

### Condições de vulnerabilidades de pessoas idosas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

Conditions of vulnerability of elderly people living with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) (abstract: p. 17)

Condiciones de vulnerabilidades de personas ancianas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) (resumen: p. 17)

Rosane Paula Nierotka<sup>(a)</sup>  
<rosanenier@gmail.com> 

Fátima Ferretti<sup>(b)</sup>  
<ferrettifisio@yahoo.com.br> 

<sup>(a)</sup> Escola da Saúde, curso de graduação em Fisioterapia, Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Servidão Anjo da Guarda, 295-D, Bairro Efapi. Chapecó, SC, Brasil. 89809-900.

<sup>(b)</sup> Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências da Saúde, Unochapecó. Chapecó, SC, Brasil.

Estudo com objetivo de descrever as condições de vulnerabilidades de pessoas idosas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Trata-se de um estudo qualitativo e que utilizou como método a história oral temática, realizado no Serviço de Atendimento Especializado, com seis idosos com 65 anos ou mais. A coleta de dados se deu por uma entrevista em profundidade com questões sobre vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas e os dados foram explorados por meio da análise de conteúdo temática. Entre as condições encontradas estão a ausência de preservativo nas relações sexuais; baixo grau de conhecimento e de procura por consultas e exames de rotina; presença do preconceito e discriminação; ruptura no convívio familiar; descoberta tardia do HIV e baixa capacitação da equipe de saúde. Enfrentar essas condições de vulnerabilidade pressupõe um debate sobre as políticas e normativas do cuidado às pessoas com HIV e a reconfiguração do modelo de cuidado focado na prevenção.

**Palavras-chave:** Pessoa vivendo com HIV. Vírus da Imunodeficiência Humana. Vulnerabilidade em saúde.

## Introdução

O termo “vulnerabilidade” surgiu na década de 1980 em meio à epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/Aids) como uma proposta mais centrada na ideia de risco, com caráter epidemiológico<sup>1</sup>. Já os aportes desenvolvidos por Ayres e colaboradores ao longo das últimas décadas contribuíram substancialmente para o desenvolvimento da base teórica da vulnerabilidade, em uma perspectiva analítica que propõe superar, sem negar, as práticas ancoradas no conceito do risco e captar as interferências entre múltiplas dimensões, como o individual, o social ou coletivo e o programático ou institucional, envolvidos no processo saúde-doença<sup>1,2</sup>.

Na dimensão individual, são considerados os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos e atitudinais referentes às relações na vida cotidiana do sujeito que podem expô-lo ao adoecimento e ao vírus do HIV<sup>3</sup>. A dimensão social está relacionada às oportunidades de acesso balizadas por questões econômicas, educacionais, de gênero, de raça, de religião, culturais e as relacionadas à violência<sup>4</sup>. Já a dimensão programática refere-se à organização institucional e intersetorial, prevista para efetivar os direitos e suprir as necessidades sociais e individuais de um indivíduo que convive com o HIV e, nessa direção, envolve um processo contínuo de monitoração, avaliação e planejamento dos serviços, das políticas, das ações e de programas voltados a essas pessoas<sup>5</sup>.

Atualmente, os estudos sobre vulnerabilidade procuram desvendar como dinâmicas sociais e culturais mais abrangentes, em conexão com aspectos individuais, criam condições e possibilidades de certos perigos e ameaças se concretizarem no processo de saúde-doença<sup>1</sup>. A velhice em si se configura em uma fase da vida em que as condições que podem colocar a pessoa em situação de vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV estão cada dia mais presentes.

Pesquisas evidenciaram a baixa adesão dos idosos ao uso do preservativo, pouca informação relacionada à prevenção, transmissão e demais questões envolvendo o HIV, além do preconceito e dos tabus da sociedade e dos profissionais da saúde quanto à sexualidade e à presença do HIV nessa população<sup>6,7</sup>. Todos esses fatores colaboram para um diagnóstico tardio, que também se configura como um agente de vulnerabilidade, pois atrasa o tratamento e permite que o vírus possa ser transmitido para outras pessoas<sup>8</sup>.

Estudos retratam que ser uma pessoa idosa com HIV é conviver com sentimentos de vergonha, culpa, morte iminente, repressão da vida sexual, preconceitos, discriminação e restrição do convívio social<sup>7,9,10</sup>, o que limita a independência e qualidade de vida dessas pessoas e as coloca em situação de vulnerabilidade.

Na literatura consultada no decorrer deste artigo, foram localizados poucos estudos sobre as condições de vulnerabilidades de pessoas idosas ao HIV, o que evidencia uma lacuna epistemológica sobre essa temática e sinaliza para a importância de estudos que se debrucem sobre essa problemática. Nessa direção, este estudo pretende descrever as condições de vulnerabilidades de pessoas idosas ao HIV.

## Metodologia

Estudo qualitativo que tem como método a história oral temática<sup>11</sup>. Participaram da pesquisa idosos com HIV, três mulheres e três homens, todos moradores de um município localizado na mesorregião oeste catarinense. Os critérios de seleção dos participantes foram a idade – 65 anos ou mais – a apresentação de vivências enquanto idoso com o HIV há mais de cinco anos – independentemente do tempo de contágio, de ambos os sexos – e idosos que apresentaram boa função cognitiva, testada pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM), teste validado, de fácil e rápida aplicação que avalia a função cognitiva dos idosos.

A pesquisa foi realizada em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/Aids e o dimensionamento da quantidade de participantes foi definido pelo critério de saturação que orienta as pesquisas qualitativas<sup>12</sup>. Antes de entrar no campo de estudo, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - Unochapecó sob o número 4.379.290. A realização da coleta de dados foi no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021.

As primeiras visitas ao local da pesquisa foram realizadas com a finalidade de se aproximar do campo de pesquisa. Um primeiro contato com os idosos foi realizado pela coordenadora do SAE que realizava acolhimento do idoso no serviço, que explicou os objetivos do projeto e identificou quais idosos aceitavam ter sua identidade e sorologia abertas. Dos 16 idosos consultados, dez não aceitaram participar por não ter tempo disponível ou não autorizar a abertura do sigilo da sorologia.

No primeiro contato com o participante, a pesquisadora esclarecia os objetivos da pesquisa, a forma da coleta e da utilização dos dados. Aqueles que aceitavam as condições da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, assim como prevê o método da história oral, os idosos escolheram o melhor local para realização da entrevista, sendo que quatro idosos escolheram a sua casa e dois, o SAE.

A entrevista em profundidade foi realizada em duas etapas e seguiu um roteiro pré-elaborado com questões sobre as condições de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas vividas pelos idosos, desde o diagnóstico até o momento atual. A versão transcrita de cada etapa foi lida na visita seguinte, para que o idoso pudesse suprimir ou alterar trechos e validar cada etapa da entrevista. Ao final do processo, cada participante recebeu uma versão completa da entrevista impressa para ler, validar e autorizar a publicação da sua história na tese da pesquisadora e no livro que será produzido com base nesta pesquisa.

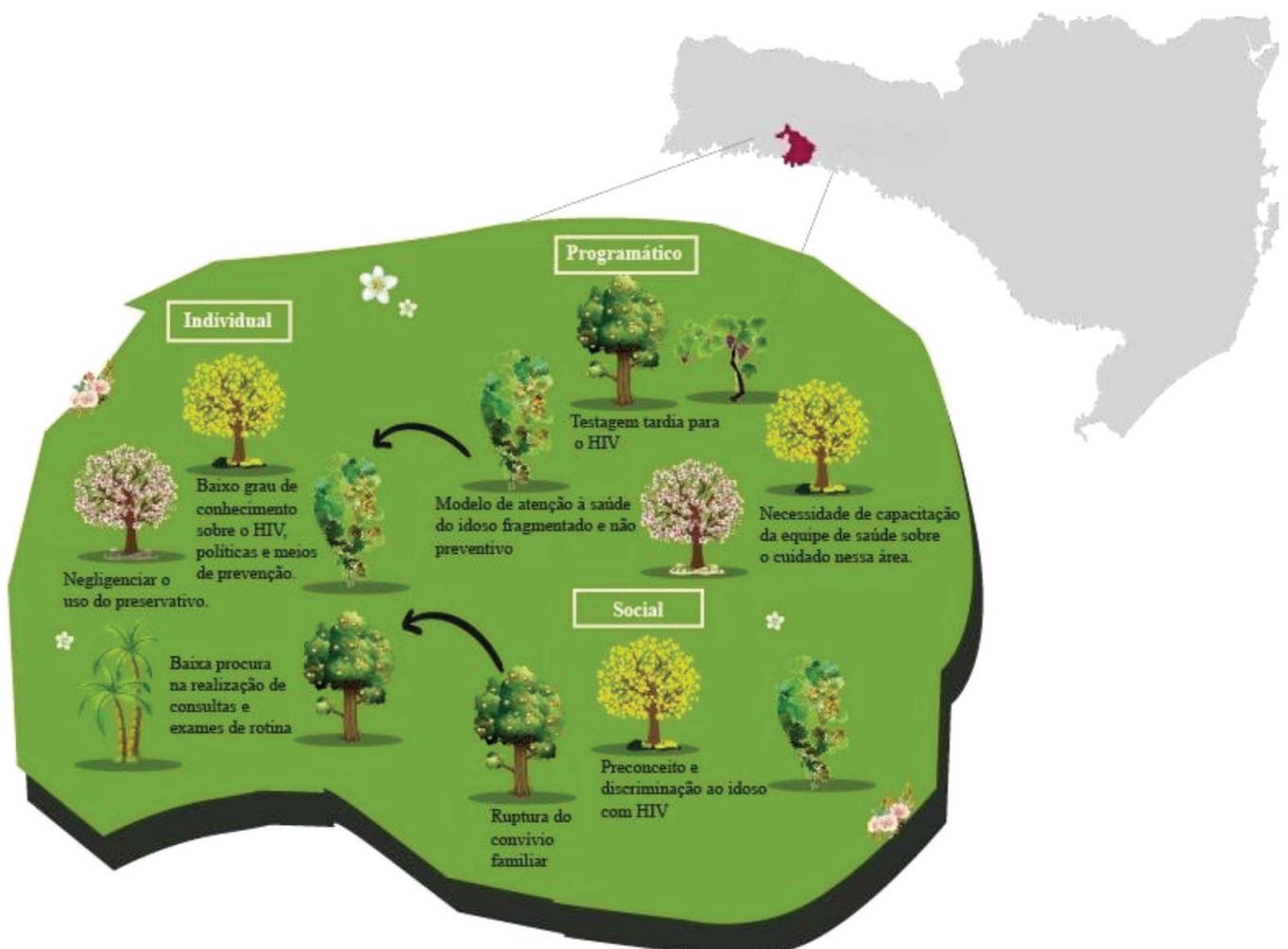
A passagem do oral para o escrito e a construção da história, de acordo com o método, foram realizadas em três momentos: transcrição, textualização e transcrição. Na transcrição, as palavras são mantidas tal qual narradas e não são retiradas as perguntas, as respostas, os erros gramaticais e os pesos semânticos, para não distorcer as falas e os sentidos<sup>13</sup>.

Em seguida, foi realizada a textualização. Nessa fase, são eliminadas as perguntas (fundidas nas respostas), sons e erros gramaticais; mantém-se ainda a comunicação não verbal; é escolhido o “tom vital”, que é uma frase usada como título da entrevista; e se faz uma reorganização do texto de acordo com a ordem cronológica. Por fim, foi realizada a etapa da transcrição, que se configura na confecção do documento final escrito<sup>14</sup>.

A análise de dados seguiu a proposição de Minayo<sup>12</sup>, com uso da técnica de análise de conteúdo temático. A análise temática busca descobrir os núcleos de sentido de uma comunicação, revelando estruturas de relevância, de valores e de comportamentos e é realizada em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados; e interpretação com base no referencial teórico.

## Resultados e discussão

As condições de vulnerabilidades retratadas neste estudo (figura 1) foram classificadas de acordo com as dimensões individuais, sociais e programáticas. Entre os seis idosos, a média de idade era de setenta anos (65-83 anos), com uma renda média de R\$ 3.970,00 (R\$1.100,00 R\$ 6.000,00) e com tempo de diagnóstico há 18 anos (12-25 anos). Quanto ao grau de escolaridade, dois idosos cursaram até a 5ª série; uma idosa, até a 7ª série; outra idosa cursou até a 8ª série; um idoso finalizou o ensino médio; e uma idosa possuía o ensino superior completo. Quanto ao estado civil, três eram casados, uma divorciada, outra viúva e uma pessoa estava em união estável. Quanto a orientação sexual, todos se declararam heterossexuais.



**Figura 1.** Condições de vulnerabilidades de pessoas idosas ao HIV.

Fonte: figura elaborada pelas autoras.

## Vulnerabilidades individuais de idosos com HIV

### O uso não consistente do preservativo

Um fator que contribuiu para a maior exposição do idoso ao vírus do HIV foi a atitude de não usar preservativo, o que foi evidenciado nos relatos de todos os idosos que participaram do estudo, como se observa nas narrativas a seguir:

Com a vida que eu estava levando não me cuidava [...] não gostava e não aceitava usar nenhum método preventivo, como a camisinha, contra as infecções sexualmente transmissíveis [...]. (Palmeira, 19 anos com HIV)

[...] Eu sabia como me proteger, mas facilitava bastante, levava tudo meio que na brincadeira, não gostava de usar camisinha, na hora estava tudo bem e esquecia de usar ou acreditava que o vírus nunca iria me atingir. [...]. (Ipê roxo, 18 anos com HIV)

Estudo realizado na Botswana (África Austral) mostrou semelhança com os resultados encontrados neste estudo, pois, entre os idosos vivendo com HIV e ativos sexualmente, mais da metade admitiram não usar o preservativo durante as relações sexuais<sup>15</sup>. Da mesma forma, estudos brasileiros têm evidenciado que o desconforto ou a falta de familiarização com o uso do preservativo, a impossibilidade de uma possível gravidez nesta idade e a falta de informação sobre a patologia, bem como aspectos culturais de cada grupo, são fatores que os levam a não se prevenir e fazer um uso não consistente do preservativo, o que os torna mais vulnerável à contaminação por HIV<sup>6,16</sup>.

Outros fatores que podem influenciar o uso do preservativo têm relação com questões econômicas e educacionais<sup>17,18</sup>. Estudos de idosos com HIV mostram que a maioria dos idosos que não usam o preservativo tem baixa escolaridade e renda<sup>19,20</sup>, características que se assemelham à realidade de vida de alguns idosos deste estudo, no que se refere à escolaridade. No entanto, neste estudo, mesmo aqueles com uma renda média não fizeram o uso do preservativo, o que sinaliza que são múltiplos os fatores que interferem nessa atitude – econômicos, educacionais, sociais e culturais –, ou seja, a realidade em que cada pessoa cresce e se desenvolve são aspectos que influenciam suas escolhas.

A crença de que a intimidade e as relações estáveis trazem segurança aos cônjuges consiste em outro indicativo que interfere no comportamento, como revelado nas histórias dos idosos:

Nunca usei camisinha com meu marido, pois confiávamos um no outro. (Ipê amarelo, 12 anos com HIV)

[...] não tinha relações com ninguém sem preservativo, mas com ele eu não usava, uma vez que íamos nos casar e ele nunca havia me falado nada sobre. Veja, aonde menos esperamos é que acontecem as coisas. (Laranjeira, 12 anos com HIV)

Em relações estáveis, com parceiro fixo, o uso do preservativo muitas vezes era desprezado pelos idosos, uma vez que não possuíam o hábito de usar durante as suas vidas. Assim, sugerir o uso neste momento, poderia desencadear no parceiro, falta de confiança e expor a infidelidade<sup>19,21,22</sup>. Essas constatações salientam a necessidade de estratégias educativas também para idosos que estão em relações estáveis<sup>23</sup>.

A sexualidade na velhice precisa ser amplamente debatida, em uma dinâmica dialógica, como uma prática saudável e natural, livre de estigmas e preconceitos, mas que requer os devidos cuidados. Desse modo, informação e conhecimento são aspectos fundamentais para o bem viver nesse processo de se descobrir e conviver com HIV.

### **Baixo grau de conhecimento sobre o HIV, políticas e meios de prevenção**

Atualmente, o acesso à informação sobre o HIV/Aids é facilitado, mas não são todas as pessoas que têm tal acesso (e aquelas que têm nem sempre tiveram), como se observa nos relatos dos idosos do presente estudo.

[...] não tinha conhecimento sobre o HIV, como se contaminava, se protegia, nada. Eu ouvia falar muito da história do Cazuzá que morreu de HIV, aparecia na televisão, na rádio e nos jornais, como foi o enterro, mas não divulgavam muito sobre o vírus, muita falta de informação [...]. (Kiwizeiro, 20 anos com HIV)

Nesta época, eu não tinha muito conhecimento sobre o vírus, nunca falava com ninguém sobre e nem pensava nisso, pois não tinha muita informação, quanto aos métodos de prevenção [...]. (Laranjeira, 12 anos com HIV)

O baixo grau de conhecimento sobre o HIV e a qualidade das informações que os idosos receberam no decorrer das suas vidas interferem na capacidade de assumir atitudes e práticas de autocuidado, bem como de evitar comportamentos de risco, o que tem produzido o aumento do número de idosos com HIV<sup>23-25</sup>.

No Brasil, as informações divulgadas em campanhas de prevenção sobre o HIV direcionadas à população idosa são raras e sazonais<sup>20</sup>. Há de se observar também que a linguagem utilizada nas campanhas nem sempre é adequada para as pessoas idosas<sup>7</sup>. Veras e Oliveira<sup>26</sup> salientam que o cuidado aos idosos deve ser estruturado de forma diferente daquela planejada para um adulto ou mais jovem, pois aqueles possuem particularidades decorrentes da maior idade, como o número de enfermidades crônicas concomitantes, polimedicação e limitações na funcionalidade.

Pondera-se que toda a equipe de saúde pode protagonizar ações educativas, nos diferentes níveis de assistência, para diminuir a exposição e o risco de contágio. Foi observado que os participantes referiram baixo grau de conhecimento sobre as políticas, leis e ações de prevenção sobre o HIV.



Hoje eu não tenho o conhecimento sobre políticas, leis ou ações direcionadas às pessoas que têm o HIV, a única informação que eu tenho é a que foi passada pelo meu neto formado em Direito, ele falou que se alguém falar algo que eu possa me sentir discriminada, eu posso tomar uma atitude, pois ninguém tem nada a ver com minha vida, com minha saúde, mas fora isso eu não sei de mais nada [...]. (Laranjeira, 12 anos com HIV)

Eu não tenho conhecimento sobre políticas relacionadas ao HIV e não acredito que existem leis, políticas ou pesquisas que poderiam mudar esse preconceito, são as pessoas que precisam mudar, precisamos conversar mais, como estou fazendo ao contar minha história [...]. (Ipê roxo, 18 anos com HIV)

São vários os aspectos que interferem na capacidade da pessoa de acessar informações sobre políticas, leis e direitos; entre eles, estão o nível de escolaridade (no grupo pesquisado, observa-se que, dos seis idosos, três não concluíram o ensino fundamental), o hábito de leitura e a participação social. Ainda, a quase totalidade das políticas, leis e diretrizes que norteiam a organização da assistência às pessoas com HIV abordam essa enfermidade de forma igual para jovens, adultos e idosos, não diferenciando aspectos relacionados à idade e dando prioridade ao tratamento medicamentoso, o pode gerar essa sensação de inexistência de alguma diretriz ou normativa específica para a pessoa idosa<sup>27</sup>.

Conhecer o que está posto nas leis e políticas; empoderar essas pessoas na construção de estratégias educativas e preventivas mais inclusivas e para que atentem para as particularidades do que representa viver a velhice com HIV parece um caminho profícuo no enfrentamento aos diversos preconceitos vividos.

### **Baixa procura na realização de consultas e exames de rotina**

Outra atitude que se configura como um fator de vulnerabilidade que predispõe esses idosos ao risco da contaminação ao HIV ou à descoberta tardia da enfermidade é a baixa procura pelos serviços de saúde para realização de consultas e exames de rotina, como se pode observar nos relatos a seguir:

Nesta época eu quase nunca procurava os serviços de saúde, às vezes ficava tempos sem ir ao dentista, só ia quando doía um dente, mas exame de rotina era muito difícil de eu fazer, porque eu viajava demais, comia bem e estava com minha saúde boa, para que eu iria fazer exames? Eu era bastante relaxado, só procurava ajuda em últimos casos. (Ipê roxo, 18 anos com HIV)

[...] nunca realizava uma consulta ou um exame de rotina [...]. (Palmeira, 19 anos com HIV)

Na realização de exames e consultas de rotina, o idoso pode revelar algum sintoma característico do HIV, o que favorece a detecção e o tratamento imediato, bem como um prognóstico mais promissor. Todavia, a busca por exames e consultas de rotina não foi uma atitude observada no relato de três idosos deste estudo, sendo estes do sexo masculino.

O contexto histórico e sociocultural em que o homem está inserido e foi educado, principalmente nessas gerações, explica em parte a baixa procura dos serviços de saúde como uma forma preventiva. Para idosos que se constituíram vinculados aos estereótipos culturais de masculinidade associada à ideia de ser forte e viril, de não demonstrar sentimentos e de ser o provedor da família, a doença constitui-se como um fator de vulnerabilidade ou fragilidade. Assim, práticas de autocuidado não são adotadas e, muitas vezes, são até mesmo evitadas<sup>28</sup>.

Os modos de ampliação da procura pelos serviços de saúde pela população idosa masculina, não somente no mês dedicado à saúde do homem, configuram-se em um desafio a ser enfrentado. Mais do que incentivar a busca pelos cuidados preventivos e rotineiros à saúde, este estudo tem evidenciado que o meio e as oportunidades que o idoso acessa ao longo da vida contribuem para maior ou menor vulnerabilidade ao HIV; portanto, todos esses são fatores que devem ser considerados no planejamento das ações preventivas.

## Vulnerabilidades sociais vivenciadas por idosos com HIV

### Preconceito e discriminação ao idoso com HIV

As atitudes preconceituosas e discriminatórias com pessoas soropositivas são caracterizadas por um olhar diferenciado, pelo afastamento das pessoas e por atos de deboches, como pode ser observado nas narrativas a seguir:

Porque infelizmente existe um preconceito danado ainda hoje, por esse motivo poucas pessoas sabem do meu diagnóstico, [...] pois, caso elas souberem, provavelmente me olhariam com um outro olhar, principalmente as pessoas que têm uma cabeça muito fechada, vão se afastando com medo de se contaminar ou evitam até mesmo de abraçar. Já ouvi falas [...] “mas também não se cuidava, sem vergonha, porque andava na rua atrás de todo mundo...”, “não, esse aí, ó, tem HIV, está contaminado, fica longe” ou “fulano ele tem HIV, aquele cara vai morrer...” [...]. (Ipê amarelo, 12 anos com HIV)

O preconceito está muito presente na sociedade frente às pessoas que têm HIV, embora conquistamos muitos direitos, mas ser idoso sem HIV sofre rejeição só por ser velho, e com HIV sofre o dobro, é mais rejeitado, o preconceito é maior, começa a pipocar na cabeça das pessoas como foi que pegou, com quem foi, se foi com um homem, com uma mulher; o idoso é visto como uma pessoa que fez algo que não deveria ter feito na sociedade [...]. (Kiwizeiro, 20 anos com HIV)

Os idosos sentem-se discriminados por meio da rejeição do convívio e do olhar de julgamento, muitas vezes, balizados por ideias preconceituosas de contágio e de que a pessoa assumiu um ou outro comportamento, não tido como adequado para a pessoa idosa. Essa realidade produz um quadro de isolamento social e influencia no modo como a pessoa faz a busca pelo diagnóstico nos serviços de saúde, já que a porta de entrada para a descoberta é na Atenção Básica – com unidades no seu território –, podendo, junto com o medo de ser descoberto, retardar a busca e adesão plena ao tratamento<sup>29</sup>. Essas atitudes geram insônia, ansiedade e dificuldade para se alimentar, comprometendo a saúde da pessoa em sua totalidade<sup>30</sup>.

Logo, estratégias de divulgação sobre o HIV como rodas de diálogo com idosos com HIV na Atenção Básica e ações que garantam maior visibilidade a essa realidade de vida podem se configurar em um caminho promissor para minimizar alguns preconceitos. Parece-nos que de fato a falta de informação e conhecimento sobre o HIV, acompanhada do preconceito e da discriminação, além de dificultar o cuidado, configura-se em um elemento que produz entrave nos relacionamentos, tanto com a família quanto com os companheiros.

### Ruptura do convívio familiar

A rejeição e o abandono familiar, resgatados nas lembranças dos idosos, são fatos que marcaram negativamente a vida após o diagnóstico do HIV e produziram uma condição de vulnerabilidade social, como observado nos relatos a seguir:

Esse fato da descoberta do diagnóstico, de rejeição e do abandono total por parte da minha família foi algo muito marcante e negativo que tenho guardado em minha memória depois do HIV [...]. (Kiwizeiro, 20 anos com HIV)

[...] relacionado ao tempo em que eu morei lá no meu apartamento, foram três anos, eu ficava muito sozinha, muito triste e desesperada. Fora as minhas amigas do prédio que me ajudaram muito, eu não recebia a visita dos meus filhos e familiares, o convívio foi rompido [...]. (Laranjeira, 12 anos com HIV)

A convivência familiar no processo de se descobrir e viver com o HIV é essencial e se configura na base de sustentação do idoso<sup>25</sup>. As evidências acima mostram que o rompimento do convívio, após o diagnóstico do HIV, influenciou negativamente a vida dessas pessoas e fez emergir sentimentos como tristeza, desespero e solidão.

Estudo realizado na China com 197 idosos com HIV evidenciou que o apoio familiar, desde o diagnóstico, configura-se em uma estratégia que produz resiliência e colabora com o processo de adaptação nessa fase da vida. Assim, pensar em um modelo de cuidado que envolva a família se configura em uma estratégia importante para reduzir o impacto deletério da doença<sup>31</sup>.

Pondera-se que incluir a família nesse processo de cuidado ao idoso com HIV é uma estratégia assertiva em um modelo de saúde integral, que oferece uma assistência humanizada e não fragmentada. Além disso, acredita-se que, para o desenvolvimento desse modelo de cuidado, um olhar voltado à equipe de saúde é importante, com inclusão dessa pauta nas capacitações e no planejamento das ações na Atenção Primária à Saúde.

## Vulnerabilidades programáticas de idosos com HIV

### Descoberta tardia do HIV

Os relatos dos idosos com HIV revelam que, ao procurar os serviços de saúde por algum sintoma característico da doença, os profissionais da saúde não solicitaram a testagem para o HIV, o que fez com que descobrissem o diagnóstico tardiamente, aspecto mencionado em suas histórias.

Em um determinado momento, eu simplesmente comecei a emagrecer muito, não conseguia sentir o cheiro de comida, cheguei a pesar 52 kg, procurei o hospital e lá me viraram do avesso [...] e fui para casa sem saber ao certo o que eu tinha, não testaram para o HIV. (Ipê amarelo, 12 anos com HIV)

Eu sempre frequentava os serviços de saúde, geralmente o posto de saúde, eu realizava os exames de rotina todo o ano, exames de sangue, de urina, de fezes, mas nunca ninguém me solicitou o exame do HIV [...]. (Laranjeira, 12 anos com HIV)

A descoberta do diagnóstico, na maioria das vezes, não acontece na Atenção Primária, pois o exame anti-HIV não é solicitado como rotina, principalmente em idosos com relações estáveis. Ainda, a percepção do idoso como um ser assexuado; a diferença de idade entre profissional e paciente; e as questões de gênero que dificultam a abordagem e o diálogo sobre o assunto em uma sociedade conservadora são motivos que também retardam o diagnóstico<sup>32</sup>.

Logo, tenciona-se com este estudo que, ao acolher um idoso nos serviços de saúde, a avaliação relacionada aos aspectos da sexualidade nessa faixa etária seja incluída como parte da anamnese, assim como o teste de HIV. No entanto, para que a testagem precoce do HIV seja incorporada pelas equipes de saúde, é indispensável a capacitação profissional.

### Necessidade de capacitação da equipe de saúde sobre o cuidado de idosos com HIV

Sob o olhar dos idosos do presente estudo, em muitos contextos de saúde as equipes carecem de capacitação sobre o cuidado do idoso com HIV, conforme expresso nas narrativas a seguir:

[...] ao chegar lá, estavam juntos uns três profissionais, me comunicaram que eu tinha um problema grave, mas que não era para me preocupar, me disseram que não era o fim do mundo, que tinha proteção, me entregaram várias camisinhas, mas não me explicaram ao certo o que eu tinha naquele momento [...] nem imaginei que eu poderia ter esse vírus, a Aids. (Laranjeira, 12 anos com HIV)

[...] precisaria de mais capacitação, principalmente aos profissionais da saúde [...] deveria existir mais respeito e um tratamento diferenciado às pessoas que têm HIV, especialmente os idosos, sei que tem o Estatuto do Idoso, mas ele não é totalmente uniforme, ele não fala, por exemplo [...], a pessoa tem HIV, qual direito ela tem que precisa ser respeitado? [...] as pessoas não lhe veem como uma pessoa que tem prioridade por ser idoso, as pessoas não são bem informadas, não sabem o que fazer [...]. (Kiwizeiro, 20 anos com HIV)

Os serviços de saúde, juntamente com suas equipes, são atores importantes na luta contra o HIV. Há que se considerar que a integração das equipes no cuidado do idoso com HIV requer uma linha longitudinal e contínua que se inicia na captação, no acolhimento e na coordenação do cuidado e que segue até os momentos finais da vida, no cuidado paliativo, com mecanismos de referência e contrarreferência e boa comunicação em toda rede de cuidado<sup>33</sup>.

Prover uma assistência que esteja em conformidade com uma visão humanizada, empática e acolhedora, livre de estereótipos, julgamentos e preconceitos em relação ao idoso com HIV constitui parte de um modelo preventivo de assistência focado nas condições crônicas, tão comum a essa etapa da vida<sup>32,34</sup>.

Convém esclarecer que nem todos os profissionais sentem-se capacitados para cuidar do idoso com HIV. Alguns fatores se configuram como desafios no acolhimento e na assistência a esse grupo; entre eles, estão a habilidade de conversar com o idoso sobre práticas sexuais; de não associar o idoso como um avô e invulnerável às infecções sexualmente transmissíveis; de superar o constrangimento de tratar desse tema; de despir-se dos preconceitos e estigmas; e de ter paciência para esclarecer dúvidas sobre o diagnóstico, o tratamento e a prevenção, sendo que, para muitos profissionais de saúde, esse tema do HIV na velhice não foi abordado durante a formação profissional<sup>35</sup>.

A formação dos profissionais da saúde precisa contemplar o estudo dos modelos preventivos de cuidado ao idoso, de preferência em equipe interprofissional, já que a realidade demográfica sinaliza que estamos em franco processo de envelhecimento populacional. Assim, esses profissionais precisarão estar preparados para atuar nesse cenário, de muitas e concomitantes condições crônicas. Na rede de serviços, a capacitação contínua da equipe é fundamental, a fim de instrumentalizá-la para uma assistência segura, ética e de qualidade.

## Modelo de atenção à saúde do idoso fragmentado e não preventivo

Os idosos salientaram em suas narrativas a necessidade de maior investimento governamental em um modelo de atenção que preze pela prevenção.

[...] o que acredito que poderia mudar ou ser mais incentivado nos serviços de saúde é uma maior campanha na direção da prevenção, para que as pessoas se cuidassem mais, fizessem o uso do preservativo [...]. (Laranjeira, 12 anos com HIV)

Considero que precisaria ter mais investimento em ações de prevenção ao HIV, aplicar mais investimentos em projetos científicos de vacinas [...] pois disponibiliza gratuitamente o medicamento para todos e por que não tem uma vacina ainda? Para que todo esse gasto em medicamento diário? [...]. (Videira, 23 anos com HIV)

Tendo como pano de fundo a atual estrutura das redes de atenção à saúde, estudiosos apontam que o principal nó crítico está centrado no modelo assistencial, de um tempo em que o Brasil era um país de jovens e com doenças agudas, sendo que nossa realidade atual é a de um país de cabelos brancos e com diversas doenças crônicas<sup>36</sup>.

Em 2014, foi publicado pelo Ministério da Saúde o documento Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma proposta de um Modelo de Atenção Integral<sup>37</sup>. Esse documento aborda a importância e o potencial do trabalho em rede; e define como estratégia a integração com os diferentes pontos de atenção do SUS, visando à produção do cuidado integral à pessoa idosa, adequado às suas necessidades.

Em síntese, conforme Veras e Oliveira<sup>26</sup> propõem, um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda ser eficiente deve envolver todos os níveis de cuidado, isto é, possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstia, cuidado (para serem desenvolvidas o mais precocemente possível) e reabilitação de agravos. Essa linha de cuidado se inicia na captação, no acolhimento e no monitoramento do idoso e se encerra somente nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos. Essas características são pontos básicos para se pensar futuras intervenções visando à estruturação de uma rede de atenção ao idoso com HIV.

## Considerações finais

As condições de vulnerabilidades que predisõem a pessoa idosa ao risco de contaminação ao HIV, observadas nos participantes deste estudo, foram analisadas de acordo com as dimensões individual, social e programática. Na individual, destacam-se o uso não consistente do preservativo; a falta de conhecimento sobre o HIV; e a baixa procura para realização de consultas e exames de rotina. Na social, aparecem as atitudes preconceituosas e discriminatórias da sociedade frente ao HIV; e a ruptura do convívio familiar. Por fim, na dimensão programática, destacam-se a descoberta tardia do HIV; e a necessidade de capacitação da equipe de saúde em relação ao cuidado nessa área e de reconfiguração do modelo de atenção à saúde do idoso.

Ao publicizar os resultados desta pesquisa, ampliamos o conhecimento sobre as condições de vulnerabilidade das pessoas idosas ao HIV, tanto para profissionais interessados no tema quanto para a sociedade. Já para a população idosa, configura-se em uma estratégia de visibilidade dessa realidade de vida que suscita reflexões coletivas sobre o enfrentamento dessas condições e a importância dos meios de prevenção ao HIV.

As limitações observadas no presente estudo, em um primeiro momento, estiveram relacionadas ao período da coleta de dados, que se deu em tempos de pandemia, ocasião em que as pessoas idosas não estavam frequentando com regularidade o SAE, em função das medidas para controlar os índices de contágio, o que diminuiu o público para realização da pesquisa. Outra limitação observada foi a insegurança de alguns idosos em revelar o diagnóstico, o que se deu em função do medo de sofrer preconceitos, evidenciando um certo silenciamento em torno dessa realidade e a importância de novos estudos nessa área, para dar maior visibilidade a essa pauta e sensibilizar comunidade e profissionais quanto às demandas desse público.



## Contribuição das autoras

Ambas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Bolsa de estudos de dedicação exclusiva.

## Conflito de interesse

Ambas as autoras não têm conflito de interesse a declarar.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Editora

Rosamaria Giatti Carneiro

### Editora associada

Dulce Aurélia de Souza Ferraz

### Submetido em

05/07/22

### Aprovado em

24/06/23

## Referências

1. Malagón Oviedo RA, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):237-49. doi: 10.1590/1807-57622014.0436.
2. Ayres JRCM, Franca I Jr, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 117-39.
3. Ayres JRCM, Paiva V, França I Jr. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, coordenadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos*. Curitiba: Juruá; 2012. p. 71-94.
4. Ayres JRCM. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: Barros S, Campos PFS, Fernandes JJS, organizadores. *Atenção à saúde de populações vulneráveis*. Barueri: Manole; 2014. p. 1-25.



5. Ayres JRJM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França I Jr. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Jr, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 375-417.
6. Liberali BM, Neves SCM, Oliveira LS, Batista BD, Nacaratto DCFF, Cavazzana CL. Avaliação do conhecimento sobre HIV/AIDS e uso de preservativo em um grupo de idosos da cidade de São Paulo. *Rev Med.* 2020; 99(2):104-8. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v99i2p104-108.
7. Cerqueira MBR, Rodrigues RN. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(11):3331-8. doi: 10.1590/1413-812320152111.14472015.
8. Monte CF, Nascimento LC, Brito KPSS, Batista ASL, Ferreira JS, Campos LS, et al. A invisibilidade de idosos perante o HIV/AIDS e os fatores que os deixam vulneráveis: uma revisão bibliográfica. *Braz J Health Rev.* 2021; 4(3):10752-63. doi: 10.34119/bjhrv4n3-091.
9. Silva LC, Felício EEAA, Cassette JB, Soares LA, Morais RA, Prado TS, et al. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015; 18(4):821-33. doi: 10.1590/1809-9823.2015.14156.
10. Nascimento EKS, Albuquerque LPA, Marinelli NP, Campelo MNAA, Santos FJL. História de vida dos idosos com HIV/AIDS. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2017; 11(4):1716-24. doi: 10.5205/1981-8963-v11i4a15243p1716-1724-2017.
11. Meihy JCSB. Manual de história oral. 5a ed. São Paulo: Loyola; 2007.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Thompson P. A voz do passado: história oral. Oliveira LL, tradutor. 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2002.
14. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2a ed. São Paulo: Contexto; 2018.
15. Matho K, Randell M, Lebelonyane R, Kefas J, Driscoll T, Negin J. HIV prevalence and related behaviours of older people in Botswana - secondary analysis of the Botswana AIDS Impact Survey (BAIS) IV. *Afr J AIDS Res.* 2019; 8(1):18-26. doi: 10.2989/16085906.2018.1552162.
16. Reis IF, Sacramento NS, Saldanha RCO, Barbosa CLO, Guerra HS. Idosos e infecções sexualmente transmissíveis: um desafio para a prevenção. *Braz J Health Rev.* 2020; 3(2):1663-75. doi: 10.34119/bjhrv3n2-028.
17. Bastos LM, Tolentino JMS, Frota MAO, Tomaz WC, Fialho MLS, Batista ACB, et al. Avaliação do nível de conhecimento em relação à Aids e sífilis por idosos do interior cearense, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2018; 23(8):2495-502. doi: 10.1590/1413-81232018238.10072016.
18. Nogueira FJS, Saraiva AKM, Ribeiro MS, Freitas NM, Callou Filho CR, Mesquita CAM. Prevenção, risco e desejo: estudo acerca do não uso de preservativos. *Rev Bras Promoç Saude.* 2018; 31(1):1-8. doi: 10.5020/18061230.2018.6224.
19. Silva JDB, Oliveira DM, Rocha Filho DR, Mesquita NMCB, Lima MTN, Teixeira HKS, et al. Vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis/ aids em idosos. *Rev Uninga [Internet].* 2017; 53(1):19-24 [citado 1 Jul 2022]. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/1418/1033>

20. Sousa LRM, Moura LKB, Valle ARMC, Magalhães RLB, Moura MEB. Social representations of HIV/AIDS by older people and the interface with prevention. *Rev Bras Enferm.* 2019; 72(5):1129-36. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0748.
21. Lekalakala-Mokgele E. Exploring gender perceptions of risk of HIV infection and related behaviour among elderly men and women of Ga-Rankuwa, Gauteng Province, South Africa. *SAHARA J.* 2016; 13(1):88-95. doi: 10.1080/17290376.2016.1218790.
22. Ribeiro IAP, Dantas RO, Oliveira ADS, Lago EC, Viana FCR. Conhecimento e uso do preservativo por idosos na prevenção do HIV/Aids: nota prévia. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2019; 88(26):1-4. doi: 10.31011/reaid-2019-v.88-n.26-art.400.
23. Brito NMI, Andrade SSC, Silva FMC, Fernandes MRCC, Brito KKG, Oliveira SHS. Elderly, sexually transmitted infections and aids: knowledge and risk perception. *ABCS Health Sci.* 2016; 41(3):140-5. doi: 10.7322/abcshs.v41i3.902.
24. Silva AO, Loreto MDS, Mafra SCT. HIV na terceira idade: repercussões nos domínios da vida e funcionamento familiar. *Em Pauta.* 2017; 15(39):129-54. doi: 10.12957/rep.2017.30380.
25. Jesus GJ, Oliveira LB, Caliari JS, Queiroz AAFL, Gir E, Reis RK, et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: entaves na qualidade de vida. *Artigos Originais. Acta Paul Enferm.* 2017; 30(3):301-7. doi: 10.1590/1982-0194201700046.
26. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cienc Saude Colet.* 2018; 23(6):1929-36. doi: 10.1590/1413-81232018236.04722018.
27. Nierotka RP, Nicaretta RJ, Ferretti F. Viver a velhice com HIV/Aids. In: Sampaio EC, organizador. *Envelhecimento Humano: desafios contemporâneos.* Guarujá: Editora Científica Digital; 2021. Cap. 8, p. 375-87. Vol. 2.
28. Lemos TSA, Pereira ER, Costa DC, Silva RMCRA, Silva MA, Oliveira DC. Trabajo del profesional de la salud y la familia portadora de HIV/AIDS. *Rev Cuba Enferm [Internet].* 2016; 32(4):126-37 [citado 1 Jul 2022]. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76492>
29. Salvadori M, Hahn GV. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/Aids. *Rev Bioet.* 2019; 27(1):153-63. doi: 10.1590/1983-80422019271298.
30. Vilarinho MV, Padilha MI. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da Aids (1986-2006). *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(1):e0010013. doi: 10.1590/0104-07072016000010013.
31. Xu Y, Lin X, Chen S, Liu Y, Liu H. Ageism, resilience, coping, family support, and quality of life among older people living with HIV/AIDS in Nanning, China. *Glob Public Health.* 2018; 13(5):612-25. doi: 10.1080/17441692.2016.1240822.
32. Alencar RA, Ciosak SI. AIDS in the elderly: reasons that lead to late diagnosis. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(6):1076-81. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0370.
33. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar: por que premiar a ineficiência no cuidado ao idoso? *J Bras Econ Saude.* 2018; 10(2):198-202. doi: 10.21115/JBES.v10.n2.p198-202.
34. Fonseca AB, Batista MAS, Santana RRC. Diagnóstico tardio de HIV na terceira idade: uma análise de reportagens veiculadas na mídia. *Rev Psicol Divers Saude.* 2020; 9(1):24-34. doi: 10.17267/2317-3394rpds.v9i1.2714.
35. Lima PAB, Rezende CHA, Hattori WT, Pinto RMC. Perception of health professionals from a city in the interior of Brazil on the vulnerability of older adults to



- HIV infection. *DST J Bras Doenças Sex Transm.* 2018; 30(4):129-32. doi: 10.5533/DST-2177-8264-201830404.
36. Veras R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016; 19(6):887-905. doi: 10.1590/1981-22562016019.160205.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 16 Ago 2021]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf)

---

The aim of this study was to describe the conditions of vulnerability to HIV among older people. Using the thematic oral history method, we conducted a qualitative study in the SAE with six people aged 65 and over. The data were collected using in-depth interviews covering issues related to individual, social and programmatic vulnerabilities. The data were analyzed using content analysis. Vulnerability conditions included not using a condom, low level of knowledge of appointments and tests and health-seeking behavior; prejudice and discrimination; family break-ups; late diagnosis of HIV; and limited capacity of health teams. To tackle these vulnerability conditions, it is necessary to promote a debate about policies and regulations geared towards the care of people with HIV and reshape the prevention-based care model.

**Keywords:** People living with HIV. Human immunodeficiency virus. Health vulnerability.

---

Estudio con el objetivo de describir las condiciones de vulnerabilidades de personas ancianas al VIH. Un estudio cualitativo, usando como método la historia oral temática, realizado en el SAE, con seis ancianos de 65 años o más, y la colecta de datos fue realizada mediante una entrevista en profundidad con preguntas sobre vulnerabilidades individuales, sociales y programáticas. Se realizó el análisis de contenido temático. Entre las condiciones encontradas están la ausencia de preservativo en las relaciones sexuales, bajo grado de conocimiento y de búsqueda de consultas y exámenes de rutina, presencia de prejuicios y discriminación, ruptura en la convivencia familiar, descubrimiento tardío del VIH y la baja capacitación del equipo de salud. El enfrentamiento de esas condiciones de vulnerabilidad presupone un debate con relación a las políticas y normativas del cuidado con las personas con VIH y la reconfiguración del modelo de cuidado enfocado en la prevención.

**Palabras clave:** Persona que vive con VIH. Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Vulnerabilidad en salud.