



Portadores do virus HIV em indivíduos da terceira idade

Élida Lúcia Ferreira Assunção, Fabíola Belkiss Santos de Oliveira, Fillipe Mendes Silva, Pedro Henrique Soares Aguiar, Maria Fernanda Mendes da Silva, Maria Aparecida Barbosa de Sá, Luiz Manna Neto, Ângelo Fonseca Silva.

REVISÃO NARRATIVA

RESUMO

Uma população mundial envelhecida constitui um grande desafio para a humanidade. Indivíduos com 60 anos ou mais devem representar mais de 20% da população mundial até 2050. Esse cenário levou à formulação de políticas voltadas à prestação de cuidados à saúde do idoso e à promoção de oportunidades sociais para essa população, com consequentes melhorias na qualidade de vida e na longevidade sexual. Como as especificidades dessa população em crescimento têm sido ignoradas tanto pelos idosos como por seus provedores de saúde, a incidência de AIDS entre indivíduos com 60 anos ou mais tem aumentado simultaneamente. Na última década, foram notificados 47.437 novos casos de aids entre indivíduos com 50 anos ou mais, o que corresponde a 9% dos novos diagnósticos de aids. De 2001 a 2011, o número de casos confirmados aumentou 98% em homens e 567% em mulheres. A incidência da AIDS vem aumentando constantemente em muitos países, incluindo todas as regiões do Brasil. Desta forma, o objetivo desta pesquisa é apresentar um estudo sobre o índice de HIV em indivíduos na terceira idade.

Palavras-chave: HIV. Terceira Idade. DST.

HIV CARRIERS IN THE ELDERLY

ABSTRACT

An aging world population is a major challenge for humanity. Individuals aged 60 years and over must represent more than 20% of the world's population by 2050. This scenario led to the formulation of policies aimed at the elderly's health care and the promotion of social opportunities for this population, with consequent improvements in the quality of life and sexual longevity. As the specificities of this growing population have been ignored by both the elderly and their health care providers, the incidence of AIDS among individuals 60 years of age or older has increased simultaneously. In the last decade, 47,437 new cases of AIDS have been reported among individuals aged 50 or older, which corresponds to 9% of new diagnoses of AIDS. From 2001 to 2011, the number of confirmed cases increased by 98% in men and 567% in women. The incidence of AIDS is steadily increasing in many countries, including all regions of Brazil. Thus, the objective of this research is to present a study on the HIV index in elderly individuals.

Keywords: HIV. Third Age. DST.

Instituição afiliada – Centro Universitario Funorte

Dados da publicação: Artigo recebido em 16 de Abril e publicado em 06 de Junho de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p409-429>

Autor correspondente: *Élida Lúcia Ferreira Assunção* elida.ferreira@funorte.edu.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, a expectativa de vida tem aumentado ao longo das últimas décadas, mesmo nos países em desenvolvimento, levando a um maior número de indivíduos > 60 anos. Haverá aproximadamente 2 bilhões de pessoas > 60 anos no mundo até 2025, a maioria dos quais (80%) residirá em países em desenvolvimento.¹ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 97% da população brasileira no início do século 20 tinha menos de 59 anos; atualmente, 15,8 milhões de brasileiros têm pelo menos 60 anos e estima-se que esse número aumente para mais de 40 milhões até 2030. Em geral, a expectativa de vida da população brasileira em 2030 é estimada em 78,3 anos, 81,9 anos para as mulheres (UNAIDS, 2017).

A introdução da terapia antirretroviral altamente ativa (HAART) durante a década de 1990 foi crucial para reduzir as taxas de morbidade e mortalidade relacionadas ao HIV, tornando a infecção pelo HIV em uma condição crônica. A cobertura global da terapia antirretroviral (TARV) cresceu significativamente nos últimos anos, com 11,7 milhões de anos de vida adicionados ao mundo entre 1996 e 2008.³ Conseqüentemente, a população com HIV / AIDS está se tornando mais velha. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a maioria dos geriatras definem "idoso" como uma pessoa com idade > 60 anos (CERQUEIRA, RODRIGUES, 2016).

No entanto, os Centros Americanos de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) consideram um paciente com HIV / AIDS na idade de 50 anos ser idoso devido ao impacto do HIV e da TARV no envelhecimento. Segundo o Ministério da Saúde, entre os 608.230 casos de HIV / AIDS notificados até junho de 2011; 64.560 (10,6%) encontravam-se no grupo de idosos (> 50 anos). Condições crônicas associadas ao envelhecimento, como malignidades que não definem a AIDS, doenças cardiovasculares e outras doenças de órgãos terminais e mortes atribuíveis a essas condições, também aumentaram no HIV (BRASIL, 2018).

Uma população mundial envelhecida constitui um grande desafio para a humanidade. Indivíduos com 60 anos ou mais devem representar mais de 20% da população mundial até 2050 (PINTO, 2017).

Esse cenário levou à formulação de políticas voltadas à prestação de cuidados à



saúde do idoso e à promoção de oportunidades sociais para essa população, com consequentes melhorias na qualidade de vida e na longevidade sexual. Como as especificidades dessa população em crescimento têm sido ignoradas tanto pelos idosos como por seus provedores de saúde, a incidência de AIDS entre indivíduos com 60 anos ou mais tem aumentado simultaneamente. Na última década, foram notificados 47.437 novos casos de aids entre indivíduos com 50 anos ou mais, o que corresponde a 9% dos novos diagnósticos de aids. De 2008 a 2018, o número de casos confirmados aumentou 98% em homens e 567% em mulheres. A incidência da AIDS vem aumentando constantemente em muitos países, incluindo todas as regiões do Brasil (PINTO, 2017).

Embora alguns fatores tenham sido levantados para explicar esse aumento da prevalência de AIDS, poucos estudos epidemiológicos foram realizados para identificar comportamentos de risco específicos entre a população com 60 anos ou mais. Os fatores de risco do candidato incluem comportamentos relacionados ao aumento da longevidade sexual, incluindo sexo desprotegido e uso de drogas para disfunção erétil; o impacto desses fatores de risco é elevado, uma vez que a vulnerabilidade da aids nessa faixa etária não é suficientemente reconhecida por seus membros ou pelos profissionais de saúde.

O envelhecimento ativo é uma política pública mundial que estabelece hábitos e estilos de vida saudáveis e promove a participação de idosos em atividades em grupo. Embora essa sociabilidade seja vista como positiva, uma das questões levantadas diz respeito à sexualidade, já que o sexo é frequentemente praticado sem proteção nessa população, o que aumenta as chances de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e HIV / AIDS.

Nas últimas décadas, o perfil epidemiológico da pandemia do HIV / aids passou por mudanças, com o aumento da vulnerabilidade de diversos grupos, incluindo os idosos. Esta ocorrência é em grande parte devido à falta de reconhecimento de uma vida sexual ativa nesta parcela da população. A invisibilidade da sexualidade dos idosos implica problemas em relação ao diagnóstico tardio do HIV / aids, que está ligado a três aspectos: 1) os profissionais de saúde não reconhecem a vulnerabilidade dos idosos ao HIV / aids; 2) os idosos não se consideram vulneráveis às DSTs; e 3) os profissionais de saúde atribuem sintomas sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem com a AIDS



a outras doenças consideradas mais frequentes na população idosa (PINTO, 2017).

Desta forma, o objetivo geral desta pesquisa é apresentar um estudo sobre o índice de HIV em indivíduos na terceira idade.

Os objetivos específicos são:

- Descrever sobre a epidemia de HIV no Brasil;
- Apresentar as tendências dos programas de prevenção e tratamento de HIV no Brasil;
- Descrever os fatores e índices de HIV em idosos no Brasil.

2 PROGRAMAS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO AO HIV NO BRASIL

Em 2017, 48.000 pessoas no Brasil foram infectadas pelo HIV. Os homens tinham duas vezes mais probabilidade de adquirir o HIV que as mulheres (33.000 novas infecções entre os homens, em comparação com 15.000 entre as mulheres). Houve menos de 1.000 novas infecções entre crianças (de 0 a 14 anos) .44 Novas infecções aumentaram 3% desde 2010 (UNAIDS, 2017).

A resposta nacional do Brasil ao HIV / aids está situada dentro de seu Ministério da Saúde e está integrada ao Plano Estratégico de Saúde do país. A abordagem multifacetada do país para a prevenção do HIV envolve a promoção e melhoria do acesso ao teste de HIV, tratamento imediato para aqueles que testam positivo, independentemente da contagem de CD4 (conhecida como 'teste e tratamento') e o fornecimento de profilaxia pré e pós-exposição (Prep) (BRASIL, 2018).

A epidemia de HIV / aids no Brasil é classificada como estável em nível nacional, com prevalência na população geral de 0,6%. No entanto, a prevalência varia geograficamente, com níveis mais altos no Sul e sudeste do país. O Brasil tem sido reconhecido por sua forte resposta à epidemia do HIV. Ela desafiou as empresas farmacêuticas na década de 1990, produzindo versões genéricas de medicamentos antirretrovirais caros, que reduziram os preços globalmente. O governo do Brasil compra e distribui mais preservativos do que qualquer outro país e, em 2013, começou a fornecer tratamento antirretroviral gratuito a todos os adultos soropositivos que procuram cuidados, independentemente do estágio de HIV que enfrentam.



Em 2017, 860.000 pessoas viviam com o HIV em comparação com 640.000 em 2010. No mesmo ano, houve 48.000 novas infecções, 1.000 a mais que em 2010. Isso reflete o fato de que novas infecções aumentaram entre 2010 e 2017 em 3%. Em 2017, 14.000 pessoas morreram devido a doenças relacionadas à AIDS (UNAIDS, 2017).

O acesso a serviços de HIV de alta qualidade continua a se expandir no país. Como resultado, o Brasil registrou um aumento de 83% (em 2015) para 84% (em 2017) de todos os brasileiros vivendo com HIV. A proporção de pessoas vivendo com HIV em tratamento foi de 64% em 2017, 59% dos quais foram suprimidos por vírus (BRASIL, 2018).

A epidemia de HIV no Brasil está concentrada em populações-chave, com homens particularmente afetados. Em 2017, 33.000 homens foram infectados com o HIV, em comparação com 15.000 mulheres (UNAIDS, 2017). Quanto as maiores taxas de infecção são relatadas entre pessoas de 30 a 49 anos, novas infecções por HIV têm crescido substancialmente entre homens jovens, especialmente homens jovens que fazem sexo com homens. Na década passada, novas infecções quase triplicaram entre pessoas de 15 a 19 anos e mais do que dobraram entre 20 e 24 anos (BRASIL, 2018).

O Brasil representa o maior número de pessoas vivendo com HIV na América Latina e responde por 49% de todas as novas infecções na região. Isto é em parte devido à sua grande população em comparação com outros países da América Latina. Em todo o mundo, é um dos 15 países que representam 75% do número global de pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2018).

2.1 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO de HIV

O Ministério da Saúde do Brasil relata que 96% dos brasileiros identificam os preservativos como uma barreira que pode impedir a disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (DSTs) e HIV. O conhecimento de onde fazer o teste de HIV e o acesso gratuito ao preservativo é considerado pelo Ministério da Saúde como um indicador de acesso a programas de prevenção (JOHNSON, 2016).

No entanto, o uso de preservativos varia muito, com apenas 25% da população relatando o uso de preservativo em todas as relações sexuais, e 63% relatando o uso



durante o sexo com um parceiro casual. Dados oficiais relatados sobre o uso de preservativos em populações-chave são mais altos do que os observados na população geral. No entanto, uma revisão de 2015 de mais de 50 estudos de uso de preservativos no Brasil encontrou, em geral, 47% dos homens que fazem sexo com homens relataram sexo anal desprotegido. Entre as pessoas que usam drogas, a revisão constatou que 40% relataram nunca usar preservativos, o que aumentou para 60% quando sob influência de substâncias psicoativas (CERQUEIRA, RODRIGUES, 2016).

Preservativos gratuitos e lubrificantes estão amplamente disponíveis, com pelo menos um terço da população geral acessando commodities em serviços públicos de saúde, ONGs ou outras instituições. Entre as populações-chave, o acesso é significativamente maior - 70% entre homens que fazem sexo com homens e 77% entre mulheres profissionais do sexo (UNAIDS, 2017).

Um estudo de 2010 apontou o Brasil como um dos poucos países da América Latina que chegou perto de oferecer educação sexual abrangente, que vai além do ensino, contracepção e gravidez, incluindo educação sobre DSTs, incluindo HIV, sexualidade, identidades de gênero e relações sexuais. direitos reprodutivos.

Fora do ambiente escolar, várias abordagens inovadoras para aumentar a conscientização sobre o HIV, especialmente entre os jovens, foram tomadas no Brasil. Em 2014, o Ministério da Saúde lançou o #PartiuTeste, uma campanha de comunicação de mudança de comportamento desenvolvida em parceria com jovens que utiliza mídias tradicionais e mídias sociais, especialmente namorando como Tinder e Hornet. A campanha concentra-se na importância de usar preservativos, testes de HIV e iniciar o tratamento precocemente. Como parte deste trabalho, jovens líderes de populações-chave foram identificados e orientados (UNAIDS, 2017).

Em 2016, a iniciativa Close Certo usou o Hornet para alcançar mais de 1 milhão de gays e homens que fazem sexo com homens com mensagens de conscientização sobre o HIV durante os Jogos Olímpicos e Paralímpicos de 2016 no Brasil.

O Brasil possui políticas de saúde que garantem o livre acesso aos testes de HIV, TARV e substitutos do leite materno para gestantes e lactantes. Em 2012, o Brasil adotou a opção recomendada B +, na qual as mulheres grávidas que vivem com o HIV recebem tratamento independente da contagem de CD4 e continuam no tratamento após o



parto. Até 2017, 85% das mulheres grávidas que vivem com o HIV estavam recebendo ART. Em 2017, menos de 1000 crianças (entre 0 e 14 anos) foram infectadas pelo HIV (UNAIDS, 2017).

O número de crianças nascidas com HIV no Brasil diminuiu constantemente na última década, com menos de 1.000 crianças infectadas pelo HIV em 2016. No entanto, um estudo de 2018 identificou oportunidades perdidas de prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho em pelo menos um terço das crianças. casos, particularmente entre as mulheres que vivem nas regiões mais pobres e menos desenvolvidas do país (BRASIL, 2018).

O Brasil implementa uma estratégia de redução de danos para atender às necessidades das pessoas que injetam drogas (às vezes chamadas de PWID). NSPs gratuitos são uma componente chave dessa estratégia. No entanto, houve uma redução no número de NSPs desde 2014 e a terapia de substituição de opiáceos (OST) permanece indisponível, apesar do OST ser uma intervenção comprovada de prevenção ao HIV. Em 2016, estima-se que 54% das pessoas que usam drogas injetáveis praticam de injeção (JOHNSON, 2016; UNAIDS, 2017).

Como parte de seus esforços para implementar a prevenção combinada, o Brasil realizou o primeiro programa piloto da região para profilaxia pré-exposição (PrEP) entre homens que fazem sexo com homens e mulheres transexuais. PrEP refere-se a antirretrovirais que são administrados a alguém que está em risco de transmissão do HIV antes de exposição potencial, que foi encontrada para reduzir significativamente a probabilidade de contrair o HIV.

O programa piloto mostrou uma captação de 51% de PrEP entre todos aqueles potencialmente elegíveis para recebê-lo, incluindo a captação de 67% entre as mulheres transexuais elegíveis e 78% entre aquelas que se auto referiram. As taxas de captação foram aumentadas quando os elegíveis tinham um parceiro estável (58%), avaliaram-se como estando em alto risco de adquirir o HIV (61%), e tiveram um teste de HIV no ano anterior (58%). Isso sugere que quanto maior o risco percebido de um indivíduo de HIV, maior a probabilidade de ele buscar e usar a PrEP (UNAIDS, 2017).

No Dia Mundial de Luta contra a Aids de 2017 (1º de dezembro), a PrEP gratuita para grupos populacionais chave e de alto risco foi disponibilizada em 35 locais no país.



Em 2018, 9.000 homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e pessoas transexuais estão recebendo a PrEP livre de mudanças através do Sistema Único de Saúde, o serviço nacional de saúde do Brasil. Dentro de cinco anos, o programa espera alcançar 54.000 pessoas de populações-chave (UNAIDS, 2017).

2.2 DISPONIBILIDADE DE TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (ARV) NO BRASIL

A cobertura de TARV (entre adultos com 15 anos ou mais) para o Brasil foi estimada em 60% em 2016.⁶³ Este é um aumento de 19% de 41% em 2013.⁶⁴ Entre os que vivem com HIV (860.000), cerca de 552.000 pessoas iniciaram o TARV. Isso equivale a 65% das mulheres e 64% dos homens que vivem com HIV em TARV. Em 2017, cerca de 45% das crianças que vivem com o HIV estavam recebendo ARV (UNAIDS, 2017).

Em 1996, o governo brasileiro tomou a decisão de tornar o tratamento antirretroviral universalmente disponível. No momento, a elegibilidade foi baseada na contagem de CD4, que indica o nível de HIV no corpo de alguém, de acordo com as diretrizes globais de tratamento. No entanto, desde 2013, o tratamento gratuito está disponível para todos os brasileiros que vivem com HIV, independentemente de sua contagem de CD4.⁶⁶ O tratamento e cuidados com o HIV são coordenados por uma rede descentralizada de especialistas, com a tarefa de prestar atendimento e serviços de qualidade às pessoas que vivem com HIV. Conhecidos como os Serviços de Assistência Especializada (SAE), existem mais de 700 dessas equipes localizadas em todos os estados brasileiros (JOHNSON, 2016).

Em 2017, o Brasil começou a fornecer dolutegravir (DTG), o nome genérico para um ARV que é mais eficaz do que outros ARVs com menos efeitos colaterais, para 100.000 pessoas. O Ministério da Saúde do Brasil comprou com sucesso a DTG com um desconto de 70%, reduzindo o preço por comprimido para US \$ 1,50 de US \$ 5,10. Como resultado, este novo medicamento será disponibilizado universalmente quando o orçamento de tratamento de US \$ 1,1 bilhão do país for aprovado.

Em 2017, 82% dos adultos e 79% das crianças estavam em TARV 12 meses após o início, e 59% das pessoas vivendo com HIV no Brasil tinham sido suprimidas por vírus. Isso é significativo porque, quando os níveis de HIV no corpo de alguém são baixos, é



menos provável que eles transmitam o HIV (se uma pessoa for suprimida por vírus, ela não poderá transmitir o HIV).

Estudo realizado em cinco centros de saúde brasileiros encontrou baixa adesão entre crianças e adolescentes HIV-positivos (0 a 18 anos) associada à menor qualidade de vida entre os cuidadores, uso excessivo de álcool e drogas entre os cuidadores, pior saúde mental entre crianças e adolescentes forma de altos níveis de ansiedade, e o contexto e o momento do diagnóstico do HIV, com melhor adesão encontrada entre aqueles diagnosticados pela triagem familiar.

Uma análise recente da presença de resistência aos medicamentos antes do tratamento entre mais de 1.500 pessoas recentemente diagnosticadas com HIV encontrou uma taxa moderada em todo o país, embora algumas cidades apresentem taxas mais altas de prevalência de resistência a drogas, chegando a 14% em São Paulo.

2.3 O PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL NO BRASIL

O papel que a sociedade civil tem desempenhado na resposta do HIV no Brasil é frequentemente citado como um dos principais impulsionadores de seu sucesso. O movimento da AIDS que tomou forma nos anos 80 reuniu a Igreja Católica progressista, o movimento de reforma sanitária e o movimento pelos direitos dos homossexuais.

Ao longo da década de 1990, essa coalizão conseguiu alcançar outros movimentos sociais, como os movimentos feministas e feministas de saúde, movimentos de minorias étnicas e pessoas que vivem com outras condições de saúde, como diabetes e problemas de saúde mental. Essa ampla base de apoio de apoio foi um fator-chave na decisão inovadora, feita pelo governo em 1996, de oferecer acesso universal à TARV.

Em algumas arenas, a interação entre a sociedade civil e o governo continua forte. Por exemplo, o Conselho Nacional de Direitos Humanos do Brasil é composto por 11 membros de várias agências governamentais e 11 da sociedade civil. Outros conselhos que usam esse modelo misto de governo e sociedade civil incluem o Conselho Nacional LGBT, o Conselho Nacional de Liberdade Religiosa, o Conselho Nacional de



Políticas de Igualdade Racial, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho Nacional para Refugiados.

No entanto, os brasileiros também sofrem graves violações de direitos humanos que refletem mal o respeito do país pelos atores da sociedade civil.

O Brasil é um dos 20 países mais afetados pela coinfeção TB e TB / HIV, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Foi o primeiro país de alta carga a oferecer TAR para todas as pessoas soropositivas com tuberculose.

Em 2016, 87.000 pessoas foram diagnosticadas com TB no Brasil, 13% das quais viviam com HIV, embora novas infecções de TB e TB / HIV estejam em declínio. Em 2015, menos de 50% dos pacientes com tuberculose que vivem com HIV tiveram acesso à TARV. Como resultado, 1.900 das mortes relacionadas à AIDS em 2016 foram resultado de TB.

2.4 BARREIRAS À RESPOSTA AO HIV NO BRASIL

Um grande trunfo da resposta do Brasil ao HIV tem sido a inclusão de uma perspectiva de direitos humanos, que se concentra em promover a visibilidade da saúde como um direito e abordar o estigma e a discriminação. Apesar disso, a violência e a discriminação social contra mulheres e meninas e populações-chave continuam sendo um desafio. O impacto disso na prevenção do HIV não pode ser subestimado. Por exemplo, em 2016, 12% das trabalhadoras do sexo disseram que evitavam os cuidados de saúde devido ao estigma e à discriminação.

As pessoas que são lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais (LGBTI) são particularmente propensas a experimentar estigma, discriminação e violência no Brasil.

O estigma e a discriminação do HIV ainda representam um importante obstáculo para o acesso a serviços de prevenção, tratamento e atenção ao HIV no país, especialmente no contexto de visões políticas cada vez mais conservadoras.

O Brasil é um país de renda média-alta com uma das 10 maiores economias do mundo. Financia sua resposta ao HIV inteiramente através de gastos públicos



domésticos.

O Brasil incorporou os requisitos de financiamento de sua resposta ao HIV em seu orçamento federal total, promovendo assim a sustentabilidade financeira. No entanto, em 2015, apenas 6% do seu orçamento de resposta ao HIV foi alocado para a prevenção eficaz. Este montante é insuficiente para obter os ganhos significativos na prevenção do HIV que o Brasil espera alcançar.

O agravamento da economia no Brasil levou a alguns cortes na resposta do país ao HIV. Em 2017, o número de médicos especialistas em HIV, alguns programas de prevenção de HIV e comitês de supervisão da sociedade civil sobre políticas de HIV foram reduzidos.

A resposta brasileira ao HIV recebeu aclamação internacional por sua abordagem abrangente de saúde pública, que produziu resultados dramáticos ao longo de quase 30 anos de implementação.

No entanto, o HIV e a AIDS continuam sendo um desafio significativo para o país. Isto é particularmente evidente no número de novas infecções e na escala da epidemia entre as principais populações afetadas. É preocupante a evidência emergente de que a vontade política de lidar com a epidemia do HIV está encontrando forte oposição na forma de um movimento evangélico socialmente conservador.

Em 2014, 74 representantes evangélicos conservadores foram eleitos para a câmara baixa do Congresso, com 513 cadeiras, o dobro do número eleito em 2006. Até 2017, os representantes evangélicos constituíam um terço desse corpo. Esses representantes e outras forças socialmente conservadoras têm sido eficazes no bloqueio de agendas progressistas, incluindo legislação destinada a penalizar a discriminação anti-LGBTI e os crimes de ódio. Se esse movimento em direção a políticas regressivas continuar, os ganhos mais duramente combatidos pelo Brasil sobre o HIV poderiam ser revertidos.



METODOLOGIA

Este estudo se configura como uma revisão da literatura, que tem como propósito identificar e descrever as publicações científicas brasileiras sobre o índice de HIV na terceira idade no Brasil. Em seguida, será realizada uma síntese de suas ideias alinhando-as e apurando-as de acordo com os objetivos.

Como ponto de partida, foi estabelecido uma pergunta norteadora afim de subsidiar a captura as publicações: Como evoluiu o índice de HIV na terceira idade no Brasil nos últimos 10 anos?

Para tal fim, foi realizada a busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando as bases Scielo (Scientific Electronic Library Online); Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde); PubMed (National Library of Medicine); BDEF (Bases de dados em Enfermagem) além de base de dados do Ministério da Saúde do Brasil e o portal Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Os termos escolhidos em conformidade com os Descritores em Ciências da Saúde (Decs) foram: Índice de HIV, Idoso, Terceira Idade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

FATORES DO HIV EM IDOSOS NO BRASIL

Idosos no Brasil (indivíduos com 60 anos ou mais) representaram 9,8% da população geral em 2005 e 14,0% em 2015. A invisibilidade da sexualidade entre os idosos implica diagnósticos tardios de HIV / AIDS nessa população. Os resultados do presente estudo conduzem a reflexões sobre a representatividade do HIV / AIDS para a saúde do idoso e contribuem com dados que auxiliem gestores, profissionais de saúde e outros que trabalham com a população idosa a repensarem suas atitudes durante o contato com esses indivíduos e estabelecer diálogo abordando questões relacionadas à atividade sexual, o que poderia ter impacto no diagnóstico precoce do HIV nessa



população (BRUNELLI CASSÉTTE et al., 2016; PINTO, 2017).

Muitos fatores de risco para a infecção pelo HIV são os mesmos para adultos de qualquer idade. No entanto, como muitas pessoas mais jovens, os adultos mais velhos podem não estar cientes dos fatores de risco para a infecção pelo HIV aos quais estão expostos. As formas mais comuns de espalhar o HIV são: sexo sem preservativo com alguém que é soropositivo ou cujo estado de HIV é desconhecido; a injeção de drogas e o uso de agulhas, seringas ou outros equipamentos de aplicação de drogas compartilhados com outras pessoas (NETO, SILVA, MEDEIROS, 2018).

Além disso, alguns fatores relacionados à idade também expõem os idosos ao risco de contrair a infecção pelo HIV. Por exemplo, idosos que retomam relacionamentos românticos após o divórcio ou a morte de seu parceiro podem não ter consciência do risco de infecção pelo HIV e não usar preservativos. O emagrecimento e a secura da vagina devido à idade podem aumentar o risco de infecção por HIV em mulheres mais velhas. Além disso, as mulheres que não se preocupam mais com a gravidez podem não usar o preservativo feminino ou pedir que o parceiro use o preservativo masculino durante o sexo (PINTO, 2017).

É recomendado que qualquer pessoa entre 13 e 64 anos de idade seja examinada pelo menos uma vez para a infecção pelo HIV e que as pessoas expostas a um alto risco de infecção sejam examinadas com mais frequência. O prestador de cuidados de saúde pode recomendar que seja testado para o HIV se tiver mais de 64 anos e estiver em risco de infecção pelo HI (BRUNELLI CASSÉTTE et al., 2016).

Por várias razões, as pessoas mais velhas são menos propensas a fazer o rastreamento da infecção por HIV (NETO, SILVA, MEDEIROS, 2018):

- Os profissionais de saúde podem não pensar em perguntar aos idosos sobre os fatores de risco para a infecção pelo HIV, incluindo a atividade sexual, e não recomendam o teste de rastreamento correspondente.
- Algumas pessoas idosas podem sentir vergonha de falar sobre o teste para a infecção pelo HIV com seus profissionais de saúde.
- Em adultos mais velhos, os sinais da infecção pelo HIV podem ser mal interpretados como sintomas de envelhecimento ou de condições relacionadas à idade. Como consequência, o teste de detecção citado geralmente não é oferecido a eles.



Por estas razões, a infecção pelo HIV é mais provável de ser diagnosticada tardiamente em muitos adultos mais velhos e, quando isso acontece, evolui para se tornar AIDS.

O tratamento com medicamentos anti-HIV é recomendado para todas as pessoas HIV-positivas, e essas recomendações são as mesmas para adultos mais velhos e mais jovens. Entretanto, fatores relacionados à idade podem dificultar o tratamento dessa infecção em idosos (NETO, SILVA, MEDEIROS, 2018; PINTO, 2017):

- A função do fígado e dos rins é reduzida com a idade. Isso pode tornar mais difícil para o organismo absorver drogas anti-HIV e aumentar o risco de efeitos colaterais.

- Adultos mais velhos que são HIV positivos podem ter outras condições, como diabetes e doenças cardíacas, que podem dificultar o manejo da infecção pelo HIV. Além disso, a infecção pelo HIV pode afetar o processo de envelhecimento e aumentar o risco de distúrbios relacionados à idade, como demência, osteoporose e alguns tipos de câncer. O uso simultâneo de medicamentos contra a infecção pelo HIV e outras condições pode aumentar o risco de interações medicamentosas e efeitos colaterais.

- Uma vez iniciada a TARV, o sistema imunológico pode não se recuperar tão rapidamente ou tão rapidamente em adultos mais velhos que tomam medicamentos antirretrovirais em comparação com pessoas mais jovens.

Apesar desses fatores relacionados à idade, alguns estudos mostraram que os adultos mais velhos aderem mais a seus esquemas de tratamento de HIV, isto é, que tomam seus medicamentos antirretrovirais todos os dias exatamente como prescrito, que os adultos mais jovens.

4.2 ÍNDICE DE HIV EM IDOSOS NO BRASIL

A tabela 1 mostra os casos de HIV notificados no SINAN segundo faixa etária, por ano do diagnóstico, de acordo com o “Boletim Epidemiológico HIV/Aids”, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS).

As fontes utilizadas para a obtenção dos dados são: (1) as notificações compulsórias dos casos de HIV e de aids no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), (2) os óbitos notificados com causa básica por HIV/aids (CID10: B20 a B24) no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), (3) os registros do Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (Siscel) e (4) os registros do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). Ressalte-se que algumas variáveis, como categoria de exposição, são analisadas exclusivamente com dados oriundos do Sinan, pois os outros sistemas não apresentam esses campos em suas respectivas fichas (BRASIL, 2018)

A infecção pelo HIV e a aids fazem parte da Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016), sendo que a aids é de notificação compulsória desde 1986 e a infecção pelo HIV é de notificação compulsória desde 2014; assim, na ocorrência de casos de infecção pelo HIV ou de aids, estes devem ser reportados às autoridades de saúde. A despeito dessa obrigatoriedade, com o emprego do método probabilístico de relacionamento de bancos de dados, utilizado na geração das informações constantes neste Boletim, tem-se observado ao longo dos anos uma diminuição do percentual de casos de aids oriundos do Sinan; no ano de 2017, dos 37.791 casos de aids detectados, 55,6% provieram do Sinan, 7,4% do SIM e 37,0% do Siscel (BRASIL, 2018).

Tabela 1: Casos de HIV (número e percentual) notificados no SINAN segundo faixa etária, por ano do diagnostico. Brasil, 2007-2018.

Variável	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Faixa etária																										
Masculino																										
< 5 anos	17	0,4	22	0,5	23	0,4	19	0,3	20	0,2	26	0,3	32	0,2	40	0,2	27	0,1	39	0,1	36	0,1	13	0,1	314	0,2
5 a 9 anos	4	0,1	7	0,1	10	0,2	12	0,2	10	0,1	11	0,1	12	0,1	12	0,1	8	0,0	9	0,0	10	0,0	3	0,0	108	0,1
10 a 14 anos	8	0,2	7	0,1	15	0,3	16	0,2	15	0,2	14	0,2	12	0,1	30	0,1	25	0,1	29	0,1	29	0,1	11	0,1	211	0,1
15 a 19 anos	105	2,4	176	3,7	183	3,5	245	3,8	343	4,2	469	5,1	665	5,1	1137	5,5	1529	5,8	1584	5,6	1724	5,6	653	5,2	8813	5,2
20 a 24 anos	561	13,1	714	15,1	826	15,6	1034	15,9	1350	16,7	1656	18,1	2439	18,6	4010	19,4	5594	21,2	5950	20,9	6670	21,8	2682	21,4	33486	19,7
25 a 29 anos	795	18,5	919	19,4	1067	20,1	1301	20,1	1626	20,1	1837	20,1	2609	19,9	4312	20,8	5461	20,7	5820	20,4	6368	20,8	2564	20,5	34679	20,4
30 a 34 anos	790	18,4	805	17,0	904	17,1	1148	17,7	1406	17,4	1589	17,4	2273	17,4	3422	16,5	4238	16,0	4482	15,7	4758	15,5	1907	15,2	27722	16,3
35 a 39 anos	723	16,8	677	14,3	744	14,0	838	12,9	1049	13,0	1075	11,7	1609	12,3	2537	12,3	3062	11,6	3422	12,0	3522	11,5	1481	11,8	20739	12,2
40 a 44 anos	513	11,9	538	11,4	592	11,2	687	10,6	843	10,4	897	9,8	1171	9,0	1740	8,4	2152	8,1	2265	8,0	2486	8,1	1035	8,3	14919	8,8
45 a 49 anos	351	8,2	370	7,8	419	7,9	503	7,8	583	7,2	664	7,3	914	7,0	1306	6,3	1639	6,2	1810	6,4	1824	5,9	763	6,1	11146	6,6
50 a 54 anos	190	4,4	219	4,6	215	4,1	286	4,4	377	4,7	412	4,5	527	4,0	916	4,4	1101	4,2	1238	4,3	1353	4,4	580	4,6	7414	4,4
55 a 59 anos	93	2,2	112	2,4	128	2,4	170	2,6	187	2,3	204	2,2	329	2,5	503	2,4	654	2,5	794	2,8	794	2,6	327	2,6	4295	2,5
60 e mais	95	2,2	109	2,3	110	2,1	150	2,3	184	2,3	199	2,2	333	2,5	541	2,6	716	2,7	825	2,9	857	2,8	393	3,1	4512	2,7
Ignorado	49	1,1	52	1,1	66	1,2	78	1,2	97	1,2	103	1,1	155	1,2	203	1,0	233	0,9	217	0,8	228	0,7	93	0,7	1574	0,9
Total	4294	100,0	4727	100,0	5302	100,0	6487	100,0	8090	100,0	9156	100,0	13080	100,0	20709	100,0	26439	100,0	28484	100,0	30659	100,0	12505	100,0	169932	100,0

Fonte: Brasil (2018).

De acordo com a tabela 1, o número de casos de HIV registrados na população acima de 60 anos aumentou de 95 em 2007 para 4512 em 2018.



Como os pacientes mais velhos têm durações mais longas da infecção pelo HIV, esperava-se que essa população estivesse em TARV por um período maior de tempo. De acordo com as diretrizes brasileiras, a HAART baseada em NNRTI deve ser o regime de primeira linha preferido e os regimes de IP como regimes de segunda linha e de resgate. Isso poderia explicar a maior prevalência de indivíduos mais jovens em ITRNN, enquanto entre pacientes idosos e idosos os regimes baseados em IP foram mais amplamente utilizados. Isso também foi observado para o uso de novas drogas (enfuvirtide, raltegravir, etravirine e darunavir), embora seu uso geral ainda seja baixo em todas as faixas etárias. Isso pode ser atribuído ao fato de que essas novas drogas só podem ser usadas como esquemas de resgate de acordo com as diretrizes brasileiras de TARV (BRUNELLI CASSÉTTE et al., 2016).

É importante ressaltar que o estilo de vida das pessoas que vivem com o HIV pode ser diferente dentro do próprio contexto do HIV e também quando comparado à população em geral. Além disso, o impacto dos fatores de risco tradicionais também pode diferir entre grupos distintos de pessoas que vivem com o HIV, como na população em geral. Essas diferenças podem afetar a frequência e os resultados das diferentes comorbidades. Finalmente, essas diferenças podem ser cruciais para definir melhores estratégias de prevenção, identificação precoce e tratamento das comorbidades (PINTO, 2017).

Os presentes resultados revelam uma mudança no perfil epidemiológico da pandemia de HIV / AIDS nas últimas décadas entre a população idosa brasileira, demonstrando a vulnerabilidade dessa parcela da população às DST / HIV / aids. Esse fenômeno está associado a transformações biopsicossociais, avanços na tecnologia de comunicação e ao estabelecimento de laços sociais e emocionais que têm impacto positivo nas relações do dia-a-dia, incluindo amor e relações sexuais. Nesse contexto, a prevenção de DST / HIV / AIDS e informações sobre a contração de doenças e a importância de cuidar da saúde são questões relevantes a serem discutidas com essa faixa etária.

A interação entre medicamentos tomados para as condições de saúde comuns a essa população é outro aspecto importante a ser abordado, pois medicamentos antirretrovirais podem complicar a saúde do idoso, levando à não adesão a esses



medicamentos para o HIV / AIDS. O preconceito social, os baixos níveis de renda e escolaridade, o uso de álcool e drogas e relações sexuais desprotegidas caracterizam a vulnerabilidade social. Esse cenário indica que uma grande parcela da população com 60 anos ou mais no Brasil está além do alcance de campanhas on-line e de estratégias mal integradas que discutem riscos e prevenção (PINTO, 2017).

Assim, as campanhas de prevenção de DST / HIV / AIDS não atingiram totalmente suas metas, seja por atingir principalmente os jovens ou por não reconhecer a sexualidade na população mais velha. No entanto, trata-se de uma questão macro que envolve, acima de tudo, os pilares da prevenção e da atenção à saúde. Além disso, os profissionais de saúde e outros que trabalham com métodos de prevenção devem enfrentar o desafio de compreender as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas relacionadas ao HIV / AIDS, que envolvem também comportamentos sexuais entre gêneros e grupos geracionalmente distintos, bem como mudanças de atitudes em relação à sexualidade. adultos mais velhos. Este ponto ressalta a importância da formação de equipes interdisciplinares por meio de políticas de educação permanente, a fim de ampliar a compreensão e a eficácia dos profissionais de saúde frente às DST / HIV / AIDS (JOHNSON, 2016).

Há também a necessidade de envolver tanto a rede de atenção pública quanto a privada, englobando serviços de hospedagem, triagem, consultas e oferta de bens e serviços direcionados ao diagnóstico precoce do HIV / AIDS, que é de fundamental importância para o tratamento e prognóstico. Em primeiro lugar, é necessário considerar três grupos plausíveis: 1) idosos com diagnóstico clínico de HIV / AIDS; 2) aqueles que contraíram o HIV / AIDS antes de atingirem os 60 anos de idade e permanecerem assintomáticos ou não diagnosticados; e 3) aqueles que recentemente adquiriram HIV após atingirem os 60 anos de idade e estão em fase de desenvolvimento da AIDS.

Este estudo oferece informações e serve de alerta aos gestores, profissionais de saúde e outros que trabalham na prevenção do HIV / AIDS na população idosa para repensarem suas atitudes durante o contato com esses indivíduos e estabelecerem questões dialógicas relacionadas à atividade sexual, que poderiam impactar no diagnóstico precoce do HIV nessa população.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo demonstram que o número de casos de HIV e aids entre indivíduos com 60 anos ou mais aumentou nas últimas décadas. Este fato ressalta a necessidade de políticas públicas e estratégias efetivas direcionadas a esse grupo voltadas para a prevenção, manejo e adesão ao tratamento para DST / HIV / AIDS, bem como o acompanhamento longitudinal de idosos atendidos em serviços públicos e privados, com a notificação de casos de DST / HIV / AIDS.

É importante destacar que o envelhecimento da população está associado a mudanças no comportamento sexual, bem como a uma menor percepção de risco entre os idosos, o que pode contribuir para o aumento dos casos de HIV e AIDS nessa faixa etária. Além disso, a presença de outras condições crônicas comuns na terceira idade pode complicar o tratamento e manejo do HIV, exigindo uma abordagem multidisciplinar para garantir a qualidade de vida desses pacientes. Portanto, campanhas educativas específicas para idosos, treinamento contínuo dos profissionais de saúde e a integração dos serviços de atendimento são fundamentais para lidar com esse desafio emergente.

Ademais, a subnotificação e o estigma associado ao HIV/AIDS entre os idosos representam barreiras significativas para a implementação de estratégias eficazes de prevenção e tratamento. A ampliação do acesso a testes de HIV e o incentivo ao diagnóstico precoce são cruciais para reduzir a transmissão e melhorar os desfechos clínicos. Também é necessário promover a conscientização sobre a importância do uso de preservativos e a adesão ao tratamento antirretroviral, não apenas para prolongar a vida dos pacientes, mas também para diminuir a carga viral e reduzir o risco de transmissão.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Boletim Epidemiológico HIV/Aids, do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS). 2018. Disponível em:



<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>. Acesso em mar. de 2024.

BRUNELLI CASSÉTTE, Júnia et al. HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, n. 5, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/4038/403848026003/>. Acesso em mar. de 2019.

CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, p. 3331-3338, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016001103331&script=sci_arttext. Acesso em mar. de 2024.

JOHNSON, Débora. HIV na terceira idade. Saber Científico, Porto Velho, V., n., p. – , mês./mês. 2016.

<http://repositorio.saolucas.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1747/D%C3%A9bora%20Johnson%20-%20HIV%20na%20terceira%20idade.pdf?sequence=1t>. Acesso em mar. de 2024.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Databook. 2017. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf. Acesso em mar. de v

NETO, Vilberto Tenório Valença; SILVA, Andréa Beatriz Oliveira da; MEDEIROS, Caroline Sanuzi Quirino de. Prevenção do HIV/AIDS na terceira idade: uma revisão integrativa da literatura. Trabalho de Conclusão de Curso – FACIPE. 2018. Disponível em: <http://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/handle/set/2076>. Acesso em mar. de 2024.

PINTO, Flávia Kelli Alvarenga. Perfil Epidemiológico de HIV/aids nos idosos no Brasil e o envelhecimento associado à infecção do HIV e à Terapia Antirretroviral. 2017.