas municipais de DST/aids, da atenção básica e saúde da pessoa idosa, além de grupos de envelhecimento ativo, estruturas formadas por serviços e profissionais que atuando articuladamente formam uma rede que favorece a diminuição da vulnerabilidade institucional e social às DST/aids.

Outras instituições, tanto governamentais quanto não governamentais, podem ser agregadas a essa rede, aumentando sua capilaridade. Para tanto, é preciso ter conhecimento desses seguimentos, o que poderá ocorrer por meio do mapeamento local, identificando assim maior número de parceiros.

Recomendações para os serviços

A parceria com a rede de atenção básica é fundamental, pois por meio dela é possível promover discussões sobre sexualidade, diversidade sexual, prevenção, acesso a insumos (preservativos masculinos, femininos e gel lubrificante) e oferecer testagem para o HIV, sífilis e hepatites B e C, nos diversos momentos do atendimento.

A preparação dos profissionais de saúde para o atendimento adequado ao idoso deve ser prioridade, sendo necessária a ampliação de sua visão em relação aos indivíduos com mais de 60 anos, ressaltando que a sexualidade não tem idade e faz parte de todas as fases da vida das pessoas. A falta de conhecimento, aliada ao despreparo, leva os profissionais a infantilizar o idoso, a negar sua sexualidade e a possibilidade do uso de drogas. Quando aparecem questões ligadas à atividade sexual podem ocorrer

atitudes preconceituosas, comportamentos de julgamento e discriminação.

É fundamental perceber e aceitar a realidade dessa população e, sobretudo, reconhecer o seu direito de envelhecer com saúde e qualidade, em todas as áreas da vida. Importante estar atento ainda para os aspectos de acessibilidade (arquitetônicos): os serviços devem estar adaptados às demandas e características da população idosa.

Atividades que podem ser desenvolvidas para pessoas idosas

- Oferta de insumos de prevenção (preservativo masculino, feminino e gel lubrificante) nas unidades básicas de saúde e nos espaços de convivência de idosos.
- Aumento da oferta de testagem para as sorologias de hepatites B e C, sífilis e HIV, contribuindo para o diagnóstico precoce.
- Estímulo à coleta de papanicolaou em mulheres idosas.
- Realização de oficinas de sexo mais seguro com linguagem e exposição adequadas às necessidades desta população.
- Levantamento das necessidades de populações específicas, como profissionais do sexo, usuários de droga e de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT).
- Inclusão das discussões sobre sexualidade dos idosos em todas as atividades de prevenção, inclusive com grupos religiosos.
- Inclusão das discussões sobre raça/etnia, gênero, deficiência física,

sensorial e intelectual e sua interface com o envelhecimento nos planejamentos de ações programáticas.

- Produção de material informativos que leve em conta a diversidade e a especificidade nesta faixa etária.

Como fazer

Levar aos espaços de convivência de idosos atividades que possam promover o diálogo, permitindo o aparecimento de questões ligadas à sexualidade, propiciando a discussão das diferentes maneiras de vivenciá-la, diversas práticas sexuais possíveis, incluindo a discussão do uso de preservativos. A adequação do preservativo a ser utilizado pelos casais deve ser avaliada para facilitar o seu manuseio. Nas relações heterossexuais para os homens que apresentam dificuldade de ereção pode-se sugerir o uso de preservativo feminino pela parceira. Para mulheres com dificuldade no manuseio do preservativo feminino recomenda-se o uso do preservativo masculino pelo parceiro, aliado ao gel lubrificante à base de água. Nas relações homossexuais masculinas e entre HSH é sempre importante orientar o uso do gel lubrificante associado ao uso do preservativo masculino.

Vale lembrar

Sabe-se que há uma hierarquia de risco entre as práticas sexuais,¹⁶ sendo a de menor risco para a infecção do HIV a prática do sexo oral. Entretanto, nela há sempre a possibilidade de se adquirir outras DST. Por isso, quando o uso do preservativo ou outras formas de prevenção (barreira) não forem possíveis, recomenda-se evitar a

ejaculação na cavidade bucal, minimizando assim o risco de infecções. Nessa hierarquia a prática de sexo anal é a de maior risco, sendo fundamental usar sempre gel lubrificante e preservativo.

Independente de estratégias adotadas para o incentivo ao uso de preservativos, existem pessoas ou relações de parceria que não irão adotá-los imediatamente, consistentemente e às vezes nunca. No caso dos idosos devemos levar em consideração essa questão, visto tratar-se de uma geração para a qual o uso do preservativo não estava presente no início da vida sexual e epidemia da aids ainda não era uma realidade. Assim, estas pessoas provavelmente devem ter dificuldades de incorporar o insumo no cotidiano de suas vidas. Por isso, é importante que os profissionais de saúde fiquem atentos e tenham uma escuta qualificada que propicie um diálogo franco e viabilize orientações adequadas às diferentes situações vivenciadas pelo idoso. Nesses casos, é essencial considerar estratégias de prevenção para pessoas ou casais que não aderem ao uso do preservativo.

Diminuição do risco com “acordos” e “pactos” entre parceiros

As parcerias afetivas podem auxiliar as estratégias de diminuição do risco com a proposta de “acordos” ou “pactos”.¹⁶ Isso pode ser proposto quando os parceiros tiverem liberdade para realizar tais consensos.

- a) Adoção de preservativo com terceiros: parceiros(as)

envolvidos(as) na relação afetiva/amorosa podem explicitar um acordo de não-uso de preservativo entre si, combinando o uso de preservativo em caso de relações sexuais com outras pessoas, visando o controle da situação de exposição do casal a riscos de DST/HIV.

- b) Sexo exclusivamente com o parceiro: parceiros(as) envolvidos(as) em uma relação afetiva/amorosa podem explicitar um acordo de prática sexual exclusiva entre eles(as), descartando a possibilidade de sexo com outras pessoas.

É importante salientar que “acordos” e “pactos” são estratégias de prevenção sujeitas à “quebra” e ao descumprimento.

Realização da testagem anti-HIV

Parceiros(as) envolvidos(as) em a relação podem realizar o teste anti-HIV considerando o período de janela imunológica, após no mínimo três meses de relação de parceria sexual exclusiva. Dessa forma, podem tentar garantir uma situação de não exposição ao vírus HIV, caso abandonem o uso do preservativo.

É importante ressaltar que a testagem deve ser precoce e periódica, e tem como finalidade a diminuição da exposição à infecção, caso algum parceiro tenha se infectado. A periodicidade do exame deve ser combinada pelo casal, conforme a dinâmica de relação. De forma geral, pode-se pensar em uma periodicidade bianual.

Diminuição de risco na adoção de condutas sexuais diferenciadas

Existem estratégias que podem ser estimuladas visando proporcionar a diminuição do risco no sexo:

- ✓ práticas sexuais não penetrativas;
- ✓ práticas que priorizem o sexo oral; e
- ✓ práticas que busquem reduzir o contato com o esperma ou com a menstruação.

Essas mudanças buscam diminuir a exposição ao risco de infecção por DST/HIV. Lembrar, entretanto, que nas situações que evitam contato com sangue ou secreções sexuais o risco é menor, mas não nulo.

As diretrizes estaduais para a saúde do idoso são fundamentais para fortalecer o direito desta população à vida plena.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. 1. ed, 2. reimpr. Brasília (MS); 2003 (Série E. Legislação de Saúde).
2. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso. Diário Oficial da União, 13 dez 1999; p.20-E. Revogada pela Portaria 2.528, MS-GM, de 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União, 20 out 2006; p. 142.
3. São Paulo (Estado). Lei Estadual nº 12.548, de 27 de fevereiro de 1999. Consolida a legislação relativa ao idoso. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 27 fev 2007; Seção 1:1.
4. Barbosa AS. Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com AIDS na Grande São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.
5. Ministério da Saúde do Brasil. Boletim Epidemiológico de DST/aids. Brasília: 2004.
6. Ministério da Saúde do Brasil. Boletim Epidemiológico de DST/AIDS. Brasília: 2010.
7. Lee S. Women and HIV. Aging with HIV. BETA. 2006;18(12):33-5.
8. Eldred S; West L. HIV prevalence in older adults. Can Nurse. 2005;101(9):20-3.
9. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS. Boletim Epidemiológico de DST/Aids, Ano XVII, nº 1, outubro 2009 - ISSN 1984-641x.
10. Gross JB. Estudo de pacientes portadores de HIV/AIDS após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Oswaldo Cruz; 2005.
11. Ferro S, Salit IE. HIV infections in patients over 55 years of age. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 1992;5:348-53.
12. Phillips AN, Lee CA, Elford J, Webster A, Janossy G, Timms A , et al. More rapid progression to aids in older HIV-infected people: the role of CD4+T-cell counts. J

- Acquir Immune Defic Syndr Hum
Retrovirol. 1991;4:970-5.
13. Grabar S, Kousignian I, Sobel A, Le Bras P, Gasnault J, Enel P, et al. Immunologic and clinical responses to highly active antiretroviral therapy over 50 years of age. Results from the french hospital database on HIV. AIDS. 2004;18:2029-38.
14. Secretaria de Estado da Saúde. Conjugalidades e prevenção às DST/aids. São Paulo; 2010.

Correspondência/correspondence to:
Paula de Oliveira e Sousa
Rua Santa Cruz, nº 81 – Vila Mariana
CEP 04121-000 – São Paulo/SP – Brasil
Tel.: 55 11 5087-9835
E-mail: paulasousa@crt.saude.sp.gov.br