



Caracterização de população com 50 anos ou mais atendida em serviço de referência em HIV/Aids, Brasil

*Characterization of a population aged 50 and over attending a reference HIV/Aids
specialty clinic, Brazil*

Tiago Cristiano de LIMA¹
Maria Isabel Pedreira de FREITAS¹

RESUMO

Objetivo

Caracterizar sociodemográfica e clinicamente uma população de 50 anos ou mais, portadora do vírus da imunodeficiência humana.

Métodos

Estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa e corte transversal. Utilizou-se instrumento testado e validado quanto ao conteúdo para coleta de dados. Associações e comparações entre variáveis foram realizadas por meio dos testes Qui-quadrado, Exato de Fisher, Mann-Whitney e Kappa.

Resultados

Cento e nove pacientes, predominantemente do sexo masculino (57,8%), com idade média de 55,78 anos, sem união estável (65,1%), católicos (65,1%) e responsáveis pela manutenção do domicílio (81,7%) foram entrevistados. Foi observada relação estatisticamente significativa entre abandono de tratamento e escolaridade. Os

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. R. Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, 13084-971, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: TC LIMA. E-mail: <doslima@hotmail.com>.

entrevistados apresentaram condição clínica satisfatória, considerando-se as possíveis alterações relacionadas à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana.

Conclusão

Prevaleceu como via de infecção a sexual para ambos os sexos. O que está registrado no prontuário do paciente difere significativamente do seu relato sobre a presença de doenças oportunistas. Houve associação significativa entre baixa escolaridade e abandono de tratamento. A forma fluida e sincera dos depoimentos dos participantes durante as entrevistas surpreendeu os pesquisadores.

Termos de indexação: HIV. Idoso. Perfil sociodemográfico. Síndrome de Imunodeficiência.

ABSTRACT

Objective

This study investigated the clinical and sociodemographic characteristics of a population aged 50 years or more with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome.

Methods

This exploratory, quantitative, cross-sectional study used a tested and validated instrument for data collection. The variables were compared and tested for associations by the Chi-square, Fisher's exact, and Mann-Whitney tests and Kappa statistic.

Results

The study interviewed 109 patients with a mean age of 55.78 years. Most were males (57.8%), Catholics (65.1%), single (65.1%), and heads of household (81.7%). Education level and treatment adherence were positively associated. Their clinical condition was satisfactory, considering the problems caused by human immunodeficiency virus infection.

Conclusion

Sexual human immunodeficiency virus transmission prevailed for both genders. The patients' medical records differed significantly from their reported opportunistic infections. Education level and treatment adherence were positively associated. The patients' openness and honesty during the interviews were unexpected.

Indexing terms: HIV. Aged. Immunodeficiency syndrome. Sociodemographic profile.

INTRODUÇÃO

A epidemia causada pelo *Human Immundeficiency Virus* (HIV), vírus da imunodeficiência humana, representa fenômeno global, dinâmico e instável: a forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, dentre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo¹.

Estima-se que existam mais de 36 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo e já se contabilizam mais de 16 milhões de óbitos. Na

região da América Latina e do Caribe, estima-se haver aproximadamente 1,4 milhão de pessoas infectadas pelo HIV, e, na região que compreende os estados-partes do Mercosul, concentram-se de 650 a 700 mil pessoas entre os 15 e 49 anos infectadas².

Como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV no País revela uma epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil.

Inicialmente apresentou-se como epidemia restrita a alguns círculos cosmopolitas das denominadas metrópoles nacionais - São Paulo e Rio de Janeiro -, marcadamente masculina, atingindo prioritariamente homens com prática homossexual e indivíduos hemofílicos. Atualmente é caracterizada por um quadro que evidencia suas principais tendências: heterossexualização, feminização, envelhecimento e pauperização do paciente^{1,3}.

Visto, a princípio, como específico de indivíduos jovens e considerados de "grupos de risco", o vírus passou a atingir qualquer pessoa da sociedade, independentemente de sexo e idade, sendo a via de transmissão heterossexual uma importante característica na dinâmica da epidemia^{3,4}.

A terapia antirretroviral de alta potência, somada às ações de prevenção e controle da infecção pelo vírus da Aids, tem causado alterações no padrão da doença⁵. Observa-se uma mudança na história natural da patologia, que passou de um desfecho letal rápido, com características uniformes, para uma doença controlável, com caráter crônico, tendo atualmente evolução prolongada⁶.

O aumento no número de casos de Aids entre adultos mais velhos tem sido relatado no mundo inteiro⁷⁻⁹. No Brasil, entre os anos de 1996 e 2006, a taxa de incidência, por 100 mil habitantes, na faixa etária de 50-59 anos, passou de 17,9 para 29,3 entre os homens, e de 6,0 para 17,3 entre as mulheres. No mesmo período, houve um aumento na taxa de incidência entre indivíduos com mais de 60 anos. Entre os homens², o índice por 100 mil habitantes passou de 5,9 para 8,8, e, entre as mulheres, cresceu de 1,7 para 5,1. Esse fato pode estar relacionado à nova geração de idosos, que têm recursos para prolongar a qualidade de vida, prolongando, conseqüentemente, a vida sexual, e à existência do tabu de se falar sobre sexualidade nessa faixa etária. Esses casos de infecção pelo HIV ocorrem na maioria das vezes por contaminação sexual e, quase sempre, entre heterossexuais^{8,9}.

São fatores de risco para transmissão e contaminação pelo vírus nessa população: o aumento no número de pessoas idosas sexualmente

ativas, porém com prática sexual não segura, pois não utilizam proteção nas relações sexuais^{10,11}; uso de bebida alcoólica e de drogas¹²; falta de conhecimento em relação aos riscos de contaminação pelo HIV e à necessidade de prevenção¹³; despreparo dos profissionais de saúde para identificar a pessoa idosa como sexualmente ativa, desperdiçando a oportunidade de oferecer as informações necessárias para prevenção da doença¹³; preconceito e estigma para com essa população, por parte dos familiares e dos amigos, no que se refere à sexualidade e à presença de doença sexualmente transmissível^{10,11}.

Outros fatores importantes que podem contribuir para o envelhecimento da população infectada pelo HIV dizem respeito aos avanços tecnológicos e ao maior conhecimento da etiopatogenia, o que permitiu o surgimento de novas propostas de intervenções diagnósticas, profiláticas e terapêuticas, as quais tem garantido o expressivo aumento da sobrevivência dos doentes¹⁴.

Nesse contexto, é importante reconhecer que a Aids na pessoa idosa configura-se como um fenômeno social de amplas proporções, impactando princípios morais, religiosos e éticos, procedimentos de saúde pública e de comportamento privado, questões relativas à sexualidade, ao uso de drogas e à moralidade conjugal, que exigem profissionais críticos, abertos a novos valores, capacitados em relação à complexidade do vírus e da doença por ele provocada, e com conhecimento das políticas de saúde^{6,15,16}.

Assim, para direcionar adequadamente seu trabalho com esse grupo de pacientes, o profissional de saúde deve estar voltado para o reconhecimento das características dessa nova geração de idosos com Aids. Essas informações devem subsidiar ações educativas voltadas para a melhoria da assistência prestada e, principalmente, para atuar de forma preventiva com essa população.

Para o delineamento dessas intervenções, entretanto, torna-se indispensável a caracterização precisa desse grupo de sujeitos. Dada a escassez de estudos correlatos, decidiu-se pela realização deste

trabalho, que teve por objetivo caracterizar sociodemográfica e clinicamente uma população de 50 anos ou mais, portadora do HIV.

MÉTODOS

Estudo do tipo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa e corte transversal.

A população foi constituída por pacientes ambulatoriais do complexo de atendimento à saúde da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), no interior do Estado de São Paulo, Brasil. O período de coleta de dados foi de outubro de 2008 a janeiro de 2009.

Foram incluídos no estudo pacientes soropositivos para o HIV, com 50 anos ou mais, com capacidade cognitiva para entender com clareza as perguntas feitas pelo pesquisador e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após terem sido orientados sobre a pesquisa. Foram excluídos do estudo os pacientes que se recusaram a assinar o TCLE e os que haviam participado do teste-piloto durante o processo de elaboração do instrumento para coleta de dados.

O tamanho da amostra foi determinado pelo número de pacientes atendidos no período de tempo estabelecido, de outubro de 2008 a janeiro de 2009. O instrumento utilizado para a entrevista foi testado e validado por peritos quanto ao seu conteúdo.

Os pacientes foram abordados individualmente em local privativo e esclarecidos quanto ao objetivo do trabalho. A todos os participantes foi solicitada a assinatura do TCLE, sendo assegurado o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou retirar-se dela a qualquer tempo, sem que houvesse qualquer risco ou prejuízo. Após a anuência, foi realizada a entrevista.

Os dados inseridos em planilha do programa Microsoft Excel foram posteriormente analisados pelo programa computacional *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) for Windows, versão 10.0 e 15.0 (SPSS Inc, 1989-1999, Chicago, IL, USA), sob orientação do Serviço de Estatística da Comissão de

Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Utilizaram-se os testes estatísticos Qui-quadrado ou Exato de Fisher; quando indicado, Mann-Whitney e Kappa para análise de associação e comparação entre variáveis. O nível de significância adotado foi de 5%.

Esta pesquisa teve seu projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, sob Parecer nº 275/2007, homologado em reunião realizada em 26 de junho de 2007, e segue os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, assim como os requisitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que determina as diretrizes a serem seguidas por pesquisas que envolvem seres humanos.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 109 sujeitos. Observou-se que, ao final do quarto mês, quase todos os pacientes que se apresentavam para serem atendidos nos ambulatórios já haviam participado da entrevista, não havendo mais novos casos. O período aproximado para aplicação do instrumento variou de 20 a 40 minutos.

A população estudada foi composta predominantemente por sujeitos do sexo masculino (57,8%); com idade média de 55,78 anos (Desvio-Padrão-DP=5,10), variando entre 50 e 74 anos; com média de 6,13 anos completos de estudo (DP=3,67): no mínimo um ano, e no máximo 12. A renda familiar média referida foi de R\$1.486,93 reais, com um valor mínimo de R\$300,00 e um valor máximo de R\$8.000,00. A maioria não tinha união estável (65,1%), era católica (65,1%) e 81,7% referiram residir com uma ou mais pessoas, e eram os responsáveis pela manutenção do domicílio.

A respeito da doença, 65 (59,6%) sujeitos tinham conhecimento dela havia mais de nove anos; 58 (53,2%) faziam tratamento havia mais de nove anos e 95 (87,2%) relataram sentir-se bem com o tratamento recebido.

A forma como vieram a ter conhecimento de estar com a doença difere significativamente entre homens e mulheres (Teste Exato de Fisher com $p=0,001$), uma vez que, com eles, ocorreu durante uma consulta médica de rotina e/ou coleta de exames laboratoriais ambulatorialmente (54% dos homens). Dentre as mulheres, vieram a saber sobre sua doença pela solicitação de sorologia para detecção do HIV, após terem se relacionado com uma pessoa portadora do vírus (43,5% das mulheres).

A população refere ter adquirido a doença predominantemente (68,8%) pela relação sexual com parceiros contaminados. Quando questionados sobre a presença de doenças oportunistas relacionadas ao HIV, 105 (97,2%) referiram não ter nenhuma doença.

Existe diferença significativa entre as doenças oportunistas que o sujeito referiu ter e o que estava registrado em seu prontuário (Kappa=0,25 com $p=0,004$). Dezoito pacientes apresentaram registro em seus prontuários de doenças oportunistas em tratamento, no entanto apenas três referiram ter alguma doença oportunista no momento da entrevista (Tabela 1).

Vinte e três entrevistados (21,1%) disseram já ter abandonado o tratamento devido às reações adversas relacionadas aos medicamentos antirretrovirais, à crença de já estarem curados e ao desejo de morrer. Todos apresentaram piora em seu estado de saúde com o abandono, sendo essa piora do quadro clínico a razão pela qual voltaram a se tratar.

Neste estudo, foi observada diferença estatisticamente significativa na escolaridade entre os sujeitos que abandonaram o tratamento e aqueles que não o fizeram (Tabela 2). Os sujeitos que abandonaram tinham menor número de anos de estudo quando comparados aos que não abandonaram.

Ao ser avaliada a condição clínica, observou-se estado satisfatório das possíveis alterações relacionadas à infecção pelo HIV, uma vez que 82,6% apresentavam carga viral indetectável; 45,0% e 40,4% apresentavam contagem de células CD4 maior que $500/mm^3$ e de $200/mm^3 - 500/mm^3$ respectivamente, e 82,6% não apresentavam doenças oportunistas relacionadas ao HIV no momento da entrevista. Entretanto, 79,8% dessa

Tabela 1. Doenças oportunistas: análise comparativa entre os registros do prontuário e o relato do sujeito. Campinas (SP), 2008-2009.

		Doença oportunista referida pelo paciente				Total	
		Não		Sim			
		n	%	n	%	n	%
Doença oportunista registrada no prontuário	Não	90	83,3	0	0,0	90	83,3
	Sim	15	13,9	3	2,8	18	16,7
Total		105	97,2	3	2,8	108	100,00

Nota: Kappa: 0,25; $p=0,004$.

Tabela 2. Comparação da escolaridade (anos de estudo) entre os sujeitos que abandonaram o tratamento (n=21) e os que não abandonaram (n=78). Campinas (SP), 2008-2009.

Abandono de tratamento	Anos de estudo					
	n	M	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
Não	78	6,69	3,79	5	1	12
Sim	21	4,05	2,22	4	1	11
Total	99	6,13	3,67	4	1	12

Nota: Teste de Mann-Whitney com $p=0,007$; M: Média; DP: Desvio-Padrão.

população apresentavam alguma outra doença não relacionada à Aids, a saber: dislipidemia e lipodistrofia (36,0%), hipertensão (30,0%), neuropatias (16,0%) e diabetes tipo II (15,0%). Faziam uso de medicamentos não antirretrovirais 60,6%, com destaque para anti-hipertensivos (27,0%), antibióticos/antiparasitários (17,0%) e hipoglicemiantes orais/insulina (11,0%). Faziam uso de medicamentos antirretrovirais 96,3%, sendo os mais utilizados a Lamivudina (80,0%), a Zidovudina (60,0%), o Efavirenz (42,0%) e o Tenofovir (40,0%).

DISCUSSÃO

No início deste estudo, a maior preocupação foi a identificação das principais características sociodemográficas e clínicas apresentadas por essa população a fim de direcionar o planejamento para a assistência à saúde, voltada às particularidades apreendidas, o que otimiza o papel do enfermeiro diante da população de risco ou infectada. No entanto, no decorrer do estudo, observou-se que não somente os indivíduos sabidamente contaminados necessitam atenção individualizada, como principalmente os idosos não contaminados. Há necessidade de se ter esse olhar diferenciado do modelo biológico hegemônico para se estabelecer uma assistência voltada a suas reais características.

Um entrave para a redução de riscos de contaminação pelo HIV em pessoas acima de 50 anos é a inadequação da linguagem utilizada, além da crença de que a Aids ainda é restrita aos mais jovens^{12,13}. Em estudo realizado por Brasileiro & Freitas¹⁷, constatou-se que o profissional de saúde não acredita que o idoso possa estar infectado com o HIV e, por isso, não pede imediatamente o exame diante dos primeiros sintomas.

Os profissionais de saúde só estão preparados para lidar com doenças consideradas próprias da velhice: hipertensão, diabetes, cardiopatias e outras, o que corrobora a necessidade de novos trabalhos que abordem tópicos ainda pouco explorados junto a esses sujeitos, como a sexualidade e suas características epidemiológicas, por exemplo⁹.

No início da epidemia de HIV no Estado de São Paulo, a imensa maioria dos casos ocorria em homens, e os coeficientes de incidência no sexo masculino eram expressivamente maiores do que no sexo feminino; mas houve um aumento tão expressivo no número de casos em mulheres que a relação masculino/feminino, que em 1984 era de 27/1, aproxima-se de 2/1 em 1997 e vem se mantendo nesse patamar, apresentando a partir de então ligeira queda ano a ano⁴. Neste estudo, observou-se predomínio de pessoas do sexo masculino (57,8%).

Houve predomínio de pessoas sem união estável (solteiros, separados e viúvos) (65,1%), residentes com uma ou mais pessoas (81,7%) e responsáveis pelo sustento da casa (69,7%). Esses dados são semelhantes aos encontrados por Zornitta⁹ em estudo realizado com idosos portadores de HIV no Rio de Janeiro, onde 71% dos sujeitos não tinham união estável - eram solteiros, viúvos ou separados -, porém diferem dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁸, que afirma que nessa faixa etária predominam os casados ou com união estável. Já o fato de residirem com uma ou mais pessoas e serem os responsáveis pelo sustento da casa está de acordo com o que apontam as estatísticas do IBGE¹⁸: a população em idade mais avançada torna-se a responsável pelo sustento da casa.

Os entrevistados referiram ser católicos (65,1%), e apenas quatro (3,7%) disseram não ter nenhuma religião. Acredita-se que o fato de o sujeito ter uma religião pode ajudá-lo a aceitar melhor sua condição de saúde e a seguir comportamentos "considerados adequados". No entanto, constatou-se, durante a coleta de dados, que não basta o entrevistado afirmar ter uma religião, é necessário também investigar a prática dessa crença, pois muitas pessoas dizem ter uma religião por questões familiares ou sociais, mas não são praticantes, o que pode ser semelhante a não se ter uma religião. No presente estudo, apenas foi questionado se o sujeito tinha ou não uma religião. Fica a sugestão da necessidade de se explorar melhor essa questão em estudos futuros.

Em relação às condições socioeconômicas e educacionais das pessoas acometidas pelo HIV, a escolaridade e a ocupação têm sido usadas como marcadores das condições socioeconômicas dos pacientes com Aids. A síndrome aparece em todas as camadas sociais, tendo havido ao longo dos anos um aumento do número de casos entre pacientes com escolaridade mais baixa e ocupação menos qualificada⁴.

Além do nível de instrução e da ocupação, a renda também está entre os indicadores mais importantes para mensurar o nível socioeconômico associado à saúde¹⁹. Essas variáveis têm em comum o fato de evidenciarem a estratificação social, pois os indivíduos ocupam uma posição de hierarquia social de acordo com sua ocupação, renda e nível educacional²⁰. A média da renda familiar referida pela população do estudo foi de R\$1.486,93. O fenômeno da pauperização tem sido caracterizado pelo aumento da proporção de casos de Aids em indivíduos de baixa escolaridade. Estudos que discutem a pauperização da epidemia de Aids no Brasil revelam que, nos últimos anos, os casos têm ocorrido com maior frequência em analfabetos e pessoas que cursaram apenas o primeiro grau²¹. No presente estudo, dez pacientes referiram não ter estudado; o restante completou em média 6,13 anos de estudo. No estudo de Pottes *et al.*⁹, a maioria dos indivíduos tinha baixa escolaridade, tendo cursado, no máximo, ensino fundamental ou primeiro grau.

O nível educacional expressa diferenças entre pessoas em termos de acesso à informação e de perspectivas e de possibilidades de se beneficiarem de novos conhecimentos¹⁹. É inegável que alguns parâmetros para se alcançar uma maior qualidade de prevenção e assistência, tais como o acesso à educação e aos métodos preventivos, estão diretamente ligados à situação socioeconômica da população. No presente estudo, constatou-se que a escolaridade dos entrevistados teve influência significativa no abandono de tratamento, ou seja, as pessoas que abandonaram o tratamento tinham menor nível de escolaridade quando comparadas àquelas que não o fizeram.

Assim, ao se planejar a assistência ao idoso, seja ele portador ou não de HIV, essas questões devem ser levadas em consideração. Corroborando com esse ponto de vista um estudo em que foram avaliados trabalhos que abordavam a educação das pessoas mais velhas para reduzir os fatores de risco para contaminação pelo HIV^{12,13}. Os autores verificaram a necessidade de se discutirem e se adequarem as formas utilizadas para abordar pessoas mais velhas sobre o assunto em questão, uma vez que essa população apresenta alterações em seu estado geral de vida, as quais necessitam ser consideradas, tais como alterações fisiológicas, culturais, sociais, dentre outras.

No que diz respeito à condição clínica do paciente com HIV, após a instituição do tratamento antirretroviral, basicamente três aspectos podem caracterizar falha ou sucesso terapêutico: a evolução da carga viral, da contagem de linfócitos controladores de toda a resposta imunitária (T-CD4+) e a ocorrência de eventos clínicos. A contagem de linfócitos T-CD4+ é utilizada como marcador do estado imunológico dos indivíduos. Já a quantificação da Carga Viral (CV)²² serve como marcador do risco de queda subsequente nas contagens T-CD4+, ou seja, a presença de CV elevada auxilia a prever a queda futura na contagem T-CD4+. Ao avaliar essa condição dos entrevistados, observou-se um estado satisfatório no que diz respeito ao comprometimento imunológico causado pelo HIV, uma vez que 82,6% apresentavam carga viral indetectável; 45,0% e 40,4% apresentavam contagem de células CD4 maior que 500/mm³ e de 200/mm³ - 500/mm³, respectivamente, e 82,6% não apresentam doenças oportunistas relacionadas ao HIV no momento da entrevista.

Dados diferentes foram observados no estudo realizado por Gonçalves & Castro²³ ao traçarem o perfil epidemiológico dos pacientes com 60 anos ou mais portadores de HIV atendidos no hospital de doenças tropicais de Goiânia (GO). As autoras verificaram que 81,3% de sua amostra apresentavam alguma manifestação relacionada às doenças oportunistas, o que lhes chamou a atenção para o

fato de que na terceira idade o corpo encontra-se mais frágil e ainda mais vulnerável ao aparecimento das doenças oportunistas, o que pode levar esses pacientes ao óbito precoce.

O aparecimento dos distúrbios metabólicos devido ao uso de antirretrovirais vem modificando o cuidado com a síndrome. O tratamento com essas medicações pode acarretar o aparecimento de algumas condições associadas a maior risco de eventos vasculares, tais como dislipidemias, lipodistrofias, hipertensão arterial, resistência à insulina e intolerância à glicose. Assim, a investigação da presença de risco cardiovascular entre pessoas com infecção pelo HIV tem potenciais benefícios na modificação do estilo de vida e auxilia a abordagem clínica desses pacientes²².

Zornitta⁹ refere-se ao grande desafio presente na atual situação dos pacientes soropositivos, em especial dos idosos, que trazem consigo os distúrbios de saúde comuns a essa faixa etária (hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares) e são submetidos à terapia antirretroviral, o que pode agravar sua condição de saúde e bem-estar. Portanto, é de fundamental importância que o profissional de saúde que atende essa população esteja preparado para identificar possíveis complicações e as doenças associadas. Uma vez que o envelhecimento é caracterizado pela polifarmácia, também é importante saber de quais medicamentos os pacientes fazem uso, se existe ou não interação entre eles e quais os cuidados específicos para cada um, visto que muitos antirretrovirais apresentam particularidades em sua administração.

Neste contexto de educação para a saúde, faz-se necessário um trabalho de parceria entre paciente e profissional de saúde, pois se o indivíduo não estiver disposto a participar de seu tratamento, será grande a chance de insucesso. Para tanto, é importante ouvir os anseios do paciente, sua condição de saúde, os problemas que apresenta e compartilhar o cuidado que se pretende prestar, pois assim ele será preparado para o autocuidado e para identificar possíveis complicações em sua saúde: esse é fundamentalmente o papel do enfermeiro como líder da equipe de enfermagem.

Neste trabalho, identificou-se uma lacuna que necessita ser trabalhada para poder prosseguir com essa postura, uma vez que existe significativa diferença entre o que o paciente acredita ter como doença oportunista relacionada ao HIV e o que está registrado em seu prontuário.

A literatura tem apontado como relevante, e o presente estudo traz dados concordantes, o trabalho na assistência ao idoso para detecção precoce da contaminação pelo HIV e o consequente cuidado imediato. Na maioria das vezes, a doença é descoberta quando o paciente é internado para tratar de alguma infecção oportunista ainda não diagnosticada ou, então, em exames pré-operatórios⁹. Muitos pacientes referem ter adquirido maior conhecimento da doença depois de se saberem contaminados pelo HIV.

Assistir uma pessoa que entrou no processo de envelhecimento exige preparo e competência do profissional de saúde, uma vez que essa pessoa vive e teme formas sociais de discriminação. Se o idoso é portador de HIV, a situação se agrava na medida em que já traz consigo as representações sociais sobre a doença e as atitudes discriminatórias. Sua situação de vida torna-se pautada pelo isolamento social, pelo medo de ser discriminado, pela falta de trabalho e de perspectivas concretas no cotidiano, além das dificuldades para manter o tratamento. Há também desconfiança em relação aos profissionais de saúde¹⁷.

As informações para a prevenção da Aids em idosos devem levar em conta, além da desconstrução de imagens que foram estereotipadas da doença no início da epidemia, fatores específicos dessa idade, como a dificuldade de mudança de hábitos e de incorporação de novas formas de lidar com a sexualidade, além de outros fatores importantes, como valores culturais, por exemplo⁹.

Assim, a assistência a essa nova geração de idosos, sexualmente ativos e cercados por tabus, preconceitos e crenças errôneas, exige profissionais cada vez mais capacitados, abertos a novos paradigmas e com conhecimento das particularidades apresentadas por eles.

CONCLUSÃO

A população estudada caracterizou-se por pertencer predominantemente ao sexo masculino. A maior parte dos sujeitos apresenta boa condição clínica, com carga viral indetectável (82,6%), ausência de doenças oportunistas (82,6%) e contagem de células TCD4 maior que 500/mm³ (45,0%). A principal via de contaminação foi a sexual para ambos os sexos. O relato do paciente sobre a presença de doenças oportunistas difere significativamente do que está registrado no prontuário; observou-se associação significativa entre baixa escolaridade e abandono de tratamento.

No início do estudo, a maior preocupação foi a identificação de quais eram as principais características apresentadas por essa população com 50 anos ou mais que vive com a Aids a fim de direcionar um planejamento para a assistência à saúde, voltada às particularidades apreendidas. No entanto, no decorrer dos trabalhos, observou-se que não somente os indivíduos sabidamente infectados necessitam de um olhar individualizado, como também os idosos de modo geral, não infectados, a fim de se estabelecer uma assistência voltada a suas reais necessidades, diferenciando-se do modelo biológico tradicional.

COLABORADORES

Ambos os autores participaram de todas as fases de elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2001; 34(2):207-17.
2. Boletim Epidemiológico da Comissão Intergovernamental de HIV/AIDS da Reunião de Ministros da Saúde do Mercosul/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Araújo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4):544-54.
4. Santos NJS, Tavra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A Aids no estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(2):12-7.
5. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia antirretroviral. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(1):9-17.
6. Pereira LCA, Machado LJ, Rodrigues RN. Perfil de causas múltiplas de morte relacionadas ao HIV/AIDS nos municípios de São Paulo e Santos, Brasil, 2001. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):645-55.
7. Araújo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007; 10(4):544-54.
8. 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]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
9. Zornitta M. Os novos idosos com Aids: sexualidade e desigualdade à luz da bioética [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
10. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(2):401-6.
11. Neundorfer MM, Harris PB, Britton PJ, Lynch DA. HIV-risk factors for midlife and older women. *Gerontol*. 2005; 45(5):617-25.
12. Savasta AM. HIV: Associated transmission risks in older adults: An integrative review of the literature. *J Assoc Nurses Aids Care*. 2004; 15(1):50-9.
13. Orel NA, Apencer M, Steele J. Getting the Message out to older adults: Effective HIV health education risk reduction publications. *J Appl Gerontol*. 2005; 24(5):490-508.
14. Brito AM. A epidemia de Aids em Pernambuco: sobrevida dos doentes no período de 1983 a 1995 [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 1997.
15. Torres GV, Enders BC. Atividades educativas na prevenção da Aids em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enferm*. 1999; 7(2):71-7.
16. Gabriel R, Barbosa DA, Vianna LAC. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte - município São Paulo. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13(4):509-13.

17. Brasileiro M, Freitas MIF. Social representations about Aids in people over 50, infected by HIV. *Rev Latino-Am Enferm.* 2006; 14(5):789-95.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de pesquisas, censos demográficos. Brasília: IBGE; 2001 [citado 2008 ago. 21]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>.
19. Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo AC, Carneiro RM. Aids e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1990 a 2000. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10(3):338-51
20. Fonseca MGP, Bastos FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(Supl 1):77-87.
21. Schuelter-Trevisol F, Pucci P, Zanetta JA, Pucci N, Silva ACB. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no Sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2013; 22(1):87-94.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: 2008. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
23. Gonçalves RLMBS, Castro CC. Perfil epidemiológico de idosos portadores de HIV/Aids atendidos no Hospital de Doenças Tropicais (HDT), em Goiânia. *Fragm Cult.* 2007; 17(4):303-14.

Recebido em: 6/2/13
Versão final em: 30/4/13
Aprovado em: 13/6/13