

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz
Mestrado em Medicina**

**ESTUDO DE PACIENTES PORTADORES DE
HIV/AIDS APÓS OS 60 ANOS DE IDADE EM DUAS
UNIDADES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**

Autora: Julise Bergold Gross

Orientador: Prof. Dr. Márcio Neves Bóia

**Dissertação como pré-requisito para obtenção do Título de Mestre em
Medicina, área de concentração Medicina Tropical**

**Rio de Janeiro
2005**

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Oswaldo Cruz
Mestrado em Medicina**

**ESTUDO DE PACIENTES PORTADORES DE
HIV/AIDS APÓS OS 60 ANOS DE IDADE EM DUAS
UNIDADES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO**

Autora: Julise Bergold Gross

Orientador: Prof. Dr. Márcio Neves Bóia

Banca Examinadora:

Dr.^a Elizabeth Machado

Dr. José Rodrigues Coura

Dr.^a Susie Andries Nogueira

Dissertação defendida e aprovada em 15 de julho de 2005

**Rio de Janeiro
2005**

FICHA CATALOGRÁFICA

G878 Gross, Julise Bergold

O estudo de portadores HIV/AIDS após os 60 anos de idade em duas unidades de saúde do Estado do Rio de Janeiro / Julise Bergold Gross. - Rio de Janeiro, 2005. xvi, 121 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Instituto Oswaldo Cruz, Medicina Tropical, 2005.

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. HIV. 3. Saúde do idoso. I. Título.

CDD: 618.929792

PENSAMENTO

O anoitecer da vida deve também possuir um significado próprio e não pode ser, apenas, um apêndice lamentável da manhã da vida.

Jung⁶⁸

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo princípio,

A meus pais pelos meios,

Ao meu orientador, noivo, familiares, parentes, amigos, funcionários, pacientes e todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente com esse trabalho, pelos fins.

SIGLAS

AAS = Ácido Acetil Salicílico
ABEM = Associação Brasileira de Esclerose Múltipla
ABNT = Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABC = Abacavir
aids = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARVs = Anti-retrovirais
AVE = Acidente Vascular Encefálico
AZT = Zidovudina
BIREME = Biblioteca Regional de Medicina
CD4 = Linfócitos T CD4 *helper*
CDC = *Centers of Disease Control*
CMS = Centro Municipal de Saúde
CMV = Citomegalovírus
CTA = Centro de Testagem Anônima
ddC = Zalcitabina
d4T = Estavudina
ddl = Didanosina
DM = Diabetes Mellitus
DC = Duque de Caxias
DIP = Doenças Infecto-Parasitárias
DST = Doenças Sexualmente Transmissíveis
EBV = Vírus Epstein-Barr
EFZ = Efavirenz
FDA = *Food and Drug Administration*
FM-USP = Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FIOCRUZ = Fundação Instituto Oswaldo Cruz

HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica
HAV = Vírus da Hepatite A
HBV = Vírus da Hepatite B
HCV = Vírus da Hepatite C
HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana
HSE RJ = Hospital dos Servidores do Estado
HTLV = Vírus Linfotrópico de Células T Humanas
IAM = Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDV = Indinavir
IFI = Imunofluorescência Indireta
IgG = Imunoglobulina G
IgM = Imunoglobulina M
INSS = Instituto Nacional de Seguridade Social
IP = Inibidor de Protease
ITRN = Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo Nucleosídeo
ITRNN = Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo Nucleosídeo
MMII = Membros Inferiores
NFV = Nelfinavir
OMS = Organização Mundial de Saúde
OPAS = Organização Pan-americana de Saúde
PCP = Pneumonia por *Pneumocystis carinii*/Pneumocistose
PNAD = Plano Nacional por Amostras de Domicílio
PNSI = Política Nacional de Saúde do Idoso
RJ = Estado do Rio de Janeiro
RTV = Ritonavir
SBGG = Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SES/RJ = Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SESC = Serviço Social do Comércio
SICLOM = Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos
SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SK = Sarcoma de Kaposi
SMS/RJ = Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SP = Estado de São Paulo

3TC = Lamivudina

UDI = Usuário de Droga Injetável

UNESP = Universidade Estadual de São Paulo

UNIFESP = Universidade Federal de São Paulo

USG = Ultra-sonografia

USP = Universidade de São Paulo

VDRL = Teste do *Venereal Diseases Research Laboratory*

WHSA = *World Health Statistics Annuals*

WHOWQL = Organização Mundial de Saúde - Saúde e Qualidade de Vida

TABELAS

Tabela 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A IDADE	57
Tabela 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O GÊNERO	59
Tabela 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A COR/RAÇA	59
Tabela 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O ESTADO CIVIL	60
Tabela 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O GRAU DE INSTRUÇÃO	60
Tabela 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A NATURALIDADE	61
Tabela 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A CIDADE DE MORADIA	61
Tabela 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A CONDIÇÃO DE TRABALHO	62
Tabela 9 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A PROFISSÃO	62
Tabela 10 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A RENDA FAMILIAR, EM SALÁRIOS MÍNIMOS	63
Tabela 11 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A PROCEDÊNCIA	63
Tabela 12 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O MOTIVO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS	64
Tabela 13 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME AS QUEIXAS CLÍNICAS	64
Tabela 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A REGULARIDADE ÀS CONSULTAS	65
Tabela 15 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV SEGUNDO PERCENTUAL DA VARIÁVEL EXPOSIÇÃO AO VÍRUS	65

Tabela 16 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A EXPOSIÇÃO SEXUAL AO VÍRUS	66
Tabela 17 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O USO DE FUMO E BEBIDA ALCÓOLICA	66
Tabela 18 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O USO E TIPOS DE MEDICAMENTOS EM GERAL	67
Tabela 19 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME OS TIPOS DE DOENÇAS NÃO RELACIONADAS AO VÍRUS	67
Tabela 20 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME APRESENTAÇÃO DE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS AO VÍRUS	68
Tabela 21 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A QUANTIDADE DE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS AO HIV	68
Tabela 22 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DO HIV	71
Tabela 23 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O USO DE PROFILAXIAS DE DOENÇAS OPORTUNISTAS RELACIONADAS AO HIV	71
Tabela 24 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O USO E NÚMERO DE ESQUEMAS ARVS JÁ UTILIZADOS	72

QUADROS

Quadro 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A IDADE, OS TEMPOS DE DIAGNÓSTICO E DE ACOMPANHAMENTO 57

Quadro 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV NA FAIXA ETÁRIA DE 50-60 ANOS E MAIOR DE 60 ANOS 58

Quadro 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS INDICATIVOS DE AIDS 69

Quadro 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS INDICATIVOS DE AIDS, POR IDADE 70

Quadro 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME AS CLASSES DE ARVS UTILIZADOS EM CADA ESQUEMA 72

Quadro 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O USO DE ARVS 73

Quadro 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME OS EXAMES COMPLEMENTARES DISPONÍVEIS 74

Quadro 8 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME AS SOROLOGIAS DISPONÍVEIS 75

RESUMO

Historicamente o surgimento da aids na vida do ser humano data de um quarto de século, acometendo populações em muitos locais do planeta, porém o que se reveste de importância neste trabalho é o fato de se detectar um número crescente de casos novos em idosos sendo inversamente proporcional àquele de nascidos com esta mesma doença. Busca-se aqui estudar, inicialmente aspectos relacionados ao envelhecimento, bem como a presença bastante ativa da sexualidade em sua vida. Como objetivo realizou-se um estudo epidemiológico, mediante pesquisa quantitativa documental, da população acima de 60 anos, soropositiva para o HIV, no Serviço de DIP do HSE RJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, e no CMS de Duque Caxias, Duque de Caxias, RJ, Brasil, desde a implantação do Programa Nacional de Dst/aids, pelo Ministério da Saúde, respectivamente em 1991 e 1992. Como instrumento da pesquisa utilizou-se de uma ficha onde foram anotadas as diferentes informações pertinentes à abordagem a que o trabalho se propunha. A análise dos dados revelou 73 prontuários, sendo estudados 50 (não foram considerados óbitos, transferências, abandonos e particulares). Do total de 1093 pacientes do CMS, DC, 33 são idosos acima de 60 anos (3%) e dos 486 pacientes do HSE RJ, RJ, 40 estavam na mesma faixa etária (8,2%); contaminam-se antes dos 60 anos; há igual número de homens e mulheres afetados (1:1); a maioria se encontra aposentada (56%); são de baixas renda e escolaridade (até 1-6 SM e com 1.º grau, respectivamente); provêm ao ambulatório após uma internação hospitalar (62%); a via de transmissão para o HIV é predominantemente heterossexual (82%) e não usam preservativos regularmente. O diagnóstico de aids é feito em imunossupressão avançada e a maioria usa e já usou vários esquemas anti-retrovirais (94%). São hipertensos e portadores de doenças cardiovasculares (67,8%) e é grande o número de co-infecções para sífilis, hepatites B e C. Conclui-se, portanto, que são necessários novos estudos sobre o tema, novas abordagens na questão da prevenção específica a esse público-alvo e busca de diagnósticos mais precoces para evitar imunossupressões tardias e co-infecções.

UNITERMOS: Idoso; HIV/aids; Estudos epidemiológicos; Terapêutica; Sorologia.

ABSTRACT

Historical data shows that for a quarter of a Century aids has committed the lives of human beings in populations around the globe. However higher number of new cases reported in older people are inversely proportional to the number of newborns affected by aids; the aim of this work was to study aspects of aging as well as the sexual activity of this age group. Through documental quantitative research an epidemiological study of the population above 60 years of age, HIV serum positive was made in the HSE RJ Hospital-DIP services at Rio de Janeiro, Brazil, and Health Medical Center of Duque de Caxias since the introduction of the National Program of Sexually Transmitted Diseases and aids, respectively 1991 and 1992. Pertinent information was retrieved from subjects by prepared dataforms. Analysis of data revealed 73 medical records and we studied 50 (we didn't consider death, transfer, abandon patients). The total number of patients on Duque de Caxias is 1093 and older people over 60 years are 33 (3%). On HSE RJ, Rio de Janeiro, total number of patients is 486 and older people over 60 years, 40 (8,2%). That old-aged subjects became infected before they reached 60 years of age, the number of infected men and women are equal (1:1); majority of subjects are retired (56%), belong to lower income classes and have low educational level (receive under \$500/month and high school). They come to ambulatorial care after a hospitalization (62%); HIV infection is predominantly among heterosexual individuals (82%) who do not regularly employ contraceptive measures. Aids diagnosis was made after severe immunosuppression occurred and the great majority has used or still makes use of special medication anti-retrovirus (94%). Subjects are hypertensive or have other cardiovascular diseases (67,8%) and there is a high number of coinfection by syphilis and hepatitis B and C. This work concludes that new studies on this subject are necessary; there is need of new methods for specific prevention for individuals in this age group and need of early diagnosis to avoid late immunosuppression and coinfections.

KEYWORDS: Old-Aged; Hiv/Aids; Epidemiologic Studies; Therapeutics; Serology.

ÍNDICE

	p.
Ficha Catalográfica	ii
Pensamento	iii
Agradecimentos	iv
Siglas	v
Tabelas	viii
Quadros	x
Resumo	xi
Summary	xii
Índice	xiii
Introdução	1
Envelhecimento	6
Sexualidade no idoso	21
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids)	30
Histórico	30
Etiologia	32
Patogenia	33
História natural da infecção pelo HIV	35
Diagnóstico	35
Tratamento	36
Assistência às Dst/aids do Rio de Janeiro	37
Assistência às Dst/aids do Município de Duque de Caxias	39
Perspectivas e desafios	40
HIV/aids após os 60 anos	41
Justificativa	50

Objetivo geral	50
Objetivos específicos	51
Metodologia e casuística	51
Desenho do estudo	51
Locais do estudo	51
a) Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro	51
b) Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias	52
Instrumento e fonte de dados	53
População de estudo	54
Critérios de inclusão	54
Critérios de exclusão	55
Análise de dados	55
Resultados	55
HSE RJ, RJ	55
CMS DC	56
1. Idade	57
2. Diagnóstico e acompanhamento	57
3. População dos ambulatórios	58
4. Gênero	59
5. Cor	59
6. Estado civil	60
7. Grau de instrução	60
8. Naturalidade	61
9. Cidade de moradia	61
10. Condição de trabalho	62
11. Profissão	62
12. Renda familiar	63
13. Procedência	63
14. Motivo da procura pelos serviços	64
15. Queixas clínicas	64
16. Regularidade às consultas	65
17. Exposição ao HIV	65
18. Tabagismo e etilismo	66
19. Uso de medicamentos em geral	67
20. Doenças não relacionadas ao HIV	67
21. Sinais e sintomas relacionados ao HIV	68
22. Classificação: sinais e sintomas indicativos de aids	69
23. Classificação do HIV	71
24. Profilaxia de doenças oportunistas relacionadas ao HIV	71
25. Uso de anti-retrovirais	72
26. Exames complementares	74
27. Sorologias	75

Discussão	76
1. Aspectos epidemiológicos	76
2. Aspectos clínicos	85
3. Aspectos terapêuticos	88
4. Aspectos laboratoriais	90
5. Sorologias	92
Conclusões	95
Considerações finais	98
Recomendações	99
Referências bibliográficas	100
Anexos	111
1. Ficha informativa	112
2. Classificação da infecção pelo HIV, CDC, 1992	115
3. Condições definidoras de aids, CDC, 1997	116
4. Critério CDC modificado/adaptado	117
5. Terapêutica anti-retrovirais	118
Quadro 2: Terapia inicial	119

O ESTUDO DE HIV/AIDS APÓS OS 60 ANOS DE IDADE EM DUAS UNIDADES DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida constitui-se numa das maiores conquistas do presente século. Poder chegar a uma idade avançada, já não é mais privilégio de poucas pessoas. Em contraposição, muitas sociedades não são conseqüentes com essas mudanças demográficas, pois as mesmas atribuem valores relacionados com a competitividade para seus grupos, valorizam a capacidade para o trabalho, para a independência e para a autonomia funcional. Só que, na realidade, muitas dessas crenças e valores, nem sempre podem ser acompanhados pelos idosos, caso sejam levadas em consideração algumas mudanças e perdas que freqüentemente se associam à velhice. Parte destas crenças é construída na forma de representações, nas conversações diárias dos grupos, segundo assinala Moscovici.⁸⁹

A partir dos anos 80, o envelhecimento populacional tem-se tornado um fenômeno que atinge grande parte do mundo, tanto em países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento.⁹⁶ A ocorrência de tal fenômeno na população mundial, contudo, não é assunto novo. China, Japão e países da Europa e da América do Norte (estudos realizados nos Estados Unidos, no início desta mesma década de 80, mostraram que 40% dos norte-americanos

atingiriam 80 anos de idade e que os idosos iriam compor cerca de 20-25% de sua população na metade do presente século) já convivem há muito tempo com um grande contingente de idosos e com todas as peculiaridades associadas ao envelhecimento, como aposentadorias e doenças próprias da terceira idade. Isto tem como consequência altos custos para o Estado, e, portanto, demandam políticas sérias e consistentes a respeito. Países em desenvolvimento, como o Brasil e México, vêm aumentando rapidamente seu contingente de idosos e necessitam com urgência de políticas racionais para lidar com as consequências sociais, econômicas e de saúde do envelhecimento populacional.^{69, 91}

Com o crescente aumento da expectativa de vida da população brasileira, é cada vez maior o número de pessoas a atingir os 60 anos de idade. Segundo fontes do IBGE⁴⁷, no Brasil, a população de idosos já atinge cerca de 7 milhões, devendo alcançar aumento progressivo na atual velocidade de crescimento (3,5% ao ano). A expectativa de vida do brasileiro ao nascer, em 1940, era de 41,5 anos. Os maiores ganhos de expectativa de vida ocorreram na década de 80, quando aumentou de 53,5 anos de idade, em 1970, para 61,8 anos de idade em 1980, sendo atualmente de 69 anos.

No início da década de 80, o WHSA^{138, 139}, projetou que o Brasil passaria de 16.º país com maior contingente de idosos no mundo em 1950, para sétimo no ano 2000. Segundo Berquó¹¹, a população maior de sessenta e cinco anos atingiu, no ano 1991, mais de sete milhões de pessoas, e estima-se que entre os anos 2010 e 2020 a taxa de crescimento de indivíduos dessa faixa etária será de 3,80, o que comparado com a taxa de 1991-2000 (de 2,25), representa aumento considerável.^{1, 22, 27, 52, 66}

Dados recentes do PNAD⁴⁴, no entanto, revelam que a porcentagem de pessoas com 60 anos ou mais, na população brasileira, alcançou 9,1%, em 1999. De 1995 a 1999, o número de idosos aumentou em 1,8 milhão. A região sudeste foi a que teve maior envelhecimento, tendo pessoas desta faixa etária representado, em 1999, 10% de sua população total. Dados preliminares do

censo de 2000, informavam que a população total de brasileiros é de 169.500.000 habitantes. Destes, previa-se que em torno de 15,5 milhões tivessem 60 anos ou mais.⁴⁷

Estes mesmos dados do IBGE demonstram que a população idosa brasileira cresce três vezes mais que a população adulta. Estimativas projetavam o Brasil para o presente ano de 2005, como o 6.º país do mundo em população idosa, com cerca de 15% com idade igual ou superior a 60 anos. Em algumas cidades como Santos, SP, esta proporção de idosos já ocorre nos dias atuais.

Dentre as capitais, Rio de Janeiro e Porto Alegre se destacam com as maiores proporções de idosos, representando 12,8% e 11,8% respectivamente, da população dos municípios. Em termos absolutos, na cidade de São Paulo, vive o maior contingente de idosos, cerca de um milhão de indivíduos.⁴⁷

Semelhante a outros países do mundo, existe maior número de mulheres na faixa etária idosa (55%). Tal diferença se acentua com o aumento da idade: a razão de sexo é de 118 mulheres para cada 100 homens com 65-69 anos e de 141, para cada 100, no grupo de 80 anos ou mais. A expectativa de vida ao atingir 60 anos também acompanha o sexo, com mais 19,3 anos de vida, em média, para as mulheres contra 16,8 anos para os homens.^{41, 44}

Esse prolongamento do tempo de vida das pessoas tem suscitado inúmeros questionamentos acerca de como vem sendo compreendido o envelhecimento humano dentro das sociedades atuais. Envelhecer num país com tantos problemas sociais, econômicos e estruturais a resolver, constitui-se em grande desafio para os indivíduos, para o conjunto da sociedade e para o governo, no sentido de oferecer condições qualificadas para o prolongamento da vida.

Assiste-se à movimentação de vários setores da sociedade em favor da terceira idade, através da implantação de programas federais, estaduais e municipais e dos fóruns estaduais e regionais da Política Nacional do Idoso; do funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de defesa dos direitos dos idosos; do aumento do número de grupos de convivência e de universidades abertas à terceira idade; de congressos, seminários e jornadas, e do aumento das associações de idosos. Observa-se também maior espaço na mídia, destinado aos assuntos relativos aos idosos brasileiros, sensibilizando a sociedade em geral, para as questões do envelhecimento individual e populacional. No entanto, ainda há muito a fazer, especialmente na implantação e implementação de novas alternativas de atendimento, inclusive de serviços especializados para os “velhos-velhos”, portadores de pluripatologias, que necessitam de tratamentos especiais. A sociedade brasileira não parece estar preparando seus cidadãos para esse processo uma vez que ainda são tímidas as iniciativas relacionadas ao bem-estar da população idosa. Lentamente, contudo, surgem centros de convivência, alojados em clubes, paróquias, Serviço Social do Comércio.¹¹¹

Detectam-se, também, universidades abertas da terceira idade que, além de prestarem importante serviço à comunidade idosa, desenvolvem pesquisas na área gerontológica. Vêm se tornando crescente também o número de simpósios, mesas-redondas, seminários e congressos que reúnem profissionais e que visam não somente à formação como, e principalmente, à conscientização dos problemas voltados para esta faixa etária. Em relação à saúde, há quase uma década, o Ministério de Educação e Cultura reconheceu a geriatria como especialidade de residência médica. Na área de saúde mental, a Associação Brasileira de Psiquiatria criou o Departamento de Psicogeriatria. E, desde 1961, quando foi estabelecida a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, vem ela se primando em fortalecer os conceitos de atendimento aos idosos, gerando estruturas que possam ser adotadas nesta área, valorizando os profissionais aí atuantes, enaltecendo o perfil multidisciplinar e interdisciplinar da ciência e da assistência, na atualidade.^{18, 23, 97}

Vive-se mais, e este sempre foi o intuito do ser humano. Pesquisas têm desempenhado o seu papel relevante aqui, e muitas delas vêm sendo desenvolvidas no sentido de esclarecer os fatores que contribuem para o chamado "envelhecimento bem-sucedido", que seria, na realidade, uma "condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário".^{38, 93}

ENVELHECIMENTO

Enquanto o tempo se escoar...

Em 1982, realizou-se em Viena, a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), onde, dentre várias determinações, estabeleceu-se que assumem a condição de idoso, todas aquelas pessoas que completaram 60 anos de idade, como o limite inferior para definir a velhice, no ciclo de vida humano, nos países em desenvolvimento, no qual o Brasil está incluído (*WHO*, 1982).^{84, 137}

Adotado pela ONU, este é o corte etário para os países em desenvolvimento, embora a maioria da literatura geriátrica* e gerontológica** aceite aos 65 anos, idade a partir da qual os indivíduos seriam considerados idosos, e que a mesma organização admite para os países desenvolvidos. É Simões¹¹⁹, ao comentar sobre o envelhecimento e a OMS, quem relata que esta organização ainda o desdobraria em quatro diferentes estágios: *meia-idade* (45 |-- 59 anos de idade); *idoso* (60 |-- 75 anos de idade); *ancião* (75 |-- 90 anos de idade); e *velhice extrema* (90 |-- anos ou mais de idade).

Assim, apesar de ser o menos preciso, o critério cronológico é o mais utilizado, sempre que exista a necessidade de delimitar a população em estudo, como é o caso da presente pesquisa, em que se irá considerar como critério, o estabelecido pela ONU.

* Termo criado por médico pediatra americano, Nasche, em 1909, ao prefaciar a obra *Enfermidades do Senium*, tratando-se de área que se dedica a estudar as patologias da velhice.³⁷

** Já a gerontologia se preocupa com o processo de envelhecimento sob o ponto de vista fisiológico, bem como suas manifestações psicológicas e sociais.³⁷

Explicando, sob o ponto de vista médico, desde a concepção até a morte, o organismo humano passa pelas diversas fases já mencionadas, e que recebem diferentes títulos, identificados por desenvolvimento, puberdade, maturidade, ou de estabilização e envelhecimento, assim cognominados por renomados pesquisadores. Sabe-se, na verdade, que o envelhecimento se manifesta por declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a se linear em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição, como nas demais fases anteriores.^{4, 30, 37, 75} Inicia-se precocemente, ao final da segunda década da vida, perdurando por longo tempo, pouco perceptível, até que surjam ao final da terceira década as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais atribuídas ao envelhecimento, que se acredita ser uma propriedade geneticamente programada dos sistemas vivos. É consenso geral dos estudiosos da saúde que, a partir dos 30 anos de idade, para o ser humano, ocorra perda de 1% da função a cada ano completado e que se perca 1 cm da estatura a cada década, a partir dos 40 anos de idade.²³

Pessoas idosas sempre existiram ao longo da História da humanidade: Noé, Abraão, Jó, todos os patriarcas do Antigo Testamento, com destaque a Metusalém (969 anos), cuja longevidade chegou a ser proverbial. Constituíram-se eles fatos isolados, especialmente os que viveram na época antediluviana e que foi uma proporção ínfima da população diante da experiência vivida por milhões e milhões de pessoas no mundo todo, por milênios.¹²

A partir do Século XVI, com o invento da imprensa, e o surgimento de inúmeras outras descobertas⁴¹ referentes ao ser humano, ficaram registrados os primeiros trabalhos científicos que estudam a terceira idade. Passaram-se, então, a manipular inúmeros tipos de poções e dietas especiais que prolongariam a vida. Cientistas e filósofos famosos como Descartes, Bacon, Jean Marie Charcot e Benjamim Franklin acreditavam que a terceira idade seria "vencida" pelo desenvolvimento científico, não se preocupando com a imortalidade, mas destacando a importância de se estudar o processo de envelhecimento, suas causas e conseqüências sobre o organismo.³¹

Há um século, Ilya Ilyich Metchnikov, cientista russo, (1845-1916) prêmio Nobel de Medicina de 1908, acreditava que o processo de envelhecimento era resultado de venenos produzidos no intestino grosso pela deterioração dos alimentos. Preconizava a ingestão regular de leite ou iogurte e o hábito de se usar laxantes com frequência, hábitos que deveriam esterilizar o intestino.⁵⁵ Inúmeras foram as substâncias compostas por ingredientes secretos que se tornariam famosas por pretenderem ter o poder de diminuir o processo de envelhecimento. Além delas, outros métodos "científicos" foram desenvolvidos neste século, como o transplante de testículo de macaco ou de carneiro para o homem, ou a injeção de células de embrião de carneiro. Técnicas de resfriamento do corpo também foram adotadas com o objetivo de se estancar o processo de envelhecimento ou ainda manter o corpo congelado até o dia da descoberta da "cura" para a terceira idade.⁴¹

Acrescentam-se ainda o recente aparecimento da denominada "Medicina Ortomolecular", que nada mais é do que um método terapêutico que vê na eliminação de radicais livres um meio de desacelerar o processo de envelhecimento e para tal usa doses elevadas de substâncias químicas principalmente vitaminas. E a utilização de doses elevadas de vitaminas, principalmente A, C e E, associada a hormônios (do crescimento e da glândula adrenal), poderiam também conduzir o indivíduo ao rejuvenescimento. Infelizmente nenhum destes métodos terapêuticos puderam ser comprovados, no entanto.^{41, 97}

O velho, o idoso ou a pessoa da terceira idade compreende, atualmente, uma clientela importante, na qual se estabelecem diversos enfoques que não se restringem apenas a uma área de conhecimento, mas a várias possibilidades a serem desvendadas sobre ela.⁹⁸ Assim sendo, inúmeros autores, só para citar alguns deles, da última década do século passado, tentaram conceituar o que vem a ser envelhecimento.

Gaspar⁵⁰ menciona que “é sinônimo de inquietação, angústia, incerteza, inatividade, dependência, solidão, marginalização e problemas”. “É uma etapa da vida que segue à maturidade e que apresenta efeitos específicos sobre o organismo do homem devido ao passar dos anos. Fase de continuação da vida pejorativamente encarada como fase de doença”, é o que relata Vieira.¹³³

Já Neri⁹² caracteriza que “o envelhecimento é uma seqüência de mudanças biológicas de natureza genética-biológica e psicossociais”. Concorda Salgado¹¹⁰ com Néri ao afirmar que esta fase da vida se constitui num momento do processo biológico, mas não deixa de ser um fato social e cultural. Sucede em decorrência do avanço da idade cronológica com modificações psicossociais.

Hayflick⁶⁴ se preocupa em afirmar que “o envelhecimento não é mera passagem do tempo. É a manifestação de eventos biológicos que ocorrem ao longo de um período. Não existe definição perfeita para o envelhecimento, mas como ocorre com o amor e com a beleza, grande parte dos indivíduos só o reconhece quando o sente, o vê”. Como se percebe por estas colocações, possui a velhice, portanto, características próprias de sua estrutura biopsicossocial aliada ainda à político-cultural e econômica o que a coloca como sujeitos de espaços e novas experiências a serem vivenciadas, quando se leva em consideração as questões que abrangem aí múltiplas dimensões.

Isso se justifica, assim, pela impossibilidade de estabelecer conceitos e terminologias amplamente aceitáveis em relação ao envelhecimento, uma vez que depende bastante das políticas e ideologias vinculadas a determinadas sociedades. Do ponto de vista cultural, percebe-se, de maneira diferenciada, como, por exemplo, em cidades, onde algumas pessoas vivem em favelas, que a velhice tem uma conotação distinta em comparação àquelas cidades com serviços de saúde e moradias adequadas.¹³⁰

Na verdade, as acertivas aqui colocadas expressam diferentes facetas do mesmo problema. A origem de uma grande parcela da população idosa de hoje é rural e foi inserida no mercado de trabalho como mão-de-obra mais

barata, porque sem qualificação. Permaneceu ela muitas vezes desvinculada das lutas de sua classe por melhoria de condições de vida e de trabalho, uma vez que sua consciência política era débil. Sua vida profissional, esteve, durante um bom período, sob a égide de ditaduras (política e industrial). O próprio movimento sindical não desenvolveu estratégias de aglutinação para os que não se aproximaram dos sindicatos. Lembra-se, então, que muitos idosos (homens e mulheres) não estiveram ligados ao sistema previdenciário durante sua fase produtiva, ou por estarem em atividades informais (caso de muitos homens), ou por terem desenvolvido tarefas domésticas (caso das mulheres idosas de hoje). Estas pessoas se encontram dependentes de ações do Estado, sendo então consideradas praticamente como indigentes.⁶⁰

Caso se coloque ainda a questão específica da mulher, observar-se-á que foi incorporada ao mercado de trabalho como mão-de-obra secundária em relação ao homem e sem condições de suplantar essa subordinação, pelas limitações que sua formação trazia e o papel dependente que historicamente viveu. Deve-se ressaltar, no entanto, que a luta pela defesa da igualdade de direitos e de oportunidades empreendida por elas, sua crescente participação nos trabalhos, economicamente produtivos, a liberdade sexual conseqüente aos avanços científicos sobre a anticoncepção, a automatização e simplificação crescente dos serviços domésticos e a progressiva socialização das crianças, tenderam a libertar a mulher de suas tarefas tradicionais, aliadas à progressiva incorporação de costumes e hábitos que até há pouco eram exclusivos dos homens, como, por exemplo, o tabagismo, infelizmente, levando a diminuir a diferença entre os sexos.¹¹⁵

Associa-se, inclusive, o envelhecimento populacional como um dilema, em termos de políticas de saúde no Brasil, sendo que os recursos para os programas sociais deverão combater as doenças crônicas como as osteoarticulares, cardiopatias, doenças degenerativas, debilidades cognitivas, entre outros males típicos da velhice. Acrescentam-se aos problemas de saúde, os benefícios e pensões da seguridade social a que todo o idoso tem ou deveria ter direito. É, pois, importante que os trabalhadores, de ontem e de hoje, exijam o reconhecimento do seu trabalho, como direito que lhes cabe e

não como benesse, pois, em última instância, são os produtores da riqueza do país, e têm direito a uma divisão mais equânime dos bens criados.⁶⁷

A velhice, em relação à sociedade, é um problema configurado no direito à aposentadoria, com uma renda adquirida por anos de trabalho, e contextualiza-se como um problema de ordem pública. Faz-se referência ao impacto no sistema da Previdência Social, ao afirmar que o envelhecimento transforma-se numa questão de peso para a economia, a vida social e cultural da sociedade. A ampliação das camadas médias e a extensão dos regimes previdenciários a todas as categorias fizeram com que a preocupação com a velhice não se restringisse aos setores empobrecidos.^{46, 128, 131}

Destarte o Governo, preocupado em lançar o país na era da modernidade, idealizou uma nova proposta para a Previdência Social, que visa ter maior arrecadação, para cobrir as despesas com o pagamento das aposentadorias, baseado no aumento da população idosa nos últimos 20 anos. A discussão sobre o sistema previdenciário se faz necessária e os motivos alegados pelo Governo são reais, é o que informa a mídia. No entanto, não têm atendido aos apelos da sociedade (através de entidades de classe – sindicatos, associações de aposentados), no sentido de tornar amplo tal debate. Os sindicatos têm reivindicado assento nessa discussão, até porque propõem a gestão tripartite para a Previdência (trabalhadores, patrão, Estado). Ao Congresso e à Câmara dos Deputados caberia colocar a questão da previdência em debate de maneira abrangente, propiciando a busca de soluções junto à sociedade. Não obstante, nota-se ocorrer simplesmente um adiamento na colocação do tema em pauta.

O compromisso não pode ser passivo. Deve ser dotado de ações e reflexões sobre a realidade. Isso implica valores humanos fundamentados cientificamente. Na abrangência desta fundamentação, os conhecimentos em torno do homem tomam corpo e se tornam críticos e reflexivos, a partir de um novo olhar sobre a realidade vivenciada, ao se atuar em programas de educação e assistência qualificada às pessoas da terceira idade. Essa visão amplia-se ao se mencionar que a atuação implementa a Lei 8.842, do PNSI,

sobre a grande lacuna existente hoje, na rede de apoio comunitário, tanto para os idosos quanto para os seus familiares.^{16, 20, 112}

Por meio de fontes de análise do IBGE, verifica-se que, além da desigualdade econômica, destaca-se a sociabilidade do idoso como outro fator importante, pois inclui as relações de convivência familiar, o estabelecimento do vínculo social com a comunidade e a possibilidade real de qualidade de vida (que se abordará adiante), e, conseqüentemente, a sua sobrevivência.⁴⁶ O aposentado é definido nesta posição como um elemento que sofre discriminação, levando à inatividade e a seu retorno à casa, determinando uma troca de papéis simbólicos na estrutura familiar e profissional, submetendo-o a uma sociedade que prega a eficiência, a produção e a estética como valores essenciais.

Desta forma, o aumento no número e na proporção de idosos na população brasileira está exigindo que sejam repensadas políticas e práticas que afetem os cuidados à saúde, ao emprego, à aposentadoria, à habitação, à educação e aos serviços sociais oferecidos aos cidadãos mais velhos. Questões fundamentais deverão ser resolvidas, tais como: que setores da sociedade receberão os recursos sociais e qual o papel dos setores público e privado em relação ao cuidado para com os idosos. O envelhecimento e a velhice são cercados de inúmeras falsas crenças, de estereótipos e preconceitos, todos solidamente arraigados nos indivíduos, nos grupos e nas instituições sociais¹¹⁹. Derivam eles do medo e da rejeição que as pessoas sentem em relação à velhice em parte por motivos infundados, em parte porque de fato a velhice prenuncia aquilo que nela se rejeita: afastamento, dependência e morte; os conhecimentos compartilhados, verdadeiros e falsos, são reforçados pela mídia, pela internet, pelas artes, pela literatura, pelas religiões e pela ciência.

A longevidade sempre foi e continua sendo intensamente desejada pela maioria dos indivíduos, desde que, sob certas circunstâncias, como a de não ficar dependente e, de preferência, não ficar velho. Desejo contraditório e situação paradoxal. Como se factível fora viver cada vez mais sem envelhecer.

Impossível; pelo menos no estágio atual de desenvolvimento da ciência e da tecnologia. O contra-senso é que enquanto este envelhecimento da população terrestre esteja sendo comemorado universalmente como um triunfo, por outro lado, por políticos e planejadores, trata-se de um problema e até para o próprio indivíduo, em contrapartida, muitas vezes adquire um gosto amargo, pois os anos ganhos a mais na sobrevivência, podem significar sofrimento e infelicidade, um tempo de perdas, incapacidades e dependências.^{60, 65}

... a qualidade de vida surge!

Qualidade de vida é um conceito amplo e está relacionado ao estado de saúde, ao se levar em consideração também o seu bem-estar social. Não há um consenso sobre a definição exata do que vem a ser esta expressão. A literatura engloba uma série de componentes como capacidade funcional, incluindo papel funcional, o grau e a qualidade de interação social e comunitária, bem-estar psicológico, sensações somáticas, tais como dor e até mesmo satisfação da vida.^{29, 35}

Sousa¹²⁵ sugere que a fonte de confusão conceitual sobre a qualidade de vida seja o modismo em correlacionar todos os dados não clínicos com qualidade de vida. Estados de saúde e estado funcional, são apenas duas dimensões da qualidade de vida que não devem ser confundidas com o todo. A definição de qualidade de vida, apresentada pelo grupo de especialistas de saúde e qualidade de vida da OMS (WHOWQL) informa que é a percepção do indivíduo acerca de sua posição de vida, de acordo com o contexto cultural e sistema de valor com os quais convive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.^{24, 95}

Há uma série de definições de qualidade de vida na literatura, bem como comparações das suas dimensões de variadas formas e tipos, no entanto aquela abrangente e transcultural da OMS⁹⁵, veio ampliar este conceito, assim exarado: é “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da

cultura e sistema de valores nos quais ele vive e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Por outro lado, as teorias do envelhecimento bem sucedido¹²⁷, e que não vão ser expostas por não serem temas deste trabalho, além de inúmeras outras, vêem o sujeito como pró-ativo, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objetivos e lutando para os alcançar, acumulando recursos que são úteis na adaptação à mudança e se encontram envolvidos na manutenção do bem-estar. Sendo assim, um envelhecimento bem sucedido é acompanhado de qualidade de vida e bem-estar e deve ser fomentado ao longo dos estados anteriores de desenvolvimento.

De acordo com Victor, et al¹³² a qualidade de vida inclui um amplo espectro de áreas da vida. Os modelos de qualidade de vida vão desde a "satisfação com a vida" ou "bem-estar social" a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Smith¹²¹, considera que o conceito de bem-estar mudou a partir de meados do Século XX. Até aí significava, apenas, disponibilidade de bens materiais (comida, casa de banho, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e de ação social, dinheiro suficiente). Na atualidade, relaciona-se também com dimensões menos tangíveis (sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria, sentido positivo de si). A noção de qualidade de vida também passa pela mesma alteração, engloba os recursos e o direito a "gozar" a vida.

A qualidade de vida na velhice tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência-autonomia. As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, freqüentemente, as últimas parecem determinar as primeiras. Baltes, Silvenberg¹⁰, descrevem três tipos de dependência:

- *Estruturada*, onde o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo

produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego);

- *Física*, incapacidade funcional individual para realizar atividades de vida diária; e
- *Comportamental*, com frequência antecedida pela dependência física; é socialmente induzida e independe do nível de competência do idoso, o meio espera incompetência.

É importante distinguir os "efeitos da idade", de patologia. Algumas pessoas mostram declínio no estado de saúde e nas competências cognitivas precoces, enquanto outras vivem saudáveis até aos 80 anos e mesmo 90 anos. Começa a ser aceito que qualquer declínio precoce, provavelmente reflita patologia e não os efeitos da idade.⁶³ Ou seja, a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida.

Após o nascimento, as pessoas vão desenvolvendo suas capacidades até os 20 ou 30 anos, quando se atinge um ápice. A partir daí, com o passar os anos, o desempenho funcional dos indivíduos vai se deteriorando pouco a pouco, decorrente do processo natural e fisiológico do envelhecimento. Trata-se de um processo lento, mas inexorável e universal. Ninguém escapa. Para o indivíduo, o declínio se desenvolve imperceptivelmente, na maioria das vezes, ao mesmo tempo em que suas expectativas e atividades também se restringem. A trajetória que o declínio funcional toma, mais lenta ou mais rápida, depende de uma série de fatores como os da constituição genética, dos hábitos e estilos de vida, do meio ambiente, do contexto socioeconômico-cultural e, até mesmo, da sorte de nascer numa sociedade mais ou menos desenvolvida e numa família mais ou menos abastada.

Incidentes críticos, como doenças e acidentes, colocam o indivíduo numa inclinação mais profunda de sua curva de declínio funcional. Num determinado nível, situa-se o limiar da incapacidade. Acima do limiar, as pessoas vivem de forma independente. Abaixo dele, estão as pessoas incapazes, dependentes. Os seres humanos podem adiantar ou atrasar a chegada ao limiar. Quando se atrasa, a morte pode chegar antes que a incapacidade. A deterioração, as lesões e as doenças que não estão

produzindo incapacidade são de importância secundária na atenção ao idoso. Envelhecer sem incapacidade é fator indispensável para a manutenção da boa qualidade de vida, é o que alerta Ramos^{104, 105}, geriatra do Centro de Estudos do Envelhecimento, da UNIFESP, que há cerca de 15 anos acompanha um grupo de idosos da Vila Clementino, na cidade de São Paulo.

Historicamente o homem é o único animal que conseguiu mudar a própria expectativa de vida, a partir do controle ambiental. De início, com as medidas de saneamento e posteriormente com o advento dos antibióticos, vacinas, cirurgias e controle de doenças chamadas crônicas, promoveu-se um aumento exponencial da expectativa de vida média do ser humano.

As projeções da população, assentes numa ligeira subida da fecundidade, num aumento moderado da esperança de vida e num saldo migratório positivo, indiciam uma estrutura etária envelhecida. Os idosos não cessarão de aumentar em valor absoluto e em importância relativa, prevendo-se que ultrapassem os jovens entre os anos 2010 e 2015. O peso dos idosos atingirá os 18,1% em 2020, enquanto a proporção de jovens diminuirá para 16,1%. Paralelamente assistir-se-á ao aumento da proporção da população com 75 anos ou mais que se elevará a 7,7% em 2020, contra 5,6%, ocorrido em 1995.^{41, 44, 47}

Retornando a estes mesmos dados da PNAD⁴⁴, em 1995, apenas para vislumbrar a situação do idoso, no Brasil, há uma década, e que se acredita este panorama não tenha se alterado muito, quando 45,6% das idosas eram viúvas, enquanto 79,1% dos idosos eram casados. Em 1996, mais da metade dos velhos informou ser da cor branca, representando 9,7% desta população total, e menos de 1% deles declarou-se amarelo, porém representavam 15,3% dessa população. Nesse mesmo ano, 37% dos idosos informaram ser analfabetos, havendo dentre eles um excesso de mulheres e de moradores de áreas rurais. Cerca de 65% dos idosos eram, em 1999, os responsáveis pela família, e mais de 1/3 ainda se encontrava no mercado de trabalho. Quase 12% viviam sozinhos, havendo uma proporção maior de mulheres do que homens nessa situação.

Em relação à migração, dois fenômenos ocorreram. Os idosos migram muito menos do que os jovens, e estes, em geral, não retornam a seu lugar de origem. Assim, encontra-se um grande contingente de idosos nos locais de onde começa o processo migratório. Contudo, após 30 anos de migração, aumenta o contingente de idosos nos centros urbanos.¹³⁰ Como consequência desse processo, a PNAD de 1997⁴³ observou que dois estados apresentavam uma população de idosos maior do que 10% de sua população total: Rio de Janeiro – local de estudo – 11,2% e Paraíba (10,6%). Acredita-se, pois, que os idosos no Brasil de hoje representam cerca de 13% da população geral. São na maioria mulheres, viúvas, com baixa escolaridade e com menor renda em relação a seus pares masculinos. Os idosos apresentam também mais problemas de saúde do que a população geral.

Em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% eram maiores de 65 anos.⁴⁷ Este foi o grupo de maior coeficiente de internação hospitalar (14,8 por 100 pessoas no grupo) no ano anterior. Mais da metade dos idosos apresentava algum problema de saúde (53,3%), sendo 23,1% portadores de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus. Estudos populacionais realizados no país têm demonstrado que não menos que 85% dos idosos apresentam no mínimo uma doença crônica.^{103, 114} A presença de uma ou mais enfermidade crônica, no entanto, não significa que o idoso não possa conservar sua autonomia e realizar suas atividades de maneira independente. De fato, a maioria dos idosos brasileiros é capaz de se autodeterminar e organizar-se sem necessidade de ajuda, mesmo sendo portador de alguma patologia crônica. Os mesmos estudos citados acima revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e, até, sentar e levantar de cadeiras e camas.^{20, 103}

Com relação ao consumo de medicamentos, Anderson, et al⁵, entrevistaram 93 idosos, da Universidade Aberta da Terceira Idade, no Rio de Janeiro e relataram que 85% da amostra utilizavam pelo menos um medicamento regularmente. Nessa mesma universidade, Sayd, et al¹¹³, entrevistaram 140 idosos que afirmaram ter ingerido dois a três medicamentos, em média, na véspera da entrevista. Almeida, et al³, descreveram que 41,3% de 184 idosos atendidos em um ambulatório de psicogeriatría de São Paulo, consumiam três ou mais medicamentos por dia. Das drogas não psicotrópicas, os anti-hipertensivos foram os mais freqüentemente utilizados (32,6%).

Ramos, et al¹⁰⁴, ainda comentam sobre a alta prevalência de domicílios multigeracionais e sobre a hipótese desse arranjo ser muito mais uma estratégia de sobrevivência do que uma opção cultural. Entendem eles, também, que os idosos desses domicílios estão muito mais sujeitos a uma situação de isolamento e maior grau de dependência e incapacidade, que são frutos da pior qualidade de vida a que estão expostos. Em muitas regiões, ainda se rejeita o idoso, seja de maneira direta ou indireta.

Nesse sentido, a PNSI apresenta "*como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade*".¹⁶

Esta Política, em sua introdução, assume que o principal problema que pode afetar o idoso, como conseqüência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Para o alcance do propósito da mesma, foram definidas como diretrizes essenciais a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade

funcional comprometida; a capacitação de recursos humanos especializados; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas.

Todas as ações em saúde do idoso, como o previsto na referida Política, devem objetivar ao máximo manter o idoso na comunidade, junto de sua família, da forma mais digna e confortável possível. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, seja ele um hospital de longa estada, asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerada uma alternativa, somente quando falharem todos os esforços anteriores.⁴⁹

A internação dos idosos em serviços de longa permanência representa um modelo excludente e que causa uma importante deterioração na capacidade funcional e autonomia. Mesmo a internação hospitalar por curto prazo de tempo leva a este tipo de perda. Sager, et al¹⁰⁹, demonstraram que, comparando a capacidade para realização de atividades básicas da vida diária que o idoso possuía antes da internação, em um leito de agudos por curto prazo de tempo, em relação à do momento da alta, levou a uma significativa queda desta capacidade. Em nova avaliação, três meses após, verificou-se que os níveis de capacidade funcional não tinham sido totalmente recuperados em relação aos de antes da internação.

O cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das CMSs, em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família, que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde. O retorno ao modelo de cuidados domiciliares, como proposto na política em tela, não pode ter como única finalidade baratear custos ou transferir responsabilidades. A assistência domiciliar aos idosos, com comprometimento funcional, demanda programas de orientação, informação e apoio de profissionais capacitados em saúde do idoso e depende, essencialmente, do suporte informal e familiar, constituindo-se num dos aspectos fundamentais na atenção à saúde desse grupo populacional. Isso não significa, no entanto, que o Estado deva deixar de ter papel preponderante na promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso

nos três níveis de gestão, sendo capaz, se possível, de otimizar o suporte familiar.¹⁶

Em síntese, pode-se afirmar que o panorama do envelhecimento populacional é um fato incontestável e vem ocorrendo tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Existem inúmeras formas para se concluir e entender o porquê: desde as teorias que citam fenômenos de maneira isolada, bem como aquelas mais unificadoras em que a queda da mortalidade infantil e as mais baixas taxas de fecundidade ocorridas na década de 1950, tiveram significativa participação. Além desses fatores, as melhorias dos sistemas de saúde, somadas aos incrementos de infra-estruturas de saneamento e habitação, e as mudanças sociais nas áreas de educação, percepção e comportamento ligadas às áreas de saúde, tiveram papéis fundamentais na maior longevidade.¹¹⁵

Caso se assuma que existe uma relação recíproca entre as atitudes e a realidade vivida pelos idosos, ter-se-á que admitir que a melhora da situação depende da promoção de mudanças nas atitudes frente à velhice e nas suas condições de vida. É a pesquisa sobre este aspecto que pode contribuir com o conhecimento de tendências, conhecimento esse que pode servir como base para o planejamento de ações educacionais voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. A longo prazo, este ideal social pode ser alcançado pelo investimento na divulgação de conhecimentos científicos que resultem no desenvolvimento gradual de uma nova cultura sobre a velhice. Esta pretende, portanto, ser uma das que deverá contemplar possibilidades ainda não exploradas e de contribuição, nesta etapa da vida humana.

SEXUALIDADE NO IDOSO

Conceitua-se sexualidade como sendo o modo pelo qual se vivencia o instinto sexual na busca do encontro afetivo, do acasalamento e do prazer, permeando os corpos e psique, com gestos, entonações, adereços, perfumes: permeia tudo o que torna o indivíduo mais homem/macho e mulher/fêmea, no inexorável jogo da sedução e da conquista. Na ampla teia de possibilidades da vida sexual, insere-se a relação sexual restrita ao pênis-vagina como um de seus componentes. Articula-se a fatores hormonais, emocionais e socioculturais, de um modo pessoal e singular, da mesma forma que é tecida a história da subjetividade e vida. Ela se estende da função do prazer à função da procriação. É uma função vital que permeia a vida, da infância à velhice, e instala-se junto a uma série de tabus.

A libido sexual insere-se na realidade psicossomática, instruindo-se na organicidade hormonal. A eclosão bioquímica do desejo liga-se às condições emocionais e circunstanciais. Os estímulos do desejo são incontrolláveis e peculiares a cada sujeito. Dentre eles, citam-se os estímulos táteis (toque de todo o corpo e, especialmente, das zonas erógenas); os visuais (nudez, roupas, enfeites); os auditivos (sussurros, sons, música); os olfativos (perfumes); e os cognitivos (fantasias, lembranças), é o que ainda realça o autor acima.⁸⁷

Fenomenologicamente há diferenças na sexualidade entre homens e mulheres. Na mulher, predomina a afetividade, enquanto, no homem, a vivência é mais na sexualidade física. É inegável que essa situação se articula aos padrões socioculturais. No império do patriarcado, ser mulher foi identificado, principalmente, com a dinâmica do amor materno, sendo o amor erótico e a sexualidade reprimidos e articulados ao sentimento de culpa. A mulher ficou vinculada à procriação, tornou-se objeto de desejo, permitindo excitar-se quando desejada, tendo mais reação que ação desejante.

Inegável se torna para a mulher ser difícil dissociar a sexualidade da afetividade, embora nas atuais gerações, já se percebiam mudanças. Paralelamente o ser homem tem sua auto-afirmação e identidade articulada de forma direta a sua sexualidade, a sua potência sexual, e conseqüentemente à relação genital. Sua auto-afirmação se faz pelo desempenho sexual, pela ereção e quantificação da potência. No entanto, os tempos atuais mostram que, cada vez mais, essas diferenças se desfazem, podendo ser observado que ambos os gêneros buscam atividade sexual como um componente básico da vida e nos relacionamentos.⁵³

A atual geração de idosos estruturou-se basicamente em torno da relação do casamento. Alguns ainda realizados por escolhas interfamiliares. Nessa relação a maioria das mulheres abriu mão da realização pessoal em outras áreas. A identidade e a auto-estima dessas idosas são vivenciadas de forma dependente das realizações ou idealizações dos maridos e dos filhos. Tendem a viver pelos outros e para os outros. Assim, os anos de velhice correm o risco de se tornarem áridos e sem sentido individual, especialmente agravados pela independência e saída dos filhos de casa. As novas gerações não encontram mais o casamento como veículo de articulação do amor e do sexo, privilegiando o relacionamento que traz intimidade e satisfação pessoal.⁸⁸

Quanto à sexualidade, os espaços e o ritmo do prazer mudam com o passar dos anos. Há uma diminuição da potência sexual como de outras funções: visual, auditiva, embora haja exceções. No entanto, a sexualidade segue sendo uma necessidade básica também na velhice. Após a menopausa, com a carência do estrogênio, as mulheres sofrem alterações físicas, com atrofia de tecidos na vulva, vagina, trompas, mamas, mucosa da bexiga. Estas mudanças hormonais se expressam na anatomia e perdem-se no risco da condição de consumidas – consumadas – descartadas.^{70, 101, 106} Uma vez afastada a possibilidade de engravidar, encontra-se livre e seu corpo é mais do que nunca seu.

Os homens, embora mais livres na busca de seus desejos, também vivenciam uma gradual redução da potência sexual com a diminuição hormonal

da testosterona. Há alteração na capacidade erétil devido a problemas vasculares, pela incompetência dos corpos cavernosos e problemas emocionais com o rebaixamento da libido.¹⁵

Conforme se observa os seres humanos de ambos os sexos têm necessidades sexuais, incluindo a necessidade de estar perto, de tocar, de serem tocados. A sexualidade é um fato inevitável da vida que existe desde o nascimento até a morte. A sexualidade não é somente o ato sexual em si mas está inter-relacionada com todas as áreas da vida de uma pessoa. Frequentemente ela se manifesta de maneiras sutis. É ela a integração dos aspectos físicos, emocionais, intelectuais, espirituais e sociais da personalidade de um indivíduo, que expressa masculinidade ou feminilidade. As interações com outras pessoas, higiene pessoal, o ato de se vestir, a fala e as manifestações de afeto são todas partes importantes da sexualidade. Dada a ampla extensão da expressão sexual, a idade e a incapacidade física têm pouca relação com o fato de uma pessoa ser ativamente sexual ou não. O estereótipo de que o idoso não tem sexualidade ou não tem interesse em sexo é uma função da nossa cultura e da ansiedade ao redor destes aspectos. A realidade é que a atividade sexual, na maioria das vezes, continua até a morte.⁸⁷

O estresse, a fadiga, a dor e a depressão, o uso de terapêuticas medicamentosas como anti-hipertensivos, podem interferir na função sexual, em presença ou ausência de disfunção sexual física. Para os indivíduos idosos, existem várias fontes potenciais de estresse incluindo a aposentadoria, mudanças na família (separação de um filho adulto, cuidar de pais idosos, assuntos relacionados ao padrasto, à madrasta), morte ou perda de amigos íntimos, problemas financeiros, reação de adaptação à doença, conflitos no casamento e medos acerca da diminuição do desempenho sexual devido a mitos que ainda persistem na população idosa.¹⁵

Fatores estressantes adicionais confrontam a população idosa de preferência pelo mesmo sexo: a questão se a orientação sexual deste indivíduo deve ser escondida, o impacto desta decisão sobre o próprio conceito do

indivíduo e se e como incluir o parceiro nos planos para idosos (financeiros, legais, residenciais, tratamento em instituições, tais como hospitais, clínicas geriátricas). A atividade sexual, para a população heterossexual continua da mesma forma em idades avançadas.^{31, 61, 100}

Muitos idosos conseguem atingir o orgasmo durante a relação sexual, mas caso esta opção não seja mais disponível, eles podem não ser imediatamente capazes de fazer a transição para alternativas sexuais devido a uma falta de informação sobre o assunto ou de familiaridade com certas formas de comportamento sexual.

As pessoas idosas apresentam a capacidade e o direito de expressão sexual e de ter relações íntimas. O paciente com doença terminal precisa entender que é aceitável ter suas necessidades de contato íntimo e sexo atendidas pelo seu parceiro. Quando em tratamento domiciliar ou em nível hospitalar deve ser incluída a oportunidade para sexo, caso o paciente assim o requeira. O contraste entre a natureza constatadora de vida das relações sexuais e a finalidade da morte pode também aumentar a ansiedade do paciente e de seu parceiro. Mitos em relação à sexualidade de pessoas idosas continuam a existir, especialmente ao abordar estas questões quando são geradas restrições indevidas, isolamento social e vergonha entre a população de idosos.⁵⁴

Tais constatações surgem com as pesquisas que abordam a sexualidade em idosos. Barber⁶ verificou que, com a evolução da saúde e o incremento de alguns aspectos como os nutricionais, a mulher atual tem mantido mais interesse pela vida sexual, independentemente de seu envelhecimento. Outros autores como Meston⁸³, refutam o mito de que envelhecimento e disfunção sexual estão inexoravelmente ligados, após verificarem que uma alta proporção de homens e mulheres permanece sexualmente ativa, mesmo na terceira idade. Diokno, et al³² e McCoy, et al⁸¹, observaram que 74% dos homens casados com mais de 60 anos de idade continuam sexualmente ativos e 63% dos homens com 80 a 102 anos de idade preservam sua sexualidade funcionante. Mais ainda, 56% das mulheres

casadas, acima de 60 anos de idade, permanecem sexualmente ativas e 30% das mulheres com 80 a 102 anos de idade mantêm alguma atividade sexual.

Verificações como estas, permitem enxergar os idosos como cada vez mais capazes de manter sua integridade, quer seja física, psicológica ou sexual, mas não os eximem da possibilidade de virem a adquirir doenças sexo-veiculadas, dentre as quais a aids.

A evolução cultural e o maior acesso às informações permitidas pela vida atual garantiram modificações comportamentais com maior conscientização e esclarecimento entre os idosos. Dentre essas modificações incluem-se as mudanças pertinentes à sexualidade: desde a desmistificação de que sexualidade não interessa aos idosos, aos conceitos atuais que definem sexualidade não só como o ato sexual em si, mas também como contentamento, proximidade, satisfação ou sensação de calor humano.⁸⁷

Grande aliada desses novos conceitos, e da maior divulgação da sexualidade e da relação sexual, tem sido a indústria farmacêutica, há mais de duas décadas interagindo como meio de suporte para a manutenção da atividade sexual em grupos populacionais portadores de disfunções. Esta ação se deu inicialmente com a utilização de injeções intracavernosas de drogas vasoativas, como papaverina ou prostaglandina em homens, a recomendação de supositórios intra-uretrais e, atualmente, com a administração de medicamentos, por via oral ou sublingual, que auxiliam na ereção, quer por ação local, como o citrato de sildenafil, quer por ação central, como o cloridrato de apomorfina. Para as mulheres, a terapia de reposição hormonal, mediante doses de estrogênio e progesterona, tem feito com que cientistas defendam seu uso na terceira idade, com o intuito de prolongar e “manter a juventude”. Para Freitas, et al⁴², se medidas preventivas não forem colocadas em prática, o problema pode se agravar no futuro. “Em longo prazo isso pode implicar no aumento da contaminação”, afirmam estes autores.

Contudo, o avanço da epidemia nessa faixa etária já preocupa o Ministério da Saúde que instituiu um grupo técnico para cuidar deste segmento populacional, tendo como estratégia básica definida a distribuição de preservativos masculino e feminino. Para tentar conter esta progressão da epidemia, entidades que trabalham com a terceira idade também desenvolveram uma programação especial sobre o tema em 2002, e estão sempre promovendo atividades voltadas para a área. O SESC, que trabalha com milhares de pessoas nesta faixa etária, pelo Brasil afora, apresenta debates, palestras e oficinas para incentivar os idosos a se prevenirem contra a aids. A realidade é que estão eles muito mais ativos, participantes, saem mais, vão a festas, forrós, e bailes, passando a freqüentar grupos extrafamiliares. Historicamente nunca se estimulou tanto a inserção social dos idosos como na atualidade, quando foi estabelecido o Estatuto do Idoso que lhe favorece direitos (inclusive da saúde e do lazer) mediante a Lei n.º 10.741/03.^{16, 72, 85, 111}

Os geriatras sempre comentam que tanto seus colegas médicos, como os pacientes têm dificuldade em se expressar sobre o assunto e que, com alta freqüência, costumam ignorá-lo. “Sexo se torna um tabu para eles.”, “É muito difícil mudar o hábito de alguém que passou a vida inteira mantendo relações sexuais sem qualquer tipo de proteção.” As conseqüências vão além do comprometimento do trabalho de prevenção e em determinadas situações resultam no diagnóstico tardio da doença. O descompasso acaba estimulando os relacionamentos extraconjugais e a promiscuidade, sendo que nesta idade tais comportamentos acabam tendo um peso extra¹²³.

É bom lembrar que a infidelidade e a multiplicidade de parceiras sempre foram franqueadas socialmente aos homens que hoje têm mais de 60 anos e o sexo seguro nunca fez parte da vida deles. São homens de uma geração que pensa que transar de camisinha é como chupar bala com papel. São pessoas que aos 30 anos viveram o auge da liberação sexual e se acostumaram a se relacionar sem medo de doenças. Para os males de sua época (sífilis e gonorréia), a penicilina era um “santo remédio”, relata Ferry.³⁶

A falta de hábito do uso da camisinha expõe também as mulheres idosas casadas que, pela educação recebida, são extremamente submissas e têm um poder muito menor de negociação do uso de preservativos do que as mais jovens. Como a sociedade se encontra muito mais permissiva, tanto homens como mulheres, não raro, escolhem parceiros até bem mais jovens, dentre os quais a doença se dissemina com maior intensidade.

Ainda, de fundamental importância, deve-se ater ao aspecto relacionado à rejeição de preservativos pelos idosos. Por dificuldade de se adaptar, por preconceitos culturais ou por constrangimento em adquirir os próprios preservativos, passa a ser um grupo de maior risco para as doenças sexualmente transmissíveis. A literatura atual considera que pacientes portadores de doenças venéreas devam ser investigados, por que há significativa associação entre essas doenças e aids. Em homens, a pesquisa deve ser dirigida para gonorréia, sífilis e clamídia, enquanto em mulheres deve ser voltada à gonorréia e tricomoníase.

Ao relatar a prevalência da atividade sexual em pessoas idosas, Schover, Jensen¹¹⁶ observaram que a maioria dos homens continua interessada em sexo, não importando a idade. Na verdade 37% dos homens acima de 60 anos de idade relataram que a atividade sexual permanece tão prazerosa quanto antes. No mesmo estudo, 27% relataram que o sexo se tornava melhor após os 60 anos de idade do que previamente e, 36% afirmaram que tinham menos prazer na relação sexual atualmente do que quando eram mais jovens. Os fatores associados à continuidade da atividade sexual na velhice são a idade, o estado de saúde, a disponibilidade de um(a) companheiro(a) e a frequência da atividade sexual quando se trata do parceiro ser mais jovem. Em geral, acredita-se que a atividade sexual em qualquer idade tende a ser mais freqüente em homens do que em mulheres. Todavia, recentemente, mesmo esta conclusão tem sido bastante criticada como um artefato estatístico; certas mulheres idosas são sexualmente mais ativas do que certos homens da mesma condição.

Para as mulheres, a frequência da atividade sexual é dependente da disponibilidade de um companheiro, do estado de saúde e do prazer sexual no passado. Muitas mulheres mencionam que o sexo se torna mais prazeroso e satisfaz após a menopausa. O orgasmo pode tender a durar mais e relatam freqüentemente que a sensação é mais intensa. A frequência do coito em mulheres casadas também sofre um declínio gradual semelhante ao homem. Todavia, a masturbação e as fantasias sexuais parecem ser menos freqüentes nas mulheres do que nos homens e declinam lenta, progressiva e gradual, após a idade de 60 anos.^{70, 80}

Vivenciar a sexualidade na amplitude do prazer é uma questão de permanecer ligado, interessado no pulsar da vida. Convém lembrar de que o idoso vivenciará a vida sexual que se permitiu na juventude e na maturidade. Se a ela se entregou e usufruiu, saberá encontrar formas de satisfação na velhice. O padrão da sexualidade na velhice muda cada vez mais do quantitativo para o qualitativo. Desejos tão vitais como amor e sexo permanecem por toda a vida, o que muda é a consciência de como vivê-los. Viver implica sair dos limites da velhice, sair do círculo da cronologia, para vivenciar o círculo do amor e da sexualidade.²⁸

A dor afetiva da viuvez articula-se ao grau de identificação com o cônjuge. A elaboração do luto implica um rompimento afetivo e cognitivo com o passado. A viuvez ou a separação, podem trazer uma relação de autoritarismo e posse. Essas perdas tendem a causar abalos nas estruturas vivenciadas dos idosos, levando-os a readaptações diárias, por vezes tendo que morar com os filhos ou em asilos. É a vivência da síndrome da perda do ninho. Simbolicamente ninho é a matriz e nutriz; pode ser a perda de uma casa, um quarto, uma cadeira de balanço ou um recanto interno. Novas relações, quando acontecem, fazem-se permeadas por maior sinceridade e objetividade nos critérios de seleção: saúde, condição econômica, cortesia e companheirismo. Recomeçar a vida amorosa é mais fácil para os homens idosos, inclusive com mulheres mais jovens do que para as mulheres de mais idade.^{31, 58, 61, 100}

Jung⁶⁸ afirmava que o de que a juventude precisa encontrar fora, o homem, no entardecer da vida, tem que encontrar dentro de si. É a época de reconhecer o engano das convicções, de sentir a inverdade das verdades, de relativizar as posições, pois tudo o que é humano é relativo, uma vez que repousa numa oposição interior de contrários.

A verdade é que nos últimos anos vem ocorrendo uma revolução na concepção e na prática da sexualidade, refletindo-se de forma indiscutível na terceira idade. Alguns fatores tiveram influência direta no processo, sendo cinco deles os mais importantes: 1) a vida sexual deixou de ter apenas a função de procriação para se tornar uma fonte de satisfação e realização de pessoas de todas as idades; 2) o aumento notável e progressivo de pessoas que chegam a uma idade sempre mais avançada em condições psicofísicas satisfatórias e não dispostas a renunciar à vida sexual; 3) o uso de medicamentos que facilitam o aparecimento e manutenção da ereção, e a terapia de reposição hormonal, para a mulher, facilitando a prática sexual mais freqüente e duradoura, dentro e fora de casa; 4) o aparecimento da aids que obriga a repensar a sexualidade reforçando a necessidade de todos se informarem e falarem mais abertamente sobre sexo; 5) o surgimento de medicação anti-retroviral também contribuindo para a qualidade de vida, em todas as idades.

Dentre os temas abordados em trabalhos com grupos da terceira idade, aquele sem dúvida alguma que desperta maior interesse é o da sexualidade. Trata-se cada pessoa de um universo diferente, e a maneira como cada uma se relaciona com este tema difere também. Alguns falam sobre sexo com a maior naturalidade. Outros sentem-se constrangidos, mas acabam aos poucos expressando seus sentimentos a respeito. Percebem que é um assunto que pode ser conversado naturalmente, sem constrangimento. Discutir sobre a sexualidade na terceira idade, relaciona-se com um tema efervescente ao qual descobertas compensadoras se acrescentam a cada novo dia, muito embora ainda se encontre cercado de tanto preconceito, seja por parte dos mais jovens, dos próprios idosos e de profissionais de várias áreas.

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (aids)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) foi identificada pela primeira vez em 1981. A partir daí sua epidemiologia passou a relacionar essa doença a algum agente infeccioso até a identificação do retrovírus que a causara.⁸⁶

Em 1982, o CDC, em Atlanta, nos Estados Unidos, publicou as recomendações referentes ao trabalho clínico e laboratorial com a aids, embora até então não houvesse evidências da transmissão da doença por meio do ar ou qualquer outro contato casual e tampouco relatos de novos casos da enfermidade.^{28, 142} Estas recomendações eram gerais e análogas às indicadas para o manejo da hepatite B. Tal fato, deveu-se ao reduzido número de informações relativas ao grau de risco inerente à Síndrome. As recomendações incluíam ainda aqueles profissionais que realizavam atividades de necrópsia, patologia e odontologia.

Decorridos 20 anos de aids, milhares de pacientes morreram, inúmeros profissionais também, estudos foram e vêm sendo desenvolvidos e o que se sabe é que os principais fatores de risco para a sua transmissão, relacionados ao paciente, que devem ser levados em consideração são o estágio da doença, o grau de viremia e/ou antigenemia, o número de concentração das células circulantes infectadas e o fato de estar ou não recebendo imunomoduladores ou quimioterapia antiviral.

Histórico da aids^{59, 102, 126} – A síndrome de imunodeficiência adquirida foi descrita em 1981. Os primeiros casos foram reconhecidos devido à aglomeração de portadores de SK e PCP em homossexuais masculinos, procedentes de grandes cidades norte-americanas (Nova Iorque, Los Angeles

e São Francisco). Embora já reconhecidas anteriormente, essas doenças apresentam características próprias (a pneumocistose por exemplo ocorria em pacientes com câncer em estágios avançados, já o SK era bem conhecido em indivíduos idosos, procedentes da Bacia do Mediterrâneo). Entretanto nunca fora observada a ocorrência em pacientes homossexuais masculinos, previamente saudáveis. Este fato logo chamou a atenção do órgão de vigilância epidemiológica norte-americano, o CDC, que passou imediatamente a estudar a doença e definir o seu perfil clínico e epidemiológico.²⁶

Grande parte das pessoas entrevistadas relatava haver conhecido determinado indivíduo do sexo masculino, um comissário de bordo de origem franco-canadense, Getan Dugas. Mais tarde, este homem passou a ser conhecido como o paciente zero, a partir de quem a doença teria cruzado o Oceano Atlântico, o que fez confirmar que a doença estivesse de alguma forma ligada ao seu estilo de vida. Logo se percebeu, entretanto, que havia casos entre heterossexuais e crianças recém-nascidas. Ainda assim, certas características epidemiológicas permaneciam sugerindo etiologia infecciosa, transmitida por via sexual, vertical e parenteral.

A partir daí foi dada a largada para incontáveis estudos, na tentativa de ser identificado o agente etiológico da aids, possivelmente um vírus, já que parecia pouco provável que outro tipo de microorganismo pudesse causar uma doença com tais características sem ser identificado. O CMV, o EBV e o HVB encabeçaram a lista dos suspeitos, inicialmente. Todavia, esses já eram vírus conhecidos, e a doença sob investigação era nova, o que indicava que um vírus até então desconhecido fosse o agente etiológico da doença.

Em 1983, dois grupos de cientistas reclamaram para si a descoberta de um retrovírus que acreditavam seria o agente etiológico da aids. O primeiro grupo do Instituto Pasteur, de Paris, chefiado pelo Dr. Luc Montagnier; e o segundo, nos Estados Unidos, chefiado pelo Dr. Robert Gallo. Uma das pesquisadoras (Françoise Barré-Sinoussi) do Instituto Pasteur, de Paris, trabalhando com material extraído de linfonodo de pacientes com aids conseguiu cultivar um retrovírus, em laboratório, e enviou o material para o

Laboratório de Robert Gallo para que este confirmasse o seu achado. Entretanto sucedeu que, com base neste material, Gallo divulgou a descoberta do vírus como se fosse sua, pois já havia identificado em 1979, dois outros retrovirus conhecidos o HTLV 1 e o HTLV 2. Em virtude do precedente do HTLV 1 e 2, o agente etiológico da aids foi denominado HTLV 3, pelos americanos. Os franceses, no entanto, preferiram chamá-lo LAV de vírus associado à linfadenopatia.

A partir de 1986, o vírus recebeu a denominação oficial de HIV – *Human Immunodeficiency Virus*, em português, Vírus da Imunodeficiência Humana. Neste mesmo ano, foi identificado um segundo agente etiológico, o HIV-2, também um retrovírus, com características bastante semelhantes às do primeiro. Ambos mostram de 40-60% de homologia entre seus aminoácidos.

Seguiu-se um período, entre o final da década de 80 e início da década de 90, que pouco se conseguiu de prático na luta contra a aids. Nesse período a doença adquiriu proporções de pandemia, alastrando-se pelo mundo afora, particularmente em países subdesenvolvidos da África Central (Uganda, Kênia, Tanzânia, Moçambique) e do Sudeste Asiático (Tailândia, Laos, Indonésia), além da Europa e Américas.^{7, 33, 34, 82, 118}

Etiologia^{8, 15, 26, 59} – Os vírus HIV são retrovírus com genoma RNA, pertencentes à família *Retroviridae*, que é composta por três outras subfamílias: *Oncovirinae* (com os vírus HTLV 1 e 2), *Lentivirinae* (com os vírus HIV 1 e 2) e a *Spumavirinae* (com patogenia desconhecida para o homem). São retrovírus citopáticos e não oncogênicos que necessitam, para se multiplicar, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia de DNA, que se integra ao genoma do hospedeiro. Embora a origem desses vírus ainda não esteja bem esclarecida, sabe-se que uma grande família de retrovírus relacionada a eles está presente em primatas não humanos na África sub-saariana. Todos os membros dessa família possuem estrutura genômica semelhante, em torno de 50% de homologia.

A estrutura química do vírus foi divulgada em 1985, demonstrando que é formado por 9.913 elementos. É um vírus primitivo, com uma membrana dupla de lipoproteínas (envelope viral) e código genético composto por aproximadamente uma dezena de genes e dois filamentos idênticos de ácido ribonucléico (RNA). Mede de 18-300 nm, é bastante lábil no meio externo e presente em todas as secreções e fluidos orgânicos. Pode se alojar num segmento do cromossomo humano e permanecer dormente por várias gerações celulares. Daí existirem os portadores assintomáticos.

O HIV-1 é o causador da epidemia mundial de aids e pode ser dividido em três grupos: M, O, N. O grupo M é o mais abundante no mundo e evoluiu geneticamente para formar 9 subtipos. Os predominantes são:

- A:** África Central, Leste e Oeste; Europa Leste e Oriente Médio;
- B:** América do Norte, Europa, Oriente Médio, Leste da Ásia e América Latina;
- C:** Sul da África e da Ásia e Etiópia;
- D:** Leste da África;
- E:** Sudeste da Ásia.

No Brasil, encontra-se o subtipo B, como predominante (80% das infecções), seguidos dos subtipos F e C (maior prevalência no sul do país).

O HIV-2 que foi encontrado na África sub-saariana e oeste, é menos transmissível do que o HIV-1, no início da doença, e raramente ocorre transmissão vertical. Está associado a menor carga viral, queda mais lenta das células CD4 e maior tempo de progressão clínica.⁹

Patogenia^{25, 59, 102, 126} – Ocorre a transmissão do vírus por via sexual, sanguínea ou vertical. Uma vez inserido no organismo, na corrente sanguínea, as partículas do vírus com RNA vão atingir células que contenham em suas superfícies os chamados receptores CD4. Essas proteínas (*cluster designation 4*) permitem que o vírus se ligue às células. O maior objetivo do vírus é atingir os linfócitos T “helper”, uma espécie de leucócito, por esse tipo de célula possuir grande quantidade de receptores e co-receptores, os CCR-4

e CCR5, cujos estudos estão concentrados nesse momento com boas perspectivas de nova classe de medicamentos. Caso essas células não apresentem esse receptor, o vírus não as reconhece e elas permanecem funcionantes. Esses linfócitos são responsáveis por alertar o sistema imune de que há invasores no sistema. Além dos linfócitos T, o vírus ataca os macrófagos, incluindo as células dendríticas dos linfonodos, que são importantes na fagocitose e eliminação de agentes estranhos ao organismo (“invasores”). O HIV, por atacar as células de defesa do organismo, torna os indivíduos infectados suscetíveis a uma série de infecções e doenças, o que pode levar à morte.

Com o vírus HIV ligado à célula do hospedeiro ocorre a fusão do envelope viral com a membrana plasmática do linfócito T, o que permite que o RNA viral penetre no citoplasma celular. Uma vez lá dentro, o RNA sofre a ação da enzima transcriptase reversa, transformando-se em DNA, através de uma cópia do DNA (cDNA) a partir do RNA. É exatamente esse cDNA que tem a capacidade de penetrar no núcleo da célula infectada e se integrar ao DNA celular, através de uma outra enzima denominada integrase. Este cDNA incorporado é conhecido por provírus e, toda vez que a célula se dividir, também será feita uma cópia do DNA viral, aumentando assim o número de células infectadas. O provírus permanece latente até que a célula T seja ativada. Com a ativação da célula T há a transcrição do provírus pela enzima RNA polimerase, criando material genético denominado RNA mensageiro ou mRNA. Este comanda as instruções para a confecção de novas proteínas virais a partir do núcleo. Uma vez incorporado, o cDNA viral passa a comandar toda a atividade da célula hospedeira. Finalmente, um novo vírus é sintetizado. Longas cadeias de proteínas são segmentadas por uma enzima chamada protease viral em proteínas menores. Em seguida elas brotam para fora da célula hospedeira e criam novos vírus capazes de infectar outras células. A célula T eventualmente é lisada, destruída. Nos pacientes infectados pelo HIV há uma dinâmica nesse ciclo, com a produção contínua de partículas virais, infecção, morte e substituição de novas células, mesmo quando o indivíduo infectado não apresenta sintomas.¹¹⁸

História Natural da Infecção pelo HIV^{8, 25, 26, 59, 73, 102, 126} – Como primeira etapa do processo acontece a transmissão viral, seja por via sexual, sanguínea ou vertical. Após duas a seis semanas surge a síndrome retroviral aguda, associada à febre, adenopatia generalizada, exantema maculopapular em face e tronco, mialgias, diarreia, hepatoesplenomegalia e perda ponderal. A replicação viral aí é muito ativa, particularmente nos linfócitos T, ocorrendo uma viremia acentuada. O vírus HIV se dissemina por todo o organismo, tecidos linfáticos e órgãos. Decorridas mais duas a três semanas há a soroconversão, com declínio simultâneo na viremia, caracterizadas pelo aparecimento de anticorpos contra o HIV aos exames de rotina. Passadas outras duas a quatro semanas, inicia-se a fase de infecção crônica assintomática ou oligossintomática (dermatites, diarreia intermitente, febre baixa, linfadenopatia persistente, fadiga), que pode variar de meses até anos. Nela há pouca ou nenhuma replicação viral e pouco ou nenhum vírus em cultura detectável em sangue periférico. A contagem de linfócitos T permanece moderadamente diminuída. Mantém-se, porém, a replicação viral dentro dos tecidos linfóides. O surgimento de infecção sintomática/aids com progressão para a morte, sem a interferência de medicação, leva em média 1-2 anos a partir dessa fase. É nesse momento que costumam se instalar as manifestações mais variadas de doenças oportunistas como CMV, herpes zoster, fungemias, micobacterioses disseminadas, entre outras.

Diagnóstico^{2, 8, 25, 26} – No início de 1985, já estava disponível no mercado, um teste sorológico de metodologia imunoenzimática (ELISA), para diagnóstico da infecção pelo HIV que podia ser utilizado em triagem nos bancos de sangue. Este teste passou a ser usado e diminuiu consideravelmente o risco de transmissão transfusional do HIV. No final da década de 1980, surgiu o método confirmatório conhecido como *Western blot*, sendo utilizado até hoje.

Atualmente a condição de indivíduo portador do vírus HIV é considerada através da confirmação laboratorial de exame anti-HIV positivo, por duas amostras de sangue diferentes com testes de triagem (ELISA ou Imunofluorescência Indireta) e confirmatório (*Western blot*).⁸⁵

São, também, considerados como pacientes com aids aqueles que preencheram os critérios utilizados de rotina pelos serviços de saúde, no Brasil, ou seja: ter sorologia positiva para HIV (representada pela positividade ao teste imunoenzimático ELISA) e confirmação através da técnica de Western blot (ou imunofluorescência indireta), além de presença de sintomatologia clínica. De acordo com o Manual de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro,¹⁵⁰ a presença de sintomatologia é definida como: a) um conjunto de sinais, sintomas ou doenças, que somem pelo menos 10 pontos, segundo o critério OPAS/Caracas; ou b) pelo menos uma doença indicativa de aids, dentre uma série de 18 enfermidades selecionadas pelo critério CDC modificado; ou c) na ausência de resultado de teste sorológico para o HIV, dispor de pelo menos uma doença indicativa de aids, diagnosticada definitivamente, desde que excluídas outras causas de imunodeficiência (critério excepcional); ou d) pacientes com contagem de linfócitos CD4 < 200 cel/mm³.

Até 1992, foram utilizados apenas o critério OPAS/Caracas e o critério excepcional. A partir de agosto de 1992, passou-se a usar também o critério CDC modificado, que é o mais comumente utilizado nos dias atuais.¹²⁶

Tratamento^{59, 102} -- Em 1986, foi aprovado pelo FDA norte-americano, órgão de controle sobre produtos farmacêuticos, a primeira droga com atividade antiviral, a zidovudina ou AZT, um inibidor da transcriptase reversa análogo nucleosídeo. O AZT revelou-se uma droga com impacto discreto sobre a mortalidade geral de pacientes infectados pelo HIV, além ser eficaz em algumas situações particulares como na redução do risco de transmissão vertical e portadores de neuropatia periférica. Logo outros análogos nucleosídeos passaram a ser empregados, isoladamente ou em associação, sem que resultados muito melhores fossem alcançados.

Em 1994, um novo grupo de drogas antivirais para o tratamento da infecção pelo HIV passou a ser estudado, os inibidores da protease e no final da década de 90 os inibidores da transcriptase reversa não análogos

nucleosídeos também foram lançados, um para esquema inicial (Efavirenz) e outro para uso em gestantes (Nevirapina). Estas drogas revelaram potente efeito antiviral *in vitro*, e seu uso *in vivo*, isoladamente ou em associação com drogas do grupo do AZT (daí a denominação "coquetel"), e trouxeram um impacto enorme na história natural da infecção pelo HIV. Com seu uso em larga escala, houve diminuição da mortalidade imediata, melhora dos indicadores da imunidade e recuperação de infecções oportunistas. Uma verdadeira euforia ocorreu, chegando-se a falar na cura da aids. Entretanto, logo se percebeu que o tratamento anti-retroviral combinado, não eliminava o vírus do organismo dos pacientes infectados pelo HIV, aumentando, contudo, sua sobrevivência, com qualidade, lembrando que, associado a isso, encontravam-se os custos elevados do tratamento, o grande número de comprimidos tomados por dia e os efeitos colaterais destas drogas.

Desde o início desse ano, um novo grupo de antivirais está sendo lançado para uso em conjunto com as demais classes: os inibidores de fusão, como o enfuvirtide, com ação direta no local onde o vírus se funde com a célula CD4, impedindo sua entrada. Atualmente há duas linhas principais de pesquisa na aids. A primeira, em busca de uma vacina eficaz, visando a imunizar os indivíduos pertencentes a populações sob risco e a segunda, tendo em mira buscar drogas antivirais mais potentes e com menos efeitos colaterais que erradiquem o HIV do organismo de pacientes infectados. As maiores esperanças, no entanto, depositam-se no desenvolvimento de uma vacina eficaz. Infelizmente, até o momento não há relatos promissores sobre vacinas contra o HIV.¹⁴⁵

ASSISTÊNCIA ÀS Dst/aids NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A resposta da Secretaria Municipal de Saúde, do Rio de Janeiro, inicia-se ainda na década de 80, tendo a vigilância epidemiológica como eixo de ação. Em 1990, começam os treinamentos profissionais com vista a expandir a assistência para os CMS. Nos anos de 1994 e 1995, ocorre a disponibilização de medicações anti-retrovirais como AZT, ddI e ddC, embora ainda irregular, possibilita uma qualificação da assistência com o adiamento das infecções

oportunistas e conseqüente prolongamento da vida dos portadores de HIV/aids. A disponibilidade de novos medicamentos, aliada a uma política de “desospitalização”, leva à abertura dos hospitais-dia, onde os pacientes faziam uso de suas medicações, sem necessidade de internação. De forma extremamente dinâmica, o sistema de serviços em HIV/aids torna-se mais complexo.

Em 1996, o processo de treinamentos incrementa-se, atingindo as várias categorias profissionais inseridas nos serviços de saúde, nas várias áreas de atuação. Nesta mesma época, implanta-se a oferta de testagem anti-HIV de todas as gestantes que se apresentam ao pré-natal. Concomitantemente, ocorre a criação de uma rede de assistência voltada para a mãe e a criança, incluindo, além de cuidados específicos à gestante soropositiva, a distribuição do leite em pó como substituto do leite materno.

No final de 1997, o Ministério da Saúde conduz a implantação de uma rede de laboratórios para exames de carga viral e CD4, permitindo melhor acompanhamento dos pacientes HIV+. A indicação de terapia anti-retroviral, bem como seu controle, ganham, assim, instrumentos que auxiliam a sua precisão.

Em 1999, após quase três anos de disponibilidade da terapia anti-retroviral de alta potência, outro desafio se impõem. Os remédios disponíveis gratuitamente não servem de adesão ao tratamento. A resposta a esse desafio veio pela atuação conjunta do Ministério da Saúde, Estados, Municípios, ONGs e mesmo dos laboratórios farmacêuticos, com os treinamentos para multiplicadores de grupos de adesão, que visam apoiar psicologicamente e operacionalmente os pacientes em terapia anti-retroviral. No ano 2000, após a última incorporação de hospitais federais, as unidades de saúde da rede municipal tornam-se responsáveis pelo atendimento de 55% dos pacientes portadores do HIV. A queda da mortalidade por aids, nos últimos anos, no Município do Rio de Janeiro pode ser tomada como um indicador direto da qualidade do atendimento prestado e da recuperação imunológica advinda do uso continuado de anti-retrovirais.¹⁵⁰

ASSISTÊNCIA ÀS Dst/aids DO MUNICÍPIO DE DUQUE DE CAXIAS

No final da década de 80 e início da década de 1990, com a implantação do Sistema Único de Saúde, que objetiva a descentralização da assistência, são implantados treinamentos aos profissionais de saúde, com vista a expandir o acompanhamento dos pacientes soropositivos para os Centros Municipais de Saúde.

Em 1991, o município de Duque de Caxias apresenta a aids como responsável pelo maior número de óbitos em adultos do sexo masculino. Essa notificação foi determinante para que se criasse, a partir de 1992, um programa de Dst/aids no Centro Municipal de Saúde, já existente desde a década de 1970, que seria responsável pelo atendimento dos pacientes soropositivos para o HIV. A princípio conta com poucos profissionais médicos e enfermeiros e abastecimento precário de medicação anti-retroviral. Pouco a pouco a população toma conhecimento e procura auxílio, havendo crescimento e melhorias no programa, com o surgimento de equipe multidisciplinar de atendimento, abastecimento eficaz de medicação e rede informatizada de notificações.

De 1980 a 2003, Duque de Caxias torna-se o 23.^o município brasileiro com o maior número de casos de aids notificados (2.088 ou 0,7%).^{141, 150} Este Centro, no entanto, só realiza atendimento a adultos e, com a grande demanda na década de 1990, de crianças expostas e transmissão vertical, institui-se a unidade ao lado, o Hospital Infantil de Duque de Caxias, responsável pelo atendimento a elas.

Atualmente, num município com aproximadamente 750 mil habitantes há dois Centros Municipais de Saúde com programa de Dst/aids: o do Centro e o de Imbariê, que estão com cadastros abertos a novos pacientes. Há o Hospital Infantil como referência para Pediatria e as Maternidades de Xerém e do Hospital Municipal de Duque de Caxias, para a realização dos partos relacionados às mães portadoras do vírus HIV. Não há, até o momento, enfermarias de internação exclusivas para o atendimento dos soropositivos, o

que leva a população ainda a procurar esse tipo de atendimento no município vizinho, no Rio de Janeiro.

PERSPECTIVAS E DESAFIOS

No campo da assistência, apesar do acesso universal ao tratamento e da base ambulatorial e laboratorial instalada, permanecem problemas de acesso ao diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (inclusive das grávidas) e as medidas de quimioprofilaxia, com grande impacto na morbi-mortalidade, principalmente para tuberculose. A superação desses entraves estenderá de forma rápida os benefícios a uma parcela maior da população, com impacto positivo na qualidade de vida, sobrevida, além da prevenção de novas infecções pelo HIV. Além disso, é necessário aperfeiçoar o atendimento às outras doenças sexualmente transmissíveis, com ênfase na sífilis congênita.

Neste campo de avanços tecnológicos dinâmicos, é crucial prometer estratégias de educação continuada para os profissionais de saúde, para que garantam a formação de profissionais capazes de incorporar os avanços científicos, preservando a qualidade do atendimento e seus importantes aspectos voltados para a prevenção. Esta perspectiva é cada vez de mais valia, na medida em que a epidemia de HIV/aids avança para as parcelas socialmente carentes da população, exigindo respostas mais completas, complexas e integradas com outras instituições públicas, privadas e, principalmente, com as representações organizadas da sociedade.

HIV/aids APÓS OS 60 ANOS

A população idosa representava até há bem pouco tempo uma parcela insignificante nas estatísticas da aids. Atualmente, no entanto, não apenas dados científicos informam, mas também a mídia está repleta de relatos de que a aids avança sobre a terceira idade, fato que há duas décadas soaria como algo surreal, e agora já é bem realista. Na verdade vem se tornando um problema incontornável e até ameaçador, não se tratando, porém, de um paradoxo quando se leva em consideração alguns fatores, que passam a ser aqui enfocados.

A revisão da literatura internacional, revela aumento significativo do número dos portadores do vírus da aids, em pessoas com 60 anos ou mais. A explicação deste fenômeno é controversa, porém se deve em parte à desinformação quanto à doença e também quanto aos métodos de prevenção. O pensamento bastante freqüente de que “a doença nunca irá me atingir”, sem dúvida é um fator a destacar.^{19, 56, 74, 129, 134}

Nos EUA, o CDC^{25, 26, 142} anteviu ocorrer um aumento do número de pacientes soropositivos com idade igual ou superior a 50 anos, de 13, em 1981, para 3.562, em 1989. Nesse mesmo ano essa taxa já correspondia a 10% do total de casos registrados. O contato sexual e a transfusão sanguínea são dois dos principais responsáveis pela infecção. A proporção de mulheres aumentou de 6,1% para 28,7% no mesmo período e o diagnóstico indicou que as mortes saltaram de 16% para 37%, sugerindo uma rápida progressão da doença. Assim, como a incidência nas pessoas mais idosas continua a crescer, os profissionais de saúde também devem se familiarizar com tal epidemia. A tabela a seguir do CDC junto com a UNAIDS, revela o panorama mundial dos pacientes convivendo com HIV acima dos 50 anos:

PESSOAS IDOSAS VIVENDO COM AIDS NO MUNDO

Região e País	Total (N)	% casos \geq 50	% casos entre 50-59 anos de idade
África (1)	233.336	5.6	74.6
Ásia (2)	119.320	4.5	67.9
América Latina (3)	198.322	7.4	75.8
OUTROS			
Austrália	8.096	9.3	61.4
Canadá	16.235	11.2	N/A
França	49.421	12.9	63.5
Alemanha	18.515	16.4	79.8
Reino Unido	16.791	11.0	75.6
EUA	733.371	10.7	72.8

Fonte: UNAIDS, Epidemiologia dos países, 2000, *update* e CDC, 1999, HIV/aids, Surveillance Report

(1) Baseado em dados de 26 países: 65% dos casos na África Sub-saariana

(2) Baseado em dados de 10 países: 96% dos casos na Tailândia

(3) Baseado em dados de 7 países: 91% dos casos no Brasil e México

Dados do Ministério da Saúde ^{85, 140} já confirmam um aumento de novos casos na população mais idosa – em 10 anos foram de 130%, entre os homens e de 396% entre as mulheres. Uma trajetória ascendente, que contrasta com uma certa estabilização em outras faixas etárias e grupos sociais. Assim, as estatísticas brasileiras indicam a propagação do HIV na terceira idade, podendo desvelar a face cruel, resultante da melhora da qualidade de vida. O fato é que o número de casos de aids entre idosos cresceu, nos últimos anos, e, preocupado com o avanço da epidemia, o Governo Federal tem se reunido com entidades que realizam programas para a terceira idade. O objetivo é desenvolver ações preventivas que estimulem o uso de preservativos, juntamente com a educação em saúde, levando noções de sexo seguro aos grupos da terceira idade. Observar o quadro abaixo:

**CASOS DE aids SEGUNDO FAIXA ETÁRIA, SEXO E ANO DIAGNÓSTICO,
BRASIL, 1980-2004***

Faixa etária (anos)	1980 a 1992	1993 a 2000	2001 a 2004	1980 a 2004
50-59	2.504	11.863	8.121	22.487
≥ 60	1.080	4.434	2.825	8.339
Total (0 a > 60)	53.137	204.585	105.042	362.364

* Casos notificados e registrados no SISCEL até 30/08/2004

Fonte: MS – PN Dst/aids

Em muitos casos as pessoas idosas mais atingidas são aquelas que perderam o cônjuge. Ficam solitárias e são seduzidas por indivíduos, por vezes desconhecidos, que podem ser portadores da doença. São as mulheres, em parte, as maiores vítimas deste envolvimento, pois como se sabe a expectativa de vida entre os homens é menor, em média vivem eles oito anos a menos e assim a oferta de homens, que em qualquer faixa etária, é menor do que a de mulheres, torna-se ainda mais escassa aqui. Os representantes do sexo masculino, por sua vez, a partir dos 50 anos começam a se relacionar novamente, viúvos ou não, e quase sempre com mulheres mais jovens, mais atraentes, pois não há razão aparente de escolherem uma mulher da sua idade, uma vez que imaginam se encontrar esta desvalorizada no mercado afetivo sexual. Assim, entre os idosos que se descobrem portadores do vírus há basicamente dois perfis clássicos: o homem casado que se contamina com uma parceira mais jovem e o das viúvas que redescobrem o sexo, sendo grande o preconceito em qualquer dos casos.

O sexo sem preservativo revela algumas coisas interessantes nesta faixa etária. Quando a mulher entra na menopausa, acredita não mais precisar

do preservativo, vendo-o apenas sob a ótica de anticoncepcional, para evitar a gravidez e não para evitar doenças sexualmente transmissíveis, passando, assim, a não exigí-lo. Muitos são os obstáculos, no entanto, que o pessoal coloca diante do uso da camisinha: os homens temem perder a ereção e ainda imaginam que o cuidado só é necessário nas relações com prostitutas, alegando estar fora do foco da doença, do risco de exposição, apenas por “escapadinhas” esporádicas. Para elas, fazer sexo desprotegidas é bastante arriscado após a menopausa, quando, pela diminuição do nível hormonal, as paredes vaginais estão mais finas e ressecadas, o que favorece o surgimento de ferimentos, que se tornam porta de entrada para o HIV.

Além das moléstias inerentes, que podem ocorrer nos idosos, a aids, quando neles se manifesta, é com maior gravidade, ainda mais quando aliada àquelas chamadas “oportunistas”, como doenças respiratórias e doenças sexualmente transmissíveis, determinadas patologias de pele, principalmente herpes zoster, não descartando ainda Alzheimer, Parkinson, além do comportamento de risco como o desempenho da atividade sexual sem qualquer proteção, abuso do álcool, drogas e transfusões sanguíneas recebidas entre as décadas de 1980 e 1990.^{2, 135} Quando o idoso aparece com uma pneumonia ou uma infecção, é raro o médico detectar o problema, considerando-a apenas como se fosse uma destas patologias facilitadas pela baixa imunidade do paciente; quando, na verdade, este, já se encontra contaminado pelo HIV. Passa, então, meses em investigações infrutíferas até que morre, na maioria das vezes, por qualquer resfriado banal, envergonhado, isolado e censurado pela família e sociedade onde convivia.

No artigo *Aids, idosos e trabalho social*, Gutheil⁶² afirma que pessoas idosas, portadoras de HIV, podem também estar contaminando suas esposas, companheiros, pais, ou avós. Além do mais tais indivíduos partilham o espaço da casa ou de instituições com pessoas que são portadoras do HIV, fato que até então não se sabia como lidar e quais os riscos verdadeiros, e quando o pior acontece: passam a ampliar a disseminação.

Bruhin, et al¹⁷, num estudo envolvendo 2.275 pessoas entre 19-65 anos de idade, na Suíça, entrevistou-as sobre seu comportamento sexual e os fatores de risco relacionados ao HIV. Os resultados preliminares deram conta de que ocorre escassez substancial de preservativo entre as pessoas de ambos os sexos, no grupo de idade acima de 45 anos. Destacam também os autores, que os homens, em geral, revelam comportamento de maior risco quando comparados com as mulheres.

Outro fator preponderante é que até meados da década de 1980, ainda se desconhecia qual era a proteção ideal das transfusões de sangue e muitos dos pacientes transfundidos podem ter sido contaminados pelo vírus, nesta época, sem, contudo, apresentarem manifestações clínicas da doença instalada até os dias atuais. Cabe lembrar que os pacientes hoje, com 80 anos de idade, eram as pessoas com 60 anos, 20 anos atrás, uma população sexualmente ativa, não atenta à aids, isenta da proteção laboratorial ao vírus HIV, sem preocupação como o sexo seguro e sem controle epidemiológico para as doenças oportunistas, oriundas da aids.

Trata-se este de um aspecto relevante, porém existe outro tão ou mais importante também, muitas vezes negligenciado pelo paciente idoso: a sua própria falta de informação sobre o HIV, acreditando ser uma doença de jovens e do profissional de saúde, não atento às mudanças comportamentais do ser humano nas últimas décadas. Segundo Mtei⁹⁰ na Tanzânia, das 38 pessoas admitidas no Centro Médico local, acima de 55 anos de idade, com diversos problemas de saúde, apenas 15,8% suspeitaram inicialmente estar infectados pelo HIV, antes de se submeterem a exames laboratoriais, e isso numa das maiores áreas endêmicas do vírus, no mundo. Ou seja, embora alguns até tivessem conhecimento de que HIV/aids é uma doença grave, em geral não acreditavam serem a ela suscetíveis.

Outro aspecto epidemiológico a ser comentado abrange as mudanças das características inicialmente propostas para a aids, e exemplo disso ocorre diante dos achados atuais, como o comprovado aumento proporcional da contaminação entre heterossexuais e diminuição entre homo e bissexuais.

Observa-se ter ocorrido também uma estabilização nos casos novos oriundos de transfusões sanguíneas. Acontece, contudo, maior incidência no sexo feminino, pois de 17 homens para 1 mulher, no início dos anos 1980, passou para 2 homens para 1 mulher; em 2003.¹⁴⁰

Nos Estados Unidos num estudo realizado em 2002, em 571 pacientes entre 30-81 anos convivendo como HIV, cerca de 25% deles relatou níveis de depressão grave ou moderada como sintomas iniciais que os levaram a procurar assistência médica e realizar o diagnóstico de soropositivo para o HIV. Os idosos também evidenciaram elevado número de sintomas características de somatização, ou seja, sofrem mais sintomas psicológicos e também mais estresse de vida, suportam menos os amigos e reduzem seu acesso à assistência de saúde e serviços sociais, devido ao estigma relacionado com a aids.¹⁷

Uma revisão bibliográfica, realizada em 2001, em pacientes idosos americanos, acima de 60 anos, soropositivos, teve como enfoque as condições neuropsiquiátricas e neurológicas que se encontram mais diretamente afetadas pelo avanço da idade, associada ao HIV e distúrbios cognitivos motores, neuropatias periféricas, leucoencefalopatia progressiva multifocal, linfoma primário do Sistema Nervoso Central. Uma das manifestações de aids na velhice é o quadro de demência e vale salientar que muitos não desenvolvem o quadro clássico.⁵⁶

Outro estudo, também americano, desenvolvido no Centro Médico do Estado da Louisiana, em 58 pacientes soropositivos acima de 60 anos de idade, comparados com 232 casos controles, concluiu que os pacientes que apresentam idade acima de 60 anos, no momento do diagnóstico de infecção de HIV, têm uma sobrevida menor do que aqueles mais jovens.¹⁹

O Hospital Correia Picanto, no Recife, PE, é um dos pioneiros em estudos sobre HIV em idosos no país, traçou o perfil epidemiológico nos pacientes com HIV/aids, na terceira idade, em 2001, com dados obtidos

através de 46 prontuários. Os resultados mostraram haver um aumento do número de mulheres, especialmente casadas e heterossexuais, um acréscimo no número de infecções causadas por contato sexual e a predominância de portadores que não tinham instrução. A conclusão foi de que programas de prevenção mais efetivos devem ser elaborados a fim de que se possa atingir a esta população, principalmente a idosa.^{34, 99}

Portanto, a diminuição do estado imunológico que acompanha o envelhecimento natural, deixa o indivíduo de 50 anos ou mais bastante suscetível a apresentar os quadros clínicos mais variados relacionados a infecção pelo HIV o que se apresenta como um desafio ao médico assistente no que diz respeito a distinção entre a demência relacionada ao HIV e o Parkinson ou o próprio Alzheimer; a diminuição de peso relacionada à síndrome de emaciação da aids ou à diminuição do apetite, em quadros depressivos próprios da idade; as alterações dermatológicas como o herpes zoster, entre outros. Sem falar na terapia anti-retroviral que, embora seja essencialmente a mesma empregada para pacientes jovens, torna-se necessário o conhecimento da dosagem adequada da droga, efeitos tóxicos diferenciados e problemas nutricionais que influenciam a assistência dos pacientes idosos com HIV.

Dessa forma observa-se que bem pouco se sabe dos efeitos do HIV/aids na população idosa. A maior parte da literatura disponível baseia-se em limitado número de casos e pesquisa incipiente. Porém, segundo Keller⁷¹, em estudo realizado na Europa, em 1999 e que confirma a maior parte da literatura, a pneumocistose foi a infecção oportunista mais encontrada, seguida por algum distúrbio neurológico (principalmente o delírio) e anemia. A hipertensão arterial sistêmica como uma das co-morbidades prévias mais comuns.

Na verdade, o assunto sexo quase não é tocado nas consultas médicas, no convívio familiar, na roda de amigos. Enquanto que os sintomas da andropausa e da menopausa são cada vez mais controlados pelas terapias de reposição hormonal, próteses e medicamentos, melhorando a vida sexual dos

idosos brasileiros, como já se observou em capítulo anterior, este indivíduo carece mesmo é de saúde sexual a fim de usufruir de mais qualidade de vida. É não ter vergonha de pedir ajuda e aceitar orientação de profissionais especializados, deixando de lado o preconceito, certos tabus e a ignorância.

“Pois quando eu era bebê, chorava e dormia, o tempo engatinhava; quando eu era menino ria e conversava o tempo andava; mais tarde quando os anos me fizeram homem, o tempo correu; quando envelheci, porém o tempo voou”.

Guy Penyrearth

JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi realizado em função da preocupação referente ao quadro epidemiológico do HIV no Brasil, que apresenta uma população idosa cada vez maior, ao mesmo tempo em que se tem, enquanto profissional de saúde, dificuldade em reconhecer aí esta enfermidade, além do enfoque no comportamento clínico diferenciado, nesta faixa etária. Tendo em vista a escassa literatura nacional sobre o tema, este trabalho pretende ser um, cujo conteúdo relacionado com o idoso, aliado à aids, venha a contribuir para seu estudo. Diante da atual situação, justifica-se discorrer sobre o tema, em função dos seguintes aspectos:

- Disponibilidade de casos em duas Unidades de saúde de referência de níveis hospitalar e ambulatorial ;
- Há pouco conhecimento do cenário epidemiológico envolvendo o idoso e o HIV;
- É menor a suspeição clínica de HIV em idosos.

OBJETIVO GERAL

Descrever os aspectos clínico e epidemiológico, mediante pesquisa documental, da população acima de 60 anos, soropositiva para o HIV, no Serviço de DIP do HSE RJ, Brasil e no CMS DC, Duque de Caxias, RJ, Brasil, e desde a implantação do Programa Nacional de Dst/aids, pelo Ministério da Saúde, em 1991 e 1992, respectivamente, até 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever:

- 1) Epidemiologicamente a população estudada;
- 2) Os tempos de diagnóstico e de acompanhamento;
- 3) A procedência no primeiro atendimento;
- 4) A categoria de exposição para o vírus HIV;
- 5) A regularidade às consultas médicas;
- 6) As doenças mais comuns dessa faixa etária;
- 7) Os sinais, sintomas e doenças indicativas de aids;
- 8) Os esquemas anti-retrovirais e medicações mais utilizadas;
- 9) Os exames complementares predominantes;
- 10) As doenças e sorologias associadas ao HIV.

METODOLOGIA E CASUÍSTICA

DESENHO DO ESTUDO

Através de pesquisa junto a duas unidades de saúde foi feito um levantamento dos prontuários disponíveis desde o início do funcionamento de cada Instituição até 2004, evidenciando-se, deste modo, um estudo de série de casos.

LOCAIS DO ESTUDO

a) Hospital dos Servidores do Estado, Rio de Janeiro (HSE RJ)

O HSE RJ é uma unidade de saúde de nível terciário que foi criado na década de 1930, próximo ao centro da cidade, na zona portuária, sob a denominação de Hospital dos Funcionários Públicos; recebeu este nome em 1938, após criação e incorporação do Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado. É, atualmente, um hospital da rede pública federal, do

Ministério da Saúde, oferecendo à população atendimento especializado e complexo, em áreas de Clínica Médica, Cardiologia, Endocrinologia, Nefrologia/Transplantes Renais, Radiologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Maternidade de Alto Risco, Pediatria e Neonatologia, Alergia e Imunologia, Gastroenterologia, Cirurgias Geral e Plástica, Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), dentre outras. Não possui serviço de emergência, sendo feito atendimento referenciado, principal objetivo do local. O hospital dispõe de aproximadamente 800 leitos de internação, embora quase a metade estejam desativados, um laboratório próprio onde se realizam inúmeros exames, desde os básicos como hemograma até os de maior complexidade como dosagem de hormônios, sorologias e quantificação de CD4 e carga viral (também é referência laboratorial para unidades de saúde adjacentes) e serviço de radiologia com RX, ultra-sonografia e tomografia.

O serviço de DIP existe desde a década de 1980, no Anexo IV do hospital, iniciando o programa de Dst/aids do Ministério da Saúde em 1991. É composto por uma enfermaria com dez leitos (quartos individuais), Hospital-Dia (o primeiro do município do Rio de Janeiro) com oito leitos, Atendimento Domiciliar Terapêutico (com capacidade para atendimento de seis leitos domiciliares), equipe multidisciplinar com treze médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, uma assistente social, duas psicólogas, uma nutricionista e dois secretários. Conta com ambulatório de referência para gestantes e puérperas soropositivas para o HIV. Possui ainda Programa de Residência Médica em DIP desde 1987 (atualmente com três anos de formação e nove residentes). O laboratório que se utiliza é o do próprio hospital, inclusive para quantificação de exames de CD4 e carga viral. Existe em acompanhamento atual 486 pacientes (prontuários disponíveis e regulares) porém aproximadamente 1.000 registrados desde o início do programa, com óbitos, transferências e abandonos, dentre eles.

b) Centro Municipal de Saúde, Duque de Caxias (CMS DC)

O CMS DC é uma unidade básica de saúde, criada na década de 1970, próximo ao centro da cidade, disponibilizando à população atendimento em

áreas fundamentais da saúde como Clínica Médica, Pediatria, Saúde da Mulher, Dst/aids, Programas de Hanseníase e Tisiologia. O objetivo da Unidade é oferecer acompanhamento preventivo e terapêutico à população local e adjacências, porém também recebe pacientes de outros municípios da Baixada Fluminense. Atende, em média, 200 pacientes/dia nas especialidades supracitadas.

O serviço de Dst/aids existe desde 1992 (criado junto com o Programa Nacional do Ministério da Saúde), compondo-se de uma equipe multidisciplinar, em que há seis profissionais médicos, duas enfermeiras, uma assistente social, uma psicóloga, três técnicas de enfermagem e duas atendentes. O mesmo conta ainda com um Centro de Testagem Anônima (CTA) disponível para a realização de testes anti-HIV de triagem, de forma anônima, leito-dia (onde são feitas medicações endovenosas), laboratório básico da unidade de saúde (hemograma, bioquímica, urinanálise) e as quantificações de CD4 e carga viral são realizadas duas vezes por semana, após coleta na unidade, no Hospital da Posse, em Nova Iguaçu, e no Lacen, no centro da cidade do Rio de Janeiro. Existe em acompanhamento atual 1.093 pacientes, porém com abertura de aproximadamente 1.600 prontuários (o que é feito no primeiro atendimento com exame positivo para o HIV em mãos). Há elevado número de abandonos, óbitos e transferências de pessoas que foram registradas, porém compareceram à consulta uma única vez e não deram prosseguimento ao tratamento.

INSTRUMENTO E FONTE DE DADOS

A pesquisa, mediante a revisão dos prontuários, foi coletada nos arquivos das respectivas unidades de saúde supracitadas. Estes prontuários são rotineiramente preenchidos pelos médicos e/ou enfermeiras responsáveis pelo atendimento inicial aos pacientes. São, então, revisados pelo médico responsável pela continuidade do acompanhamento, que examina o preenchimento dos mesmos, solicita informações adicionais necessárias e, de

posse de todos os dados referentes ao caso, define o mesmo como sendo ou não um caso confirmado de portador ou doença pelo HIV.

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se de uma ficha, previamente elaborada, onde foram anotadas as informações obtidas destes prontuários, constando de questões relativas à identificação dos pesquisados, tais como: faixa etária, procedência, atividade e perguntas pertinentes ao interesse da pesquisa, no que diz respeito à clínica e exames complementares (ver Anexo 1).

POPULAÇÃO DE ESTUDO

Composta por adultos idosos, com idade superior a 60 anos, de ambos os sexos, infectados pelo vírus HIV, com evidência clínica ou exame laboratorial do mesmo, acompanhados nas unidades de saúde, já citadas, a partir do início do Programa Nacional de Dst/aids, nos anos de 1991 e 1992, até 2004. A população estudada baseou-se na confirmação da idade do idoso no momento da coleta dos dados, ou seja, vivo hoje, no ano de 2004, aos 60 anos de idade. Desse modo, compõem a população os pacientes com data de nascimento igual e inferior ao primeiro semestre de 1944.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os indivíduos com 60 ou mais anos de idade e portadores de HIV com confirmação laboratorial de exame anti-HIV positivo, ou com sinais e/ou sintomas indicativos de aids que procuraram ou foram encaminhados ao atendimento no CMS DC, desde 1992 e no Serviço de Doenças Infecto-Parasitárias do HSE RJ, desde 1991, devidamente registrados ou fazendo parte do SICLOM, nas respectivas unidades de saúde.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os indivíduos que foram a óbito, cujos prontuários não se acharam, os de abandono de tratamento, ou seja, aqueles que não mais compareceram ao serviço mesmo após contato telefônico ou telegrama por parte da unidade de saúde, os transferidos e os de acompanhamento com médico particular, que só retiram a medicação na farmácia, porém não realizam consultas.

ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas inicialmente foram armazenadas em um banco de dados no programa EPI INFO, versão abril/2004, com posterior exportação desse banco de dados para uma planilha do Microsoft Excel e transferidos para um Pacote Estatístico do Programa SPSS versão 11.0 onde foi realizada uma análise descritiva das variáveis em estudo.^{39, 120, 124}

RESULTADOS

Hospital dos Servidores do Estado (HSE RJ)

Do total de 1.000 pacientes adultos registrados desde 1991, até junho de 2004, foram analisados 486 pacientes que se encontram em acompanhamento atual, sendo 286 do sexo masculino (58,8%) e 200 do sexo feminino (41,2%). O acompanhamento atual também se refere aos pacientes que comparecem em consultas e uso regular ou não de medicação continuamente. Destes, 141 (29%) prontuários foram de adultos com 50 anos ou mais e 40 (8,2%) prontuários de adultos com 60 anos ou mais de idade. Dos 40 prontuários, 25 eram do sexo masculino (62,5%) e 15, do sexo feminino (37,5%). Foram excluídos 8 prontuários, sendo 2 por óbito (2 do sexo masculino), 2 por acompanhamento particular (2 do sexo feminino) e 4 abandonos (2 do sexo masculino e 2 do sexo feminino). Desse modo, foram

devidamente analisados 32 prontuários, sendo 21 do sexo masculino (65,6%) e 11 do sexo feminino (34,4%).

Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias (CMS DC)

Do total de 1.600 pacientes adultos registrados desde 1992, até janeiro de 2004, foram analisados 1.093 prontuários que se encontram em acompanhamento atual, sendo 557 do sexo masculino (50,9%) e 536 do sexo feminino (49,1%). Os de acompanhamento atual são aqueles que se encontram efetivamente em consultas, retirando medicação ou não. Os demais são casos de abandonos, óbitos, transferências e desconhecidos. É aberto um prontuário para todo e qualquer paciente que faz a primeira consulta, independente do seu seguimento ou não. Destes, 142 (12,9%) prontuários foram de adultos com 50 anos ou mais e 33 (3,0%) prontuários de adultos com 60 anos ou mais de idade. Dos 33 prontuários, 13 eram do sexo masculino (39,3%) e 20 do sexo feminino (60,7%). Foram excluídos 15 prontuários, sendo 3 por óbito (3 do sexo masculino), 3 por transferência (2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino), 1 por acompanhamento particular (1 do sexo feminino) e 8 abandonos (3 do sexo masculino e 5 do sexo feminino). Assim, foram devidamente analisados 18 prontuários, sendo 13 do sexo feminino (72,2%) e 5 do sexo masculino (27,3%).

Inclui-se, portanto, na análise dos prontuários das duas unidades de saúde, para estudo, 50 prontuários no total, sendo 26 homens (52%) e 24 mulheres (48%).

Os dados obtidos na pesquisa encontram-se expostos em tabelas, cujos resultados são apresentados, a seguir:

1. IDADE

TABELA 1
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A
IDADE, HSE RJ E CMS DC, 2004

FAIXA ETÁRIA (anos)	N	%
60 - 62	24	48,0
63 - 65	14	28,0
> 65	12	24,0
Total	50	100,0

Observa-se, na Tabela 1, que a distribuição da idade é predominante entre os 60 - 62 anos, com 24 pacientes (48%), seguida de 63 - 65 anos, com 14 pacientes (28%) e acima de 65 anos, 12 pacientes (24%).

2. DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO

QUADRO 1
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A
IDADE, OS TEMPOS DE DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO, HSE RJ E CMS
DC, 2004

VARIÁVEIS	MÉDIA	MEDIANA	MÍNIMO	MÁXIMO	DP*	IC**
IDADE (ANOS)	64,1	63,0	60	76	4,3	(62,8 ; 65,3)
TEMPO DIAG. (MESES)	65,3	65,1	2	133	39,3	(54,2; 76,3)
TEMPO ACOMP. (MESES)	54,1	50,0	1	120	37,6	(44,1; 65,5)

* Desvio Padrão

** Intervalo de Confiança = 95%

No Quadro 1, constata-se que as idades variam de 60 - 72 anos, com a média de 64,1 anos e a mediana de 63 anos; o tempo de diagnóstico, ou seja, desde o período de positividade do primeiro exame anti-HIV, oscila de 2 a 133 meses, sendo a média 65,3 meses e a mediana 65,1 meses; já o tempo de acompanhamento no serviço varia de 1 a 120 meses, sendo a média 54,1 meses e a mediana 50 meses.

Considera-se tempo de diagnóstico o momento do primeiro resultado do exame positivo de anti-HIV, até o momento da coleta de dados. E considera-se tempo de acompanhamento o momento do primeiro atendimento no serviço, até o momento da coleta de dados.

Aplicou-se o teste de qui quadrado referente aos números de pacientes de faixas etárias distintas: entre 50-59 anos e acima ou igual a 60 anos do total de 486 e 1.093 pacientes das respectivas unidades (HSE RJ e CMS DC) para avaliar se haveria diferença estatística entre si. O que se comprova é não haver essa diferença ($p= 0,395$).

3. POPULAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS

QUADRO 2
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV NA FAIXA ETÁRIA DE 50 A 60 ANOS E MAIOR DE 60 ANOS, HSE RJ E CMS DC, 2004

VARIÁVEIS	TOTAL	≥ 60 ANOS	ANALISADOS	> 50 ANOS E < 60 ANOS
HSE RJ	486	40 (8,2%)	32	109 (9,9%)
CMS DC	1.093	33 (3,0%)	18	101 (20,8%)

De acordo com o Quadro 2, há no ambulatório de DIP, do HSE RJ, 486 pacientes em acompanhamento, sendo 8,2% (40/486) acima de 60 anos de idade e 20,8% (101/486) com mais de 50 anos e menos de 60. Encontram-se, por sua vez, 1.093 pacientes em acompanhamento no CMS DC, dos quais 3,0% (33/1093) acima de 60 anos e 9,9% (109/1093) com idade superior a 50 e inferior a 60 anos. São analisados 32 dos 40 prontuários encontrados no HSE RJ, e 18 dos 33 prontuários existentes no CMS DC.

4. GÊNERO

TABELA 2
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O
GÊNERO, HSE RJ E CMS DC, 2004

SEXO	N	%
FEMININO	26	52,0
MASCULINO	24	48,0
TOTAL	50	100,0

Conforme a Tabela 2, há um equilíbrio entre o sexo feminino com 52% (26/50) de pacientes e o sexo masculino com 48% (24/50) de pacientes. Por HSE RJ, 62,5% (25/40) homens e 37,5% (15/40) mulheres e pelo CMS DC apresenta 39,4% homens (13/33) e 60,6% mulheres (20/33). A própria demanda dos locais de atendimento revela um equilíbrio entre os gêneros, sendo a freqüência masculina discretamente predominante no HSE RJ e a feminina discretamente predominante no CMS DC.

5. COR/RAÇA

TABELA 3
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A
COR/RAÇA, HSE RJ E CMS DC, 2004

COR/RAÇA	N	%
BRANCA	29	58,0
NÃO BRANCA	21	42,0
TOTAL	50	100,0

A população constitui-se, segundo a Tabela 3, de 58% (29/50) pacientes da cor branca, predominante, e 42% (21/50) pacientes de cor não branca, aí incluídos pardos e negros.

6. ESTADO CIVIL

TABELA 4
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O
ESTADO CIVIL, HSE RJ E CMS DC, 2004*

ESTADO CIVIL	N	%
SOLTEIRO	16	35,5
CASADO	13	28,9
VIÚVO	9	20,0
SEPARADO	7	15,6
TOTAL	45	100,0

* A informação era ignorada em 5 pacientes.

A distribuição da população, na Tabela 4, revela predominância de pacientes sem relacionamento estável, os solteiros, viúvos e separados, com 71,1% (32/45) e a seguir os casados, com 28,9% (13/45).

7. GRAU DE INSTRUÇÃO

TABELA 5
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O
GRAU DE INSTRUÇÃO, HSE RJ E CMS DC, 2004*

GRAU DE INSTRUÇÃO	N	%
ANALFABETO	5	12,0
1º GRAU	28	66,7
2º GRAU	6	14,2
3º GRAU	3	7,1
TOTAL	42	100,0

* A informação era ignorada em 8 pacientes.

A Tabela 5 mostra o grau de instrução da população analisada, com predomínio dos indivíduos de pouco ou nenhum estudo (analfabetos e 1.º grau) em 78,7% (33/42). O índice dos que possuem o 2.º grau é de 14,2% (6/42) e os de 3.º grau somam 7,1% (3/42).

8. NATURALIDADE

TABELA 6
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A
NATURALIDADE, HSE RJ E CMS DC, 2004

REGIÃO	N	%
CENTRO-OESTE	1	2,0
NORTE	2	4,0
NORDESTE	17	34,0
SUDESTE	30	60,0
TOTAL	50	100,0

Os pacientes naturais da região Sudeste, correspondem à maioria, com 60% (30/50), conforme Tabela 6. Vem, a seguir a região Nordeste, com 34% (17/50) e as regiões Norte e Centro-Oeste com 4% (2/50) e 2% (1/50), respectivamente.

9. CIDADE DE MORADIA

TABELA 7
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A
CIDADE DE MORADIA, HSE RJ E CMS DC, 2004

MUNICÍPIO	N HSE RJ	N CMS DC
RIO DE JANEIRO	24	2
DUQUE DE CAXIAS	0	16
BAIXADA FLUMINENSE, EXCETO DC	8	0
TOTAL	32	18

Verifica-se, na Tabela 7, o local de moradia da amostra, conforme a unidade de saúde. No HSE RJ, há 75% (24/32) de moradores do RJ e 25% (8/32) da Baixada Fluminense. Já no CMS DC há predomínio dos moradores da própria cidade com 88,8% (16/18) e em seguida moradores do município do RJ com 11,2% (2/18). Nenhum dos da Baixada é de Duque de Caxias, e os

principais municípios são Nova Iguaçu, com 3 pacientes e São João de Meriti com 2 deles.

10. CONDIÇÃO DE TRABALHO

TABELA 8
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A
CONDIÇÃO DE TRABALHO, HSE RJ E CMS DC, 2004

CONDIÇÃO DE TRABALHO	N	%
APOSENTADO	28	56,0
EM ATIVIDADE	22	44,0
TOTAL	50	100,0

A Tabela 8 é indicativa de predomínio de pacientes aposentados, com 56% (28/50) sobre pacientes ainda em atividade, com 44% (22/50). Vale ressaltar que todos os idosos são aposentados por tempo de serviço ou outras condições que não a aids, já que chegavam ao ambulatório com essa situação. Ou seja, a doença aids, em certos casos de incapacidade laborativa pode resultar em aposentadoria pelo INSS para o paciente, porém, nesse estudo esse fato não ocorreu (Leis 8213/91, 9032/95, 3048/99, 3265/99).

11. PROFISSÃO

TABELA 9
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A
PROFISSÃO, HSE RJ E CMS DC, 2004

PROFISSÃO	N	%
DO LAR	8	36,4
ECONOMIA INFORMAL	8	36,4
OUTRAS*	6	27,2
TOTAL	22	100,0

* Setor primário, indústria, comércio.

Já a Tabela 9 sugere equilíbrio entre as profissões dos pacientes, com representação do lar, com 36,4% (8/50), economia informal, com 36,4% (8/50) e outras profissões, com 27,2% (6/50) ainda exercidas pelos pacientes.

12. RENDA FAMILIAR

TABELA 10
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A RENDA FAMILIAR, EM SALÁRIOS MÍNIMOS, HSE RJ E CMS DC, 2004*

RENDA FAMILIAR (SM)	N	%
1 - 3	14	38,9
4 - 6	14	38,9
> 6	8	22,2
TOTAL	36	100,0

* A informação era ignorada em 14 pacientes.

A renda média ficou equilibrada, segundo a Tabela 10, entre os que ganham 1 a 3 salários mínimos, com 38,9% (14/36), 4 a 6 salários mínimos, com 38,9% (14/36), seguidas pelos que recebem acima de 6 salários mínimos, com 22,2% (8/36).

13. PROCEDÊNCIA

TABELA 11
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A PROCEDÊNCIA, HSE RJ E CMS DC, 2004

PROCEDÊNCIA	N	%
HOSPITAL	31	62,0
CASA	19	38,0
TOTAL	50	100,0

Referente à procedência dos pacientes ao serviço de saúde (Tabela 11) há predomínio dos que vieram encaminhados do hospital pós-internação hospitalar com 62% (31/50), em relação aos que vieram de casa, com 38% (19/50).

14. MOTIVO DA PROCURA PELOS SERVIÇOS

TABELA 12
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O MOTIVO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS, HSE RJ E CMS DC, 2004

MOTIVO DO 1.º ATENDIMENTO	N	%
ENCAMINHAMENTO PÓS-INTERNAÇÃO	31	62,0
QUEIXAS CLÍNICAS	11	22,0
PARCEIRO HIV +	3	6,0
ACOMPANHAMENTO PÓS-EXAME +	3	6,0
RETIRADA DE MEDICAÇÃO	2	4,0
TOTAL	50	100,0

Na Tabela 12, observam-se as características dos pacientes de acordo com os motivos do primeiro atendimento nos serviços, tendo como principal deles o encaminhamento pós-internação hospitalar, com 62% (31/50), confirmando a Tabela 11.

A seguir, as queixas clínicas que motivaram a procura, com 22% (11/50), havendo equilíbrio, entre o motivo de ser o parceiro soropositivo para o HIV, com 6% (3/50) e o acompanhamento após próprio exame anti-HIV positivo, com 6% (3/50). Em última instância, apresenta-se, como motivo, a retirada de medicação no posto exclusivamente, em 4% (2/50).

15. QUEIXAS CLÍNICAS

TABELA 13
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME AS QUEIXAS CLÍNICAS, HSE RJ E CMS DC, 2004

QUEIXAS CLÍNICAS*	N	%
SÍNDROME DE EMACIAÇÃO	5	45,4
ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS	4	36,4
IVAS REPETIÇÃO	1	9,1
IGNORADO	1	9,1
TOTAL	11	100,0

* 39 pacientes apresentaram outro motivo de procura pelo serviço.

Complementando a Tabela 12, nota-se na Tabela 13 que das queixas clínicas apresentadas pelos pacientes, ao procurarem pelo serviço, há predomínio da síndrome de emaciação, com 45,4% (5/11), seguida de alterações dermatológicas diversas com 36,4% (4/11). Um deles teve queixas clínicas ignoradas, 9,1% (1/11) e outro revelou infecções de vias aéreas superiores de repetição, ou seja, 9,1% (1/11).

16. REGULARIDADE ÀS CONSULTAS

TABELA 14
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A
REGULARIDADE ÀS CONSULTAS, HSE RJ E CMS DC, 2004

REGULARIDADE ÀS CONSULTAS	N	%
SIM	33	66,0
NÃO	13	26,0
IGNORADO	4	8,0
TOTAL	50	100,0

Na Tabela 14, denota-se que 66% dos pacientes (33/50), da amostra, são os que comparecem às consultas ambulatoriais com regularidade, contra 26% (13/50) que não comparecem regularmente. Os ignorados somam 8% (4/50).

17. EXPOSIÇÃO AO HIV

TABELA 15
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV SEGUNDO
PERCENTUAL DA VARIÁVEL EXPOSIÇÃO AO VÍRUS, HSE RJ E CMS DC, 2004*

TIPOS	N	%
SEXUAL	32	82,0
HEMOTRANSFUSÕES	6	15,4
UDI	1	2,6
TOTAL	39	100,0

* A informação era ignorada em 11 pacientes.

Do total da amostra, 82% (32/39) tiveram algum tipo de contato sexual desprotegido; 15,4% (6/39) foram hemotransfundidos e 2,6% (1/39) relatou ser usuário de droga injetável como se observa na Tabela 16. Vale ressaltar ainda que 100% (50) dos indivíduos relatam não usar preservativo com regularidade, apenas esporadicamente.

TABELA 16
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A EXPOSIÇÃO SEXUAL AO VÍRUS, HSE RJ E CMS DC, 2004

TIPOS/SEXUAL*	N	%
HETEROSSEXUAL	22	68,8
BISSEXUAL	8	25,0
HOMOSSEXUAL	2	6,2
TOTAL	32	100,0

*18 indivíduos apresentam as variáveis de exposição UDI, hemotransfusões e ignorados.

Já a Tabela 16 identifica que dos 32 pacientes que tiveram algum contato sexual desprotegido, a maioria revelou ser heterossexual, com 68,8% (22/32), 25% (8/32) bissexuais e 6,2% (2/32) homossexuais.

18. TABAGISMO E ETILISMO

TABELA 17
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME USO DE FUMO E BEBIDA ALCOÓLICA, HSE RJ E CMS DC, 2004

USO	FUMO		BEBIDA ALCOÓLICA	
	N	%	N	%
NÃO	33	66	36	72,0
SIM	10	20	7	14,0
IGNORADO	7	14	7	14,0
TOTAL	50	100	50	100,0

Os dados da Tabela 17 indicam que 20% (10/50) possuem o hábito do tabagismo, enquanto 66% (33/50), são não-fumantes; em 14% (7/50) dos pacientes têm-se o hábito ignorado. Os que informam deter o hábito de etilismo são 14% (7/50) e naqueles em que o mesmo é ignorado há coincidência de 14% (7/50), enquanto que a porcentagem de indivíduos abstêmios é de 72% (36/50).

19. USO DE MEDICAMENTOS EM GERAL

TABELA 18
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O USO
E TIPOS DE MEDICAMENTOS EM GERAL, HSE RJ E CMS DC, 2004

TIPOS*	N	%
ANTI-HIPERTENSIVO	11	52,4
ANALGÉSICOS	2	9,5
INSULINA	2	9,5
OUTROS**	6	28,6
TOTAL	21	100,0

* 29 indivíduos não usam medicamentos em geral.

** Antiácido, AAS/aspirina, sulfato ferroso, antidepressivo, complexo vitamínico e hipoglicemiante oral.

Já a Tabela 18 indica que os anti-hipertensivos são os mais utilizados pela população em 52,4% (11/21), com equilíbrio entre os analgésicos e insulina em 9,5% (2/21). Outros tipos de medicamentos como antiácidos, aspirina, antidepressivos, sulfato ferroso, complexo vitamínico e hipoglicemiante oral correspondem a 28,6% (6/21).

20. DOENÇAS NÃO RELACIONADAS AO HIV

TABELA 19
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME OS
TIPOS DE DOENÇAS NÃO RELACIONADAS AO VÍRUS, HSE RJ E CMS DC, 2004

TIPOS DE DOENÇAS*	N	%
HAS	14	50,0
DM	5	17,8
CARDIOVASCULARES	5	17,8
DISFUNÇÃO ERÉTIL	4	14,4
TOTAL	28	100,0

* 22 indivíduos não possuem doenças relacionadas ao HIV.

Quanto aos tipos de doenças não relacionadas ao HIV, a mais comum é a hipertensão arterial sistêmica, em 50% (14/28), seguida por diabetes mellitus, com 17,8% (5/28) e doenças cardiovasculares, também com 17,8% (5/28) (como IAM, AVE, claudicação intermitente e insuficiência venosa de MMII).

A disfunção erétil também está presente em quarto lugar, com 14,4% (4/28), como mostra a Tabela 19.

21. SINAIS E SINTOMAS RELACIONADOS AO HIV

TABELA 20
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME APRESENTAÇÃO DE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS AO VÍRUS, HSE RJ E CMS DC, 2004

SINAIS E SINTOMAS	N	%
SIM	35	70,0
NÃO	15	30,0
TOTAL	50	100,0

Observa-se que há predomínio dos pacientes que já apresentaram algum sinal e/ou sintoma relacionado ao HIV em 70% dos pacientes (35/50), segundo apontado na Tabela 20.

TABELA 21
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A QUANTIDADE DE MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS RELACIONADAS AO HIV, HSE RJ E CMS DC, 2004

QUANTIDADES	N	%
UMA	13	37,1
DUAS	10	28,6
TRÊS	8	22,9
MAIS DE QUATRO	4	11,4
TOTAL	35	100,0

Indica a Tabela 21, que desses 35 pacientes com algum quadro, 37,1% (13/35) apresentam eles apenas uma manifestação clínica, 28,6% (10/35) relatam duas manifestações, 22,9% (9/35) informam três manifestações e 11,4% (4/35) revelam mais de quatro manifestações clínicas.

22. CLASSIFICAÇÃO: SINAIS E SINTOMAS INDICATIVOS DE aids

QUADRO 3
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A
CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS INDICATIVOS DE AIDS,
HSE RJ E CMS DC, 2004

CLASSIFICAÇÃO E TIPO	N (%)*
<i>IMUNODEFICIÊNCIA LEVE</i>	4
DERMATITE PERSISTENTE	4 (6,3)
<i>IMUNODEFICIÊNCIA MODERADA</i>	16
HERPES ZOSTER	7 (11,1)
TB PULMONAR	6 (9,5)
TB PLEURAL	1 (1,6)
TB GANGLIONAR	2 (3,2)
<i>IMUNODEFICIÊNCIA GRAVE</i>	43
CANDIDÍASE ESOFAGIANA	14 (22,2)
SÍNDROME DE EMACIAÇÃO	10 (15,8)
PNEUMOCISTOSE	9 (14,3)
NEUROTOXOPLASMOSE	3 (4,8)
RETINITE POR CMV	3 (4,8)
SARCOMA DE KAPOSI	2 (3,2)
CRIOCOCOSE CEREBRAL	1 (1,6)
HPV GRAU III	1 (1,6)

Os percentuais foram calculados em relação ao total de pacientes n= 35.

As características dos pacientes, conforme a gravidade dos sinais e sintomas indicativos de aids, encontram-se no Quadro 3. Há um total de 63 episódios com predomínio do caráter grave, em 43, com candidíase esofageana em 22,2%, síndrome de emaciação em 15,8%, pneumocistose em 14,3%. A seguir, 16 dos episódios são de caráter moderado, apresentando principalmente herpes zoster, 11,1% e tuberculose pulmonar 9,5% e, finalmente, 4 deles com dermatite seborréica persistente, sugerindo ser de caráter leve. Ressalta-se que um paciente só pode ter apresentado mais de um de qualquer dos sinais e sintomas.

QUADRO 4
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A
CLASSIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS INDICATIVOS DE AIDS, POR IDADE,
HSE RJ E CMS DC, 2004

CLASSIFICAÇÃO E TIPO	FAIXA ETÁRIA (anos)	
	< 64 38	≥ 64 25
IMUNODEFICIÊNCIA LEVE	2	2
DERMATITE PERSISTENTE	2 (5,3)	2 (8,0)
IMUNODEFICIÊNCIA MODERADA	11	5
HERPES ZOSTER	5 (13,2)	2 (8,0)
TB PULMONAR	4 (10,5)	2 (8,0)
TB PLEURAL	1 (2,6)	-
TB GANGLIONAR	1 (2,6)	1 (4,0)
IMUNODEFICIÊNCIA GRAVE	25	18
CANDIDÍASE ESOFAGIANA	10 (26,3)	4 (16,0)
SÍNDROME DE EMACIAÇÃO	5 (13,2)	5 (20,0)
PNEUMOCISTOSE	3 (7,9)	6 (24,0)
NEUROTOXOPLASMOSE	1 (2,6)	2 (8,0)
RETINITE POR CMV	2 (5,3)	1 (4,0)
SARCOMA DE KAPOSÍ	2 (5,3)	-
CRIOPTOCOCOSE CEREBRAL	1 (2,6)	-
HPV GRAU III	1 (2,6)	-

Os percentuais foram calculados em relação ao total de pacientes n= 35.

Considerando-se, contudo, a idade (Quadro 4), há predomínio de episódios de sinais e sintomas indicativos de aids, na faixa etária entre 60-64 anos em 38 casos; em relação a faixa etária maior ou igual a 64 anos há 25 casos. Existe predomínio na categoria grave, na segunda faixa etária (18/25), em relação à primeira (25/38). Na categoria leve há equilíbrio entre as faixas etárias. E na categoria moderada, prevalece o número de episódios em menores de 64 anos (11/38).

Usou-se, então, um teste estatístico, o qui quadrado, para avaliar se há significância entre as amostras, e o $p = 0,691$, ou seja, não é significativo.

23. CLASSIFICAÇÃO DO HIV

TABELA 22
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DO HIV, HSE RJ E CMS DC, 2004

CLASSIFICAÇÃO HIV	N	%
A ₁ , A ₂ , B ₁ , B ₂ ,	15	30,0
A ₃ , B ₃ , C ₁ - C ₃	20	40,0
SEM CLASSIFICAÇÃO *	15	30,0
TOTAL	50	100,0

*Em 15 pacientes não foi possível realizar a classificação por falta de dados

Conforme a Tabela 22, em cerca de 40% (20/50), há predomínio das classificações A₃, B₃, C₁ - C₃, que indicam uma imunodeficiência acentuada, seguida das classificações A₁, A₂, B₁, B₂., com 30% (15/50), que indicam imunodeficiência de leve a moderada. O total de pacientes sem classificação igualmente totaliza 30% (15/50), pela falta de dados.

24. PROFILAXIA DE DOENÇAS OPORTUNISTAS RELACIONADAS AO HIV

TABELA 23
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O USO DE PROFILAXIAS DE DOENÇAS OPORTUNISTAS RELACIONADAS AO HIV, HSE RJ E CMS DC, 2004

TIPOS DE PROFILAXIAS	N	%
PNEUMOCISTOSE	36	72,0
CITOMEGALOVIROSE	4	8,0
NEUROTOXOPLASMOSE	3	6,0
CRIOCOCOSE	1	2,0
SEM USO PROFILAXIAS	6	12,0
TOTAL	50	100,0

Em relação ao uso de profilaxias de doenças oportunistas relacionadas ao HIV, a Tabela 23 mostra o predomínio da profilaxia de pneumocistose com 72% dos pacientes fazendo uso ou tendo feito (36/50), seguidas das profilaxias para CMV, neurotoxoplasmose e criptococose, com 8% (4/50), 6% (3/50) e 2% (1/50), respectivamente. Cerca de 12% (6/50) dos pacientes não fazem uso de profilaxias.

24. USO DE ANTI-RETROVIRAIS

TABELA 24
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O USO
E NÚMERO DE ESQUEMAS ARVS JÁ UTILIZADOS, HSE RJ E CMS DC, 2004

N.º DE ESQUEMAS*	N	%
1	15	30,0
2	9	18,0
3	5	10,0
≥4	21	42,0
TOTAL	50	100,0

* Média = mediana = 3,0

Cerca de 94% dos pacientes (47/50) fazem uso de anti-retrovirais e 6% (3/50) não o fazem. Desses, há predomínio de 42% (21/50) que já utilizaram quatro ou mais esquemas de anti-retrovirais, seguido de 30% (15/50) que fizeram uso de apenas um esquema, sendo que a média é igual à mediana e é de 3 esquemas anti-retrovirais por paciente (Tabela 24).

QUADRO 5
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME AS
CLASSES DE ARVS UTILIZADAS EM CADA ESQUEMA, HSE RJ E CMS DC, 2004

CARACTERÍSTICA	TIPO DE ESQUEMA (N%)*			
	1	2	3	4
Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo Nucleosídeo (ITRN)	22(44,0)	14(28,0)	4(8,0)	2(4,0)
Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo Nucleosídeo + Inibidor da Transcriptase Reversa não Análogo Nucleosídeo (ITRN + ITRNN)	8(16,0)	3(6,0)	4(8,0)	5(10,0)
Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo Nucleosídeo + Inibidor de Protease (ITRN + IP)	17(34,0)	14(28,0)	13(26,0)	10(20,0)
Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo Nucleosídeo + Inibidor da Transcriptase Reversa não Análogo Nucleosídeo + Inibidor de Protease (ITRN + ITRNN + IP)	-	1(2,0)	1(2,0)	1(2,0)
NÃO FEZ USO	3(6,0)	18(36,0)	28(56,0)	32(64,0)

* Os percentuais foram calculados em relação ao total de pacientes n=50.

Já no Quadro 5, observa-se que as classes de anti-retrovirais mais utilizadas em cada esquema são: no primeiro esquema predomina o uso de ITRN em 44%(22/50), seguido pelo de ITRN + IP, em 34% (17/50). No segundo, há equilíbrio entre os que fazem uso entre ITRN, com 28% (14/50) e ITRN + IP, com 28% (14/50). No terceiro esquema ocorre predomínio, dos que fazem uso, de ITRN + IP em 26% (13/50) e, a seguir, equilíbrio entre ITRN, com 8% (4/50) e ITRN + ITRNN, com 8% (4/50). No quarto, o predomínio fica por conta de quem utiliza ITRN + IP, em 20% (10/50), seguido de quem o faz com ITRN + ITRNN, em 10% (5/50).

QUADRO 6
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME O USO DE ARVS, HSE RJ E CMS DC, 2004

USO DE ARVS*	N	%
3TC	45	90,0
AZT	42	84,0
D4T	27	54,0
DDI	20	40,0
EFZ	20	40,0
IDV	20	40,0
NFV	19	38,0
RTV	19	38,0
OUTROS**	32	64,0

* Os percentuais foram calculados em relação ao total de pacientes n=50.

** Outros: ABC, TDF, DDC, AMP, NVP, SQV, LPV+RTV.

Em relação aos anti-retrovirais mais empregados (Quadro 6) há equilíbrio entre o 3TC com 90% de uso(45/50) e o AZT, com 84% (42/50), em seguida o d4T, com 54% (27/50) e, após, outro equilíbrio entre ddl, com 40% (20/50), EFZ, com 40% (20/50) e IDV, também com 40% (20/50). Finalmente, novo equilíbrio entre NFV, com 38% (19/50) e RTV, com 38% (19/50). Deste modo, os ITRNs mais utilizados são: AZT e 3TC; o ITRNN com mais uso é o EFZ e o IP mais freqüente é o IDV, seguido pelo NFV e RTV. Os outros anti-retrovirais como ABC, TDF, DDC, somam 64% (32/50) do uso.

26. EXAMES COMPLEMENTARES

QUADRO 7
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME OS
EXAMES COMPLEMENTARES DISPONÍVEIS, HSE RJ E CMS DC, 2004

VARIÁVEIS	N	MÍNIMA	MÁXIMA	MÉDIA	MEDIANA	DP*	IC**
COLESTEROL	40	95	576	229	227	80	(203,0 ; 254,5)
GLICOSE	45	84	810	139	106	132	(99,5 ; 178,7)
TRIGLICERÍDIOS	37	60	1313	207	188	154	(156,2 ; 259,2)
CD4 (inicial)	44	1	1719	251	167	311	(156,7 ; 346,1)

*DP = Desvio Padrão

**IC = Intervalo de Confiança = 95%

O Quadro 7 apresenta as características dos exames bioquímicos e de contagem de linfócitos T CD4 realizados pelos pacientes. Os exames de colesterol total, contudo, foram encontrados em 40 pacientes ou 80% da amostra, obtendo-se deles um valor mínimo de 94mg/dl e um valor máximo de 576mg/dl, estando a média em 229mg/dl e a mediana em 227mg/dl. Já aqueles de glicemia de jejum foram detectados em 45 pacientes ou 90% da amostra, obtendo-se um valor mínimo de 84mg/dl e máximo de 810mg/dl. A média foi de 139mg/dl e a mediana de 106mg/dl. Observaram-se em 37 pacientes (74% da amostra), os exames de triglicerídeos cujos valores mínimo de 60 e máximo de 1313. A média e a mediana registradas foram de 270mg/dl e 188mg/dl, respectivamente.

Vale ressaltar que dos 40 pacientes que dispunham de exames de colesterol, 43% (17/40) tinham exames alterados, com valores acima dos considerados normais. Para a glicose, 21,1% (9/45) dos pacientes revelavam hiperglicemias de leves a acentuadas e para os triglicerídeos, 64,2% (23/37) dos pacientes apresentavam alterações para mais ao exame.

Já a contagem de linfócitos T CD4 inicial foi observada em 44 pacientes ou 88% da amostra, com valor mínimo de 1 e máximo de 1719, estando a média em 251 e a mediana em 167.

Considerou-se como CD4 inicial o primeiro valor de CD4 presente no prontuário realizado na unidade, independente de acompanhamento prévio em outro serviço. E dos 44 pacientes com exames presentes, 19 possuíam CD4 < 200 cél/mm³, 10 apresentavam CD4 > 350 cél/mm³ e os 15 restantes, CD4 entre 200 e 350 cél/mm³.

27. SOROLOGIAS

QUADRO 8
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SOROPOSITIVOS PARA O HIV CONFORME AS SOROLOGIAS DISPONÍVEIS, HSE RJ E CMS DC, 2004

VARIÁVEIS	N*	POSITIVOS	%
SÍFILIS	40	7	17,5
TOXOPLASMOSE	34	28	82,3
CITOMEGALOVÍRUS	26	21	80,7
HTLV	19	2	10,5
HEPATITE A	13	8	61,5
HEPATITE B	38	6	15,7
HEPATITE C	31	6	19,3
SÍFILIS + HEPATITE B + HEPATITE C		1	
HEPATITE B + HEPATITE C		2	

* N = número de pacientes que possuíam o exame realizado registrado no prontuário

As associações com as infecções como sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, HTLV, hepatites virais encontram-se no Quadro 8. Em 17,5% dos pacientes (7/40), há VDRL positivo e relato de tratamento para sífilis no prontuário, portanto co-infecção HIV/sífilis. Em 82,3% dos pacientes (28/34), há sorologia para toxoplasmose com IgG positivo e IgM negativo. Já 80,7% dos pacientes (21/26) apresentam sorologia para citomegalovírus com IgG positivo e IgM negativo. Em 10,5% (2/19) há exame positivo para HTLV 1 e 2. Quanto às hepatites virais, em 61,5% (8/13) dos pacientes há sorologia para hepatite A com IgG positivo e IgM negativo. O número pouco expressivo de exames presentes no prontuário deve ser considerado com cautela. Em 15,7% (6/38) dos pacientes há HBsAg positivo, portanto co-infecção HIV/HVB e em 19,3% (6/31) detecta-se HCV positivo, desse modo, co-infecção HIV/HCV.

A associação entre sífilis, hepatites B e C ocorreu em um único paciente do sexo masculino. Já as associações entre as hepatites B e C ocorreram em dois pacientes, um do sexo masculino e outro do sexo feminino.

DISCUSSÃO

Esse estudo, considerado como um estudo retrospectivo, de série de casos, baseado em pesquisa de prontuários médicos, apresenta inúmeras perdas e falhas, porém objetivou trazer à tona um assunto ainda pouco explorado da população em geral, inclusive no meio de saúde e no Brasil, que são os aspectos epidemiológicos e clínicos da população idosa soropositiva para o HIV.

1. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

A aids é considerada primariamente uma doença de jovens e adultos, contudo a prevalência de infecção em pessoas acima dos cinquenta anos de idade vem crescendo com o passar dos anos. Dentre os motivos que a desencadeiam neste período da vida, incluem o aumento em anos, graças aos anti-retrovirais, além de se levar em consideração a existência de pacientes idosos que se expõem aos riscos. O número de casos de aids, em adultos acima de 50 anos, nos EUA quintuplicou na década de 90, passando de 16.288 para 90.513 casos. Da mesma forma o número de pessoas acima de 60 anos também cresceu quase em idêntica proporção. Assim sendo, enfatiza-se aqui sua expressividade em indivíduos situados na faixa acima dos 60 anos, que se tornaram objeto desta pesquisa.

Na amostra, a idade média em anos foi de 64, o que corresponde a 76% do total ou 38 indivíduos, enquanto que a mediana reflete 63, tendo variado a faixa etária entre 60 e 76 anos. Segundo Fontenelle⁴⁰ este é o intervalo

predominante da população que vem sendo estudada, declinando o percentual de casos, conforme o aumento da idade.

Já o tempo médio de acompanhamento ambulatorial destes pacientes foi de 54 meses, ou seja, aproximadamente cinco anos e o de diagnóstico, da primeira confirmação de soropositividade para o HIV, com média de 65 meses ou quase 5 anos e meio, o que forneceu um intervalo em torno de 1 ano entre o diagnóstico e o acompanhamento, período este caracterizado pela aceitação, pelo paciente, da nova condição de saúde. Infere-se daí que nesta amostra a população recebeu o diagnóstico e iniciou o acompanhamento, no final dos 50 e começo dos 60 anos. O tempo médio de sobrevida dos casos de aids através da mediana do tempo de vida, após o diagnóstico de aids, segundo Williams, Donnelly¹³⁵, em 2002, era de 58 meses para os adultos em geral, não divergindo muito os dados aqui, do que é preconizado pela literatura.

A explicação para a atenção ao número de casos de HIV, nos idosos, deve-se ao foco relativamente recente do envelhecimento mundial, tendo sido observado tal fenômeno, a princípio, em países desenvolvidos e posteriormente naqueles em desenvolvimento, em especial na América Latina e no Brasil e também ao aumento de sobrevida desses pacientes soropositivos. Atribui-se este fato ao diagnóstico mais tardio, onde profissionais de saúde costumam associar queixas e sintomas ao processo natural do envelhecimento e doenças comuns desta faixa etária e acabam não investigando Dst e HIV.

Trata-se também de um reflexo da sociedade em que se vive, que determina ser a sexualidade algo que pertença mais à juventude do que à parcela idosa da população, deixando-a desassistida, inclusive de campanhas educativas. E o próprio Ministério da Saúde, por intermédio do médico Ferry³⁶ alerta para o fato de que o número de casos de aids em idosos no Brasil é superior ao que aparece nas estatísticas, pelas subnotificações e aumento de sobrevida. Lembra ainda que em 1997, quando o tratamento anti-retroviral foi disponibilizado pelo Ministério, aumentando a sobrevida do portador, muitos doentes já tinham mais de 50 anos de idade: “essas pessoas envelheceram

com o HIV, mas não estão incluídas no grupo dessa faixa etária que considera a data da notificação.”

Também de acordo com o CDC¹⁴² há aproximadamente 80 mil pessoas acima de 50 anos ou mais vivendo com HIV nos Estados Unidos. Sabe-se, porém, que a maioria dos dados estatísticos baseia-se somente no diagnóstico de aids e não na condição de portador do vírus. Alguns estados americanos não fornecem qualquer informação sobre a doença e, dentre os que o fazem, a incidência de pacientes apresenta-se subnotificada, com certeza. Um exemplo concreto do que se menciona é o fato de que o próprio estado de Nova York só iniciou o envio de números sobre a doença, a partir do ano 2000.

As populações superiores a 60 anos e 50 anos analisadas no CMS DC correspondem a 3 e 9,9%, respectivamente, do total assistido no Ambulatório de Dst/aids. Juntas somam aproximadamente 13% dos 1,093 pacientes. Já as populações superiores a 60 anos e 50 anos do Ambulatório de DIP do HSE RJ correspondem a 8,2% e 20,8%, dos 486 pacientes. No total, somam aproximadamente 28%. A diferença de porcentagem entre os serviços pode ser basicamente entendida pelo fato de que o Ambulatório de DIP do HSE RJ localiza-se na área central da cidade do Rio de Janeiro, chamada AP-1 (área programática da Prefeitura do município) onde se iniciou o processo de ocupação da cidade e onde, no início de suas atividades, na década de 1980, o DIP era considerado local de referência em Dst/aids para a grande parcela da população carioca, mesmo proveniente de outras áreas, inclusive da Baixada Fluminense, assim permanecendo até hoje.

Vale ressaltar também o fato determinante de que muitos idosos iniciaram seu acompanhamento ambulatorial após internação hospitalar, como conseqüência provável de casos mais graves, o que faz com que o HSE RJ, que possui enfermaria para internações, acabe absorvendo esse contingente ambulatorial pós-internação. Já o CMS DC, com tempo de funcionamento bastante semelhante (década de 1980), iniciou o programa de Dst/aids em 1992, um ano após o do HSE RJ. Não possui, contudo, a mesma tradição de atendimento e referência, nem serviço de internação e onde inúmeros

pacientes, moradores das proximidades, evitam o acompanhamento por terem contato com pessoas conhecidas nas circunvizinhanças. Desconhecedoras estas de sua situação, e preocupados com os recursos escassos (caso seu estado de saúde se agrave), terminam por buscar atendimento em outro serviço, com mais recursos, freqüentemente na cidade do Rio de Janeiro.

Necessário se faz ressaltar o fato de que a porcentagem de 13% dos pacientes acima de 50 e 60 anos de Duque de Caxias corresponde às estatísticas americanas, onde 10-15% do número de pacientes nos Estados Unidos são de pessoas acima de 50 anos de idade. E, em algumas cidades americanas, como Nova Iorque, por exemplo, chega a atingir 25% dos pacientes atendidos, o que se aproxima dos dados do HSE RJ, com 28% dos idosos acima de 50 e 60 anos. Essa diferença, como já foi comentando, deve-se principalmente ao fato de que o HSE RJ possui uma enfermaria que é considerada a porta de entrada para esses pacientes ao internarem e depois permanecem no ambulatório, além do acompanhamento prolongado devido à melhoria da qualidade de vida e uso de anti-retrovirais.

Confirmando os dados supracitados, números da UNAIDS¹⁵³, de 2000, mostram o panorama mundial de pacientes acima de 50 anos vivendo com HIV/aids, estando a Europa em primeiro lugar (13%), a América do Norte em segundo (11%) a Austrália em terceiro (9%) e a América Latina em quarto lugar (7%). E esses mesmos dados afirmam que os pacientes na faixa etária de 50 a 59 anos de idade correspondem a 75%, do total, e os pacientes acima de 60 anos, a 25% do total.

Dados do *Boletim Epidemiológico*¹⁴, do Programa Nacional de Dst/aids revelam que, de 1980 a 2004, foram notificados 251.050 casos de aids em pacientes do sexo masculino e 111.314 casos em pacientes do sexo feminino (total de 362.364). O número de casos em idosos acima de 60 anos no período foi de 5.874 em homens e 2.464 em mulheres (total de 8.339). No período de 1980-1992 foram notificados 903 casos de aids em homens acima de 60 anos de idade e 177 em mulheres acima de 60 anos (total de 1.080). De 1993 a 2004, esse número subiu para 4.972 casos masculinos e 2.287 casos

femininos (total de 7.259). Já na faixa etária dos 50-59 anos os números são os seguintes: 15.805 homens e 6.682 mulheres (total de 22.487). Nos anos de 1980-1992 foram 2.141 casos do sexo masculino e 363 do sexo feminino (total de 2.504). Já no intervalo de 1993 a 2004 este número aumentou para 13.664 homens e 6.319 mulheres (total de 19.983). Observa-se assim, a queda na proporção entre os gêneros masculino e feminino nos idosos acima de 60 anos que, no período de 1980-1992 era de 1 homem para 5,1 mulheres, passando a representar, nos anos de 1993-2004, 1 homem para 2,1 mulheres. Nos pacientes acima de 50 anos, no entanto, essa proporção também se destaca: entre 1980 e 1992, 1 homem para 5,9 mulheres. De 1993 a 2004, 1 homem para 2,2 mulheres. Neste estudo, evidencia-se praticamente a razão de 1 homem para 1 mulher, com o número total de 26 homens e 24 mulheres.

Este mesmo *Boletim Epidemiológico*, anteriormente citado, expressa os números da taxa de incidência (por 100.000 habitantes) de casos de aids entre 1980 e 2003: em 1993, a taxa de pacientes masculinos acima de 60 anos era de 5,3 e em 2003 essa taxa passou para 8,5 (um acréscimo de 60%). Em pacientes femininos, acima de 60 anos, era de 0,9, em 1993, pulando para 3,9 em 2003, um notório aumento de 433% . Nos pacientes masculinos da faixa etária de 50-59 anos a taxa era de 14,8 em 1993, elevando-se para 26,7 em 2003; nos pacientes femininos de mesma faixa etária, era de 4,0 em 1993 e atingiu 13,9, em 2003. A taxa de incidência total em homens foi de 19,0 em 1993 e de 22,8, em 2003. A taxa total em mulheres foi de 5,3, em 1993 e 14,1, em 2003. Vale ressaltar que a população hoje de 50-59 anos será, daqui a 10 anos, o idoso sexagenário e esses números indicam claramente que vem ocorrendo duplicação e mesmo triplicação dos casos nessa faixa etária. Depara-se, destarte, com uma população em franca expansão, que deve ser abordada de maneira adequada, em ambulatórios específicos, com profissionais de saúde que saibam lidar com esse novo paciente.

A distribuição, por gênero, não apresentou variabilidade (26 homens e 24 mulheres), o que se equipara aos dados do *Boletim Epidemiológico* de Dst e aids, acima mencionado, mantendo uma tendência a elevar-se

proporcionalmente em número de casos entre as mulheres, conforme já discutida a proporção de gêneros.¹³

Quanto à descrição da cor é difícil definir a raça da população brasileira em geral, devido à miscigenação ocorrida, além de se levar em consideração a epidemiologia do HIV no mundo como uma pandemia, ou seja, sem população-alvo pré-determinada, optou-se por simplificar em dois tipos raciais: branca e não-branca. Tal aspecto levou a classificar o grupo como sendo a maioria branca (58%) e a minoria não-branca (42%), aí agregados naturalmente os pardos e negros.

Observou-se também uma porcentagem significativa de idosos sem relacionamento estável neste estudo, aí incluídos os solteiros, viúvos e separados, com 71%, seguido dos casados com 28,8%, o que difere dos dados recentes do IBGE (2001) onde, nessa faixa etária, predominam os casados ou de relacionamento estável e em seguida os viúvos.⁴⁶

A avaliação do grau de instrução revela que a maioria, ou melhor dito, 78,7% da amostra possui pouca ou nenhuma escolaridade (1.^o grau e analfabetos) e a minoria, ou seja 7,1%, possui o 3.^o grau. A porcentagem de analfabetos chega a 12%. Percebe-se, por este fato de que as pessoas analisadas, idosos acima de 60 anos, possuíam muito pouco acesso à oportunidade de estudo. Os homens, talvez, por terem de trabalhar cedo e ajudar no sustento da família e as mulheres, pela sua condição de submissão, ainda tão presentes em nosso país nas décadas de 1940-1960, permaneciam em casa. Eram inclusive desestimuladas a tal atividade uma vez que aos estudiosos competiam questionamentos de muitas irregularidades sociais, o que não era conveniente ao sistema estabelecido. Portanto, tais dados são um reflexo da sociedade vigente da época. Em uma pesquisa realizada pela Gerência de Dst/aids da SMS/RJ em 2004^{150, 151}, 25% da população acima de 50 anos, soropositiva para o HIV possuía 1-3 anos de escolaridade e 4,8% eram analfabetos, dados que coincidem com o estudo em pauta.

Em relação à questão da naturalidade, por se tratar de um estudo realizado na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 60% da amostra é natural da Região Sudeste e também presente significativamente, 34% da Região Nordeste. Isso é um reflexo da marcante representação nordestina no Rio de Janeiro, devido à constante emigração deste povo para a Região Sudeste, vindo fixar residência, em especial, na Baixada Fluminense.

Já na abordagem da cidade de moradia atual, considerando-se os dois ambulatorios analisados em separado, Rio de Janeiro e Duque de Caxias, 88,8%, da amostra de Duque de Caxias é composta por habitantes da própria cidade e 11,2% por moradores do Rio de Janeiro. Isso demonstra que o CMS DC, nessa área, vem cumprindo seu objetivo de prestar atendimento à população própria do local. Também na amostra do HSE RJ, 75% dos pacientes moram no município do Rio de Janeiro e 25% na Baixada Fluminense. Vale ressaltar que nenhum deles é de Duque de Caxias; no entanto, 3 são de Nova Iguaçu e 2 de São João de Meriti. A presença de moradores da Baixada Fluminense no HSE RJ é um reflexo da realidade da saúde no Estado, onde alguns municípios do Grande Rio, desassistidos nessa especialidade, obrigam seus moradores a procurarem atendimento específico na capital, sobrecarregando as unidades de saúde aí localizadas.

A condição de trabalho dessa população de idade avançada reflete a política econômica em desenvolvimento no Brasil, onde a grande maioria (28 pacientes/56%) encontra-se aposentada, porém uma alta porcentagem também ainda está em atividade (22 pacientes/44%) nessa faixa etária. Muitas vezes atuando na condição de arrimo de família, sustentando casas inteiras, segundo apontam fontes do IBGE, Censo 2000.⁴⁵ Além disso, merecem destaque aquelas pacientes que se denominam “do lar”, que não se aposentam nunca e permanecem trabalhando por toda a vida (8/22%). Quando analisadas as profissões exercidas, 31,8% são do lar e 31,8% economia informal, aí incluídas faxineiras, trabalhos temporários, o que demonstra o baixo nível sócio-econômico das mesmas. Como resultado há um equilíbrio entre os que recebem 1-3 salários mínimos e 4-6 salários mínimos, com 28% cada e pequena parcela recebendo acima de 6 salários mínimos.

Desse modo, mais da metade da população recebe até 6 salários mínimos como renda, aí incluídas as aposentadorias e os auxílios diversos que mal suprem as necessidades básicas diárias.

Ao se considerar a procedência desses pacientes para o atendimento ambulatorial, observa-se que a maioria (31 pacientes ou 62%) é encaminhada do hospital e a minoria (19 pacientes ou 38%), da própria residência. Isso é explicado quando se determina o motivo da procura por tal serviço. Aí, 18 pacientes receberam encaminhamento pós-internação hospitalar, 12 apresentaram alguma queixa clínica, 16 descobriram por resultado próprio ou do parceiro positivo para o HIV e 4 procuraram o serviço somente para retirada de medicação gratuita. Dentre as queixas clínicas, aproximadamente 41% relataram síndrome de emaciação, 33% alterações dermatológicas diversas, 8% ou 1 paciente infecção de vias aéreas superiores de repetição.¹⁰⁷ Essa população, conforme discussão posterior, apresenta sinais e sintomas relacionados ao HIV de caráter grave mais freqüentemente, o que determina a necessidade de internações hospitalares constantes, devido ao estado imunossupressor próprio da idade avançada, ao diagnóstico tardio e até a morte precoce.^{74, 155} Os que vêm do domicílio em geral são motivados pela descoberta da soropositividade do parceiro para o HIV ou curiosidade quanto ao seu próprio exame e, é claro, existe aquela parcela pequena da população que de um modo geral faz acompanhamento com médicos particulares e vão ao serviço público para a retirada regular de medicamentos anti-retrovirais, viabilizada pelo governo federal.

De forma contrária à afirmação de Cantalice²¹, onde a regularidade e adesão às consultas ambulatoriais de acompanhamento à tuberculose foram consideradas baixas; no estudo encontrou-se uma taxa de regularidade mais significativa, de 66%. Somente 26% não eram regulares ou faltavam a mais de duas consultas consecutivas. A porcentagem de ignorados (8%) foi devido aos pacientes terem comparecido a uma primeira consulta, não podendo ser acompanhado ainda seu perfil. Isso pode ser creditado à maior preocupação em manter-se saudável, aumentar sua sobrevivência com saúde e dignidade e também ao tempo relativamente livre, disponível pelos idosos em poder

comparecer ao atendimento, o que é estimulado pelos familiares e pela sociedade.

Segundo relatos de Martinez, et al⁷⁹ e Gordon, Thompson⁵⁷, no Brasil, a aquisição do vírus por via sexual é importante fator de risco para o HIV, e a categoria de exposição heterossexual vem crescendo e se destacando como algo relevante em ambos os sexos. Nesta amostra, 32 pacientes apresentaram exposição sexual (82%), 6 pacientes foram hemotransfundidos (2 inclusive há mais de 20 anos) e 1 declarou ser usuário de droga injetável, e compartilhar agulhas inclusive. Necessário se faz acrescentar que 11 pacientes possuem categoria de exposição ignorada, fazendo com que as análises aqui apresentadas sejam vistas com cautela. Corroborando com este trabalho, observa-se que em recente pesquisa (2004), 91% da população estudada cita espontaneamente a relação sexual como forma de transmissão do HIV e 78,9% declarou estar sexualmente ativa, o que continua representando fator de risco para a população em geral.⁸⁵

Detalhando a exposição sexual, dos 32 pacientes, 22 são considerados heterossexuais (68,8%), 8 são considerados bissexuais (25%) e 2 homossexuais (6,2%). Dentre os heterossexuais (22%), 12 eram do sexo feminino e 10 do sexo masculino, além disso, 6 do sexo feminino relataram ser ou terem sido parceiras de soropositivos para o HIV. Já no sexo masculino não foi possível esse tipo de avaliação. A multiparceria não foi analisada, por não se tratar de objeto deste estudo. Já o uso irregular ou não uso de preservativos foi considerado o fator de risco mais freqüente, observado em 96% da população. Não houve paciente que afirmasse usá-lo regularmente. A mesma pesquisa desenvolvida pelo Ministério da Saúde, acima relatada, ainda informa que 25,3% das pessoas usavam com freqüência o preservativo, em qualquer parceria. Fica evidente a gravidade da situação frente à exposição e fatores de risco para a manutenção do vírus HIV no meio.⁸⁵

O consumo de álcool e fumo da população foi considerado baixo, respectivamente 7 e 10 pacientes o fazem. Cerca de 72% dos pacientes não têm por hábito o etilismo (36/50) e 66% não têm por hábito o tabagismo

(33/50). Isso difere da literatura onde o brasileiro possui os dois hábitos bastante arraigados e estimulados desde a mais tenra idade.^{97, 108, 136}

2. ASPECTOS CLÍNICOS

A população idosa apresenta seus próprios desafios de saúde específicos desta faixa etária, tais como hipertensão arterial, osteoporose, Alzheimer.⁷⁴ No presente estudo detectou-se que 56% dos pacientes (28) também possuem algum outro tipo de doença não relacionada ao HIV. Destas, as mais freqüentemente encontradas são hipertensão (50%), diabetes mellitus (17,8%) e cardiovasculares (17,8%) e, por último, disfunção erétil (14,4%). Evidencia-se por esses dados um panorama plurimetabólico interligado, presente no cenário de saúde do país nas últimas décadas. A hipertensão vem contribuindo para o surgimento de doenças cardiovasculares e o diabetes, favorecendo a disfunção erétil. Vale ressaltar que desde o fenômeno de urbanização e fortalecimento da indústria e comércio, no país, essas doenças prevalecem, com significativa mortalidade não apenas no Brasil, como também no mundo. O sedentarismo, o estresse, hábitos alimentares irregulares, fumo, álcool, excesso de trabalho e pouco lazer corroboram, nos últimos anos, para o fortalecimento dessas doenças. O que é preocupante, já que em discussões recentes médicos e pesquisadores têm observado é que esses mesmos males têm acometido os pacientes com aids, em uso prolongado de medicação anti-retroviral, principalmente os inibidores de protease. Já se sabe que os mesmos medicamentos que prolongam a vida e fazem da aids uma doença crônica também vêm apresentando como reações adversas, fundamentalmente, a dislipidemia e a resistência à insulina que trazem como consequência fatores de risco para doenças cardiovasculares e diabetes. Portanto, imenso desafio se faz presente na atual situação dos pacientes soropositivos, em especial dos idosos, que trazem consigo os distúrbios de saúde supracitados e são submetidos à terapia anti-retroviral o que pode agravar sobremaneira sua saúde e o bem-estar holístico.

E a disfunção erétil, quando relatada, possui todas as implicações da sexualidade presentes nessa idade. Sua abordagem não é fácil, porém com o advento das medicações “milagrosas” como o sildenafil, vem ganhando espaço para discussões e possíveis tratamentos e cura.

Concomitantemente, o uso de medicamentos para as doenças supracitadas não é o hábito de 58% (29 pacientes). Os medicamentos utilizados em larga escala são os anti-hipertensivos (52,4%) devido à alta prevalência de hipertensão, insulina (9,5%) também presente e os analgésicos (9,5%) inseridos de forma rotineira no dia a dia dos brasileiros, em qualquer faixa etária. Os demais remédios citados (28,6%) incluem anti-ácidos, antidepressivos, complexos vitamínicos usados com a finalidade de prolongar a vida e o bem-estar. E, apesar da alta prevalência de doenças cardiovasculares, nenhum medicamento específico é incluído como de tomada regular; isso normalmente ocorre pelos profissionais de saúde que, numa abordagem inicial, preferem orientar mudanças comportamentais tais como dieta, exercícios físicos e perda de peso, que surtem relativo efeito ao se receitar medicamentos que são dispendiosos e ingeridos de forma irregular.

Citando Scharnhorst¹¹⁴, afirma-se que a aids no idoso pode ser considerada o novo grande camuflador, onde freqüentes manifestações como fadiga, perda de peso e das funções física e cognitiva, diminuição do apetite ou até mesmo a demência não são detectados ou são atribuídos ao processo do envelhecimento.

Os achados mais comuns ao se avaliar o Quadro 3, são os de caráter grave como candidíase esofageana, síndrome de emaciação, pneumocistose, neurotoxoplasmose e sarcoma de Kaposi. Segundo Vieira¹³³, essas são as características predominantes de acometimento nessa população e que o profissional de saúde deve ficar atento para detectar a aids subjacente.

As de caráter moderado como herpes zoster e tuberculose pulmonar também estão entre as mais comuns encontradas.¹³⁵ Não se deve ignorar que

aqueles de caráter leve, como dermatite seborréica sugerem investigação diagnóstica minuciosa.

Segundo dados da Universidade Johns Hopkins, antes de 2003, as principais condições definidoras de aids, de caráter grave eram pneumocistose, SK e doenças causadas pelo complexo *Mycobacterium avium*. Recentemente vêm surgindo mudanças nesse comportamento, com decréscimo importante das doenças supracitadas e aparecimento de complicações neurológicas várias, neoplasias malignas e pneumonias bacterianas graves, comuns em pessoas dessa faixa etária.¹⁴⁶

A distribuição dos sinais e sintomas indicativos de aids, por idade, torna evidente um alto índice na faixa etária mais precoce (até os 64 anos), o que sugere, conforme a história natural de evolução para aids (média de oito anos), uma exposição prévia aos 60 anos ao vírus HIV. Ou seja, nessa mesma amostra, conforme o exposto, detectou-se uma população três vezes maior na faixa etária entre 50 e 60 anos (283 pacientes) do que naquela acima de 60 anos (73 pacientes). O próprio Ministério da Saúde admite que, em 1997 quando o tratamento anti-retroviral foi disponibilizado à população, visando a aumentar a sobrevida do portador, muitos doentes já tinham na época mais de 50 anos de idade. Só que a maioria deles não entra para estatística, como incluídos nesse grupo, já que a data de notificação é anterior.¹⁴⁰

Confirmando ainda os aspectos clínicos e acrescentando a parte laboratorial consegue-se classificar os pacientes conforme a definição de caso de aids em adolescentes e adultos, que considera a contagem de linfócitos T CD4 e a clínica e determina uma escala que varia de A1 a C3, com melhor prognóstico na categoria A (conforme critérios CDC modificados). Todos os pacientes das categorias A3, B3, C1-C3 são notificados como tendo aids com base nas doenças indicadoras e/ou na contagem de linfócitos CD4 < 200 cel/mm³. Desse modo, a maioria dos pacientes encontram-se nas categorias A3, B3, C1-C3, ou seja, têm aids e os demais nas categorias A1, B1, A2, B2, de melhor prognóstico, ou seja, são portadores. Os pacientes sem classificação não dispõem de exame de contagem de CD4. Isso confirma o

fato de que os sinais e sintomas de aids nessa faixa etária são de caráter grave e de pior prognóstico.^{25, 26, 143}

3. ASPECTOS TERAPÊUTICOS

O tratamento anti-retroviral é um campo extremamente complexo e dinâmico e, embora a terapia para pacientes idosos com HIV seja essencialmente a mesma empregada para os jovens e adultos o conhecimento da dosagem adequada das drogas e avaliações nutricionais que influenciam a absorção das mesmas é necessária para um correto manejo clínico desta população.¹³⁷

De acordo com a Lei 9313/96 é responsabilidade do Governo a disponibilidade do tratamento mais adequado aos pacientes infectados pelo HIV de qualquer faixa etária, dentro dos parâmetros técnicos e científicos definidos pelo Ministério da Saúde no Programa de Dst/aids.¹⁴¹

O objetivo principal da terapia anti-retroviral é prolongar o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada, retardando a progressão da imunodeficiência e/ou restaurando a imunidade ao máximo possível.

O uso de drogas coadjuvantes ao tratamento anti-retroviral, que auxilia a prevenção das chamadas doenças oportunistas, é preconizado desde o início da evolução da aids até a atualidade, onde o alto índice de pneumocistose, citomegalovirose e neurotoxoplasmose o indicava e, conforme determinação do consenso de uso de medicação anti-retroviral do Ministério da Saúde.¹⁴¹ Pessoas infectadas pelo HIV com baixa imunidade (contagem de CD4 < 200 céls/mm³) são orientadas para tal. Quanto mais baixa a imunidade, mais profilaxias são oferecidas.

Desse modo, no presente estudo, a maioria dos pacientes faz uso de algum tipo de profilaxia, sendo a de pneumocistose a mais comum, seguidas por citomegalovirose e neurotoxoplasmose.

Quanto ao uso do esquema anti-retroviral, o Brasil é considerado pioneiro no acesso universal e gratuito da população e, desde a década de 90, o Ministério da Saúde incentiva o uso correto da medicação, o que vem diminuindo as taxas de internação hospitalar e óbito por complicações decorrentes da aids.¹⁴⁰

Dessa forma, 94% da amostra (47/50) fazem uso de medicação anti-retroviral e somente 6% (3/50) não o fazem, por não terem indicação clínica ou laboratorial. O relato deste fato é bastante comum na literatura.⁵⁸

Contudo, uma série de fatores como a falta de informação, intolerância, toxicidade, baixa adesão, negação do diagnóstico ou de adoecimento e “morte por aids”, dentre outros, determina que os portadores do HIV façam uso de vários esquemas anti-retrovirais e medicamentos, o que acaba levando ao aumento da resistência viral.

Analisando as classes de anti-retrovirais disponíveis e utilizadas em cada um dos esquemas acima descritos, observa-se que no primeiro esquema, 22 pacientes (44%) utilizaram somente Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN) e 17 pacientes (34%) utilizaram ITRN associado a Inibidor da Protease (IP). No segundo esquema, evidencia-se equilíbrio entre as duas associações acima descritas, com 14 pacientes cada (28%). No terceiro esquema há absoluto predomínio do uso de ITRN associado a IP (13 pacientes, 26%) e no quarto esquema, essa associação é mantida em 10 pacientes (20%) aparecendo em seguida ITRN associado a Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeos (ITRNN). A explicação para tais fatos se deve ao aparecimento inicial dos ITRN como drogas com finalidade anti-retroviral; posteriormente o surgimento dos IP e em 1998, a combinação de três drogas potentes (HAART) foi introduzida. Assim, a maioria dos pacientes toma múltiplas medicações para o combate ao vírus.¹²²

Detalhando cada anti-retroviral separadamente e seu uso, verifica-se que o 3TC/Lamivudina foi o medicamento mais utilizado na amostra, 90% (45/50), seguido de perto pelo AZT/Zidovudina, 84% (42/50). É bem provável

que o AZT só se encontra em segundo lugar devido à freqüente toxicidade hematológica que agrava mais a situação de anemia no idoso.⁵⁸ É bastante comum também a associação de ambos no combate ao vírus. O EFZ foi o ITRNN mais utilizado em 40% (20/50) e o IDV, o IP mais utilizado em 38% (19/50).

Segundo Gebo⁵¹, os esquemas anti-retrovirais atuais são potentes e diminuem os níveis de carga viral, aumentando as células CD4 do paciente, porém considerando-se os benefícios clínicos, virológicos e imunológicos nos idosos, há controvérsias. Alguns autores defendem que a recuperação do sistema imune, após introdução das drogas depende do timo, que, com a idade avançada já reduziu em muito sua atividade.⁷⁸ Outros consideram que a mesma recuperação após introdução dos remédios é inversamente proporcional à idade, ou seja, os idosos não recuperariam seu sistema imunológico tão bem quanto os jovens.⁷⁷ O que se deve levar em consideração, contudo, é que todos esses estudos foram realizados com número relativamente pequeno de pacientes acima de 50 anos, portanto não de idade mais avançada, e mais completos ensaios são necessários para confirmar as expectativas dos pacientes idosos em relação aos anti-retrovirais.

Desse modo, devido à enorme variedade disponível de terapias atuais como os Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos Nucleosídeos, Inibidores da Transcriptase Reversa Não Análogos Nucleosídeos, Inibidores de Protease, Inibidores da Fusão/entrada, presume-se que de uma forma ou de outra os pacientes cheguem e ultrapassem os sessenta anos com alguma qualidade de vida, apesar dos inúmeros fatores relacionados.¹¹⁷

4. ASPECTOS LABORATORIAIS

Neste estudo as elevações do colesterol e dos triglicerídeos foram as variáveis mais evidentes da população com os seguintes resultados: colesterol, média 229 mg/dl e mediana 227 mg/dl e triglicerídeos, média 270 mg/dl e mediana 188 mg/dl.

Segundo o *III NCEP, de setembro de 2002*¹⁴⁸, os valores considerados como normalidade são para o colesterol total 200 mg/dl e para os triglicerídeos 150 mg/dl, contudo, conforme o próprio consenso informa, o colesterol total não é atualmente medida utilizada para verificar o nível de lipoproteínas do sangue e sim o HDL e LDL que são as frações do colesterol total de alta e baixa densidades, respectivamente. Estes exames são realizados com a finalidade sentinela para predisposição de eventos e complicações cardiovasculares como infarto do miocárdio e tromboembolismo.

A idade propriamente dita já é um fator de risco para doenças cardiovasculares, embora ela sozinha não as cause, mas sim reflete o acúmulo de aterosclerose, o que é um dos elementos predisponentes a eventos tromboembólicos. Vale, no entanto, ressaltar que as doenças cardiovasculares em geral advêm de muitos fatores, dentre eles a hipertensão, anormalidades glicídicas e lipídicas, tabagismo e uso de anti-retrovirais.

Nos pacientes soropositivos para o HIV a bioquímica contendo colesterol e triglicerídeos deve ser monitorizada com freqüência, principalmente nos que fazem uso de esquemas com três drogas, já que as hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia são também consideradas complicações oriundas do uso prolongado dos anti-retrovirais, desde a sua introdução em 1998.

O idoso, portanto, que sugere por este estudo apresentar níveis potencialmente mais elevados de ambos deve ser melhor avaliado e conduzido quanto as drogas a serem utilizadas, posologia e mudança de hábitos alimentares e de vida, a fim de que modifiquem a evolução natural da doença.

Já a média da variável glicemia (139mg/dl) encontra-se mais elevada, com tendência a hiperglicemia, segundo o último Consenso da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2002, que estipula como valor limítrofe de glicemia normal 126mg/dl. Contudo, se se levar em consideração a mediana da amostra (106mg/dl) o valor estará dentro dos parâmetros da normalidade.¹⁴⁴

Quanto à contagem dos valores de células T CD4, que serve de parâmetro atualmente para se determinar o grau de imunodeficiência apresentado pelo soropositivo, foi considerado o primeiro exame realizado por cada paciente ao chegar ao serviço de saúde, independente de acompanhamento ou uso de medicação prévios. De cada valor individual foi realizada uma média (251 céls/ mm³) e uma mediana (167 céls/mm³) e houve uma variabilidade do CD4 entre 1 e 1719 céls/mm³.

A medida laboratorial do CD4 confirma a clínica de tendência ao caráter grave e de alto índice de doenças oportunistas. A mediana (167 céls/mm³) indica uma imunodeficiência acentuada (CD4 < 200 céls/mm³) da amostra, o que confirma Gorgolas⁵⁸ que, numa amostra de 37 pacientes idosos acima de 60 anos comparado a 64 pacientes abaixo de 60 anos, encontrou um CD4 mais baixo no diagnóstico no grupo de idosos (233 céls/mm³) e Martinez Hernandez⁷⁹, em Madri, observou com 42 pacientes, igual ou superior a 60 anos, com contagem baixa de CD4, igual a 102 céls/mm³. A mediana do valor da contagem do CD4, do primeiro exame constante do SISCEL, no Brasil, em indivíduos que foram testados para verificar a indicação de terapia anti-retroviral, em 2003, foi de 340 céls/mm³. Vale ressaltar que a maioria dos pacientes iniciou tratamento anti-retroviral nas unidades estudadas após internação e encaminhamento hospitalares, ou seja, já tinham apresentado alguma doença oportunista citada, possuíam imunodeficiência avançada e baixo valor de CD4.

5. SOROLOGIAS

Os exames sorológicos mais freqüentemente encontrados nos prontuários são de sífilis/VDRL (40), Hepatite B/HBsAg, anti-HBs, anti-HBc (38), Toxoplasmose/IgM e IgG (34), Hepatite C/anti HCV (31), Citomegalovírus/IgM e IgG (26), HTLV (19) e Hepatite A/IgM e IgG (13).

A sífilis apresentou elevada prevalência na amostra com 17,5% (7/40). Dados do *Projeto Praça Onze*¹⁴⁹, revelam prevalência de 10,7% em 1.076

pacientes. A *Fundação Pró-Sangue/Hemocentro* de SP⁴⁸, maior banco de sangue na América Latina, indica 1,10% em recente pesquisa sobre a prevalência de doenças infecciosas entre os doadores da instituição. E o *Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Aids*, da USP, em São Paulo, com o trabalho *HIV/aids no Sistema Pensional Brasileiro*^{94, 152, 154} informa que em detentos doadores de sangue, há 25% de prevalência, em Niterói, RJ e na capital de São Paulo, 18%. O Programa Nacional de Dst/aids estima haver em torno de 20% de co-infecção dst em geral e HIV.¹⁴⁰

O contato prévio com a toxoplasmose foi prevalente em 82,3% da amostra (28/34), ou seja, a maioria dos pacientes possuía sorologia IgG positiva e IgM negativa; e com a citomegalovirose em 80,7% (21/26), também IgG positiva e IgM negativa. São consideradas taxas altas, porém explicadas em decorrência da maioria dos pacientes apresentar algum tipo de exposição prévia aos agentes *Toxoplasma gondii* e *Citomegalovirus*, no decorrer da vida.

O HTLV foi detectado em 10,5% (2/19) da amostra, através de anticorpos anti-HTLV positivos presentes. A soroprevalência entre doadores de sangue está em torno de 0,46% no Brasil, estando em Salvador os maiores índices (1,35% a 1,8%).⁷⁶ Dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro^{149, 151} revelam que no estado, a prevalência é de 4% na população em geral, 9% entre os profissionais do sexo e em pacientes submetidos à transfusão de sangue, 18,2%.

Observa-se também a associação com as infecções pelos vírus das hepatites A, B, C. Foi encontrada em 61,5 % (8/13) para hepatite A. Ressalta-se que as vias de transmissão do HIV e hepatite A são diferentes, sendo esta última fecal-oral e que no Rio de Janeiro os dados em relação à doença não são exatos, já que muitas vezes passa despercebida ou subnotificada pelos profissionais de saúde.

Em relação à hepatite B, nesta dissertação, a prevalência para tal infecção foi de 15,7% (6/38). Não há dados brasileiros disponíveis para co-infecção HIV/HVB em pacientes idosos.

Não se conhece ao certo, também, a prevalência da infecção pelo HCV, no Brasil. Em estudo transversal realizado em bancos de sangue, a prevalência de doadores com anti-HCV positivo foi de 1,23% a 2%. Estima-se que a prevalência da infecção crônica pelo HCV esteja ao redor de 1% a 6% da população em geral. Já nas co-infecções HIV-HCV, dados da clínica Johns Hopkins informam que metade dos pacientes adultos tem HIV/HCV. Na capital paulistana, em estudo recente, 2002, observou-se taxa de co-infecção de 20% em pacientes atendidos em ambulatórios de HIV. Desse modo, nos idosos do presente estudo houve também elevada associação com a hepatite C em 19,3% (6/31).^{146, 147}

A prevalência de hepatite C no mundo é notável: aproximadamente 40 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV. A estimativa mundial de infecção pelo vírus da hepatite C é de 160-170 milhões de pessoas.¹⁴⁶ Infere-se daí a importância de contabilizar os pacientes co-infectados para monitoramento dos casos.

Dos seis pacientes de co-infecção HIV/HCV da amostra, quatro são acompanhados em Ambulatório de co-infecção de hepatites virais no HSE RJ, tendo sido avaliados nos quesitos transaminases, ultra-sonografia abdominal e biópsia hepática. Três apresentaram aumento de transaminases, nenhuma alteração ultra-sonográfica e o genótipo prevalente foi do tipo 1. Dois já estavam fazendo tratamento com interferon peguilado, associado a ribavirina e dois não tinham feito qualquer tipo de tratamento. Todos ingeriam anti-retrovirais, ou seja, já apresentavam imunodeficiência avançada e baixos valores de CD4.

A associação entre sífilis, hepatites B e C manifestou-se em um único paciente do sexo masculino. Já as associações entre as hepatites B e C ocorreram em dois pacientes, um do sexo masculino e um do sexo feminino. O paciente com as três co-infecções é do HSE RJ, já se encontra tratado para sífilis e em acompanhamento para as hepatites B e C, sem tratamento previsto no momento. E os pacientes portadores das hepatites B e C concomitantes,

estão em tratamento também no HSE RJ, com boas evoluções clínica e laboratorial.

As co-morbidades ou co-infecções relacionadas ao HIV certamente são um fator de complicação para o manejo e controle dos pacientes idosos soropositivos. Ainda não há dados estatísticos precisos na literatura mundial, quiçá brasileira, se os idosos possuem maiores taxas dessas doenças do que os jovens ou mesmo os que não são infectados pelo HIV. Também não se sabe se terão pior prognóstico, portanto; sabe-se, no entanto, que são necessários maiores estudos e esforços desde já, no sentido de aprender a lidar com essa população e suas condições.

CONCLUSÕES

1. Em relação aos aspectos epidemiológicos, a população de idosos encontrada nos dois ambulatórios do estudo foi predominantemente na faixa etária mais jovem, entre os 60-62 anos.
 - Não houve variação em relação ao sexo e a cor, conforme demanda de ambos os serviços
 - A maioria não possui relacionamento estável, é aposentada, de baixas renda e escolaridade.
 - A naturalidade predominante foi da Região Sudeste, porém houve grande representatividade dos oriundos da Região Nordeste.

2. Os idosos estão se infectando na faixa etária prévia aos 60, assim como o diagnóstico também é feito ao redor dos 60 anos.

3. É elevada a procedência pós-internação hospitalar dos pacientes do estudo, ou seja, são encaminhados ao ambulatório após o surgimento de alguma enfermidade que exige cuidados hospitalares, em geral como descoberta do HIV.
4. A transmissão do vírus HIV na população idosa, acima de 60 anos é sexual, com 82% da amostra. Inseridos na exposição sexual, 68,8% são heterossexuais, seguidos de 25% bissexuais. Quase a totalidade não faz uso de preservativo regularmente.
5. A regularidade às consultas médicas está presente em 66% da amostra como também 26% não comparecem regularmente.
6. A maioria apresenta algum tipo de doença associada não-relacionada ao vírus HIV, sendo as principais a hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares. E a população que faz uso de medicamentos não relacionados ao HIV, utiliza maciçamente anti-hipertensivos.
7. Os sinais, sintomas e doenças indicativas de aids predominaram na quantidade de 1-2 episódios prévios nos pacientes e os tipos são de caráter grave, como candidíase esofageana, síndrome de emaciação, pneumocistose e neurotoxoplasmose, além de presentes na faixa etária bem próxima aos 60 anos.

A classificação de aids, segundo CDC modificado, foi predominante de C1-C3, A3 e B3, e a média de CD4 inicial foi baixa, indicando uma imunossupressão avançada.

8. A maioria dos pacientes faz uso de anti-retrovirais (94%) e as classes de anti-retrovirais mais utilizadas são ITRN e IP, sendo 3TC, AZT, IDV e

NFV, respectivamente, as drogas de escolha. O uso de quatro ou mais esquemas de anti-retrovirais foi destaque na amostra.

9. Nos exames complementares, as hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia são prevalentes, o que permite a associação com as doenças cardiovasculares supracitadas.
10. Houve elevada associação entre HIV/HCV, em 19,3% dos pacientes.

Em relação à hepatite B, o marcador HBSAg foi positivo em 15,7% dos pacientes soropositivos para o HIV. E não há como avaliar a prevalência de hepatite A, pela insuficiência de dados.

Houve alta prevalência de co-infecção HIV/sífilis através de exames VDRL positivos presentes nos prontuários (17,5%).

A positividade de anticorpos anti-HTLV esteve presente em 10,5% da amostra, evidenciando alta co-infecção HIV/HTLV nessa faixa etária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil deste início de milênio já é um país de idosos. Fazer com que as notícias referentes a eles ocupem mais espaço nos artigos depende de uma maior mobilização da sociedade, que faça com que os representantes no poder público criem políticas de benefícios para os idosos. Tais iniciativas devem se respaldar em maior número de pesquisas bem conduzidas, para determinação de prevalência na comunidade das principais síndromes que acometem os idosos, como depressão e demência, hipertensão, doenças cardiovasculares, para dispor de cuidadores formais e informais, que avaliem as melhores intervenções psico-sociais adequadas e efetivas.

Essas pesquisas devem ocorrer em serviços específicos de atendimento ao idoso, como na comunidade, e tanto em grandes cidades como em regiões mais distantes e carentes. Os resultados dessas pesquisas devem impulsionar políticas adequadas em relação aos idosos, e todos os envolvidos na área devem pressionar para que as mesmas saiam do papel. A rede de apoio ao idoso não pode mais depender apenas de iniciativas isoladas de profissionais conscientes.

O envelhecimento bem-sucedido deve ser a meta a ser atingida. Como dizia Jung⁶⁸: "o anoitecer da vida deve também possuir um significado próprio e não pode ser, apenas, um apêndice lamentável da manhã da vida".

A infecção pelo HIV em adultos acima de 50 anos vem sendo negligenciada ou até ignorada, mesmo recentemente. Estudos epidemiológicos e clínicos, inclusive sobre a rápida evolução da doença nessa população são necessários, bem como sobre o uso e eficácia dos anti-retrovirais aí direcionados. Pesquisas devem ser feitas também para avaliar a segurança, tolerabilidade e eficácia dos medicamentos nessa população.

Com o aumento da expectativa de vida dos pacientes soropositivos, na última década, o número de idosos com HIV tende a aumentar nos próximos dez anos. Isso redundará num universo novo de descobertas, incluindo o

controle das doenças relacionadas a aids e, por outro lado, o surgimento de resistências e interações medicamentosas, bem como tratamento das comorbidades e co-infecções. Necessário se faz buscar caminhos que conduzam com segurança ao esclarecimento, diagnóstico, tratamento, e, acima de tudo, à orientação do idoso a fim de que mantenha a qualidade de vida, enquanto inserido no próprio universo do envelhecimento.

É importante lembrar também a respeito das campanhas de informação, educação e comunicação que devem, de alguma forma, ser mais efetivas, não só com estratégias de alcance teórico, das várias faixas etárias, em épocas de maior impacto, mas também na prática e no diálogo entre os parceiros. O trabalho de orientação sobre outros hábitos de vida, como o uso de drogas facilitadoras de ereção e bom desempenho sexual, a irregularidade no uso do preservativo também deve ser intensificado, pois existe constatação de que os mesmos se constituem em fatores de risco para essa população em relação ao HIV e o envelhecer saudável.

RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se, em termos de futuras investigações, que será importante, logo que se tenham dados mais concretos desta população em estudo, analisar a representatividade da amostra. Interessante também seria comparar a situação dos demais idosos que vivem com a família, sozinhos e em lar de idosos e seus hábitos de vida, enquanto portadores do HIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adkins MS, et al. Efficacy of combined coronary revascularization and valve procedures in octogenarians. *Chest* 1995;108:927-931.
2. Aids-Hemophilia French Study Group. Immunologic and virologic status of multitransfused patients: role of type and origin of blood products. *Blood* 1985;66:896-901.
3. Almeida OP, et al. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. *Rev Bras Psiq* 1999;21:152-157.
4. Amâncio A, Cavalcanti, PCU. *Clínica geriátrica*. Rio de Janeiro: Atheneu; 1975.
5. Anderson MIP, et al. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. In: Prado SD (Org.). *Textos sobre envelhecimento: saúde e condições de vida do idoso*. V1. Rio de Janeiro: UERJ/UnATI; 1998. p.23-43.
6. Barber HRK. Sexuality and the art of arousal in the geriatric woman. *Cli Obst and Gynecol* 1996;39:970-973.
7. Barros T, et al. Un modelo de prevención primária de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida em adolescentes. *Rev Panam Salud Publica* 2001;10(2):86-94.
8. Bartlett JG, Gallant JEG. Tratamento clínico pelo HIV: 2002/2003. Niterói, RJ: Viterbo's; 2003. p.1-6.
9. Bartlett JG, Gallant JEG. Tratamento clínico pelo HIV: 2004. Niterói, RJ: Viterbo's; 2004. p.1-6.
10. Baltes M, Silvenberg S. A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In: Néri A. *Psicologia do envelhecimento*. Campinas, SP: Papirus; 1995. p. 73-110.
11. Berquó E. Algumas considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Ministério da Previdência e Assistência Social (Org.). *Anais do I Seminário Internacional. Envelhecimento populacional: uma agenda para final de século*. Brasília, DF: MPAS; 1996.
12. *Bíblia de Estudo Almeida*. Barueri, SP: Sociedade Bíblica do Brasil; 1999. (Livro de Gênesis).

13. Boletim Epidemiológico. Dst & aids 2004. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde; jul. 2004.
14. Boletim Epidemiológico. Aids. [online]. Disponível em: <www.aids.gov.br/final/dados/>. Acesso em: 26 maio 2005.
15. Bonaccorsi AC. Andropausa: insuficiência androgênica parcial do homem idoso. Uma revisão. Arq Bras Endocrinol Metab 2001;45(2):123-133.
16. Brasil, 1999. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n.º 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, n.º 237-E, p.20-24, 13 dez., seção 1.
17. Bruhin E, et al. Age and gender in the management of HIV-relevant sexual risks: theoretical background and first results of a population survey in German speaking part of Switzerland. SOZ Preventivmed 2002;47(6):388-398.
18. Busse EW, Brazer BG. Psiquiatria geriátrica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
19. Butt AA, et al. Human immunodeficiency virus infection in elderly patients. South Med J 2001;94(4):397-400.
20. Calkins E, Ford AB, Katz PR. Geriatria prática. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter; 1997.
21. Cantalice Filho JP. Aspectos clínicos da tuberculose pulmonar em idosos atendidos em hospital universitário do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Rio de Janeiro: IOC/FIOCRUZ; 2003. 76 p. Dissertação de Mestrado.
22. Carvalho Filho ET de, Alencar YMG de. Teorias do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET de, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000.
23. Carvalho Filho ET de, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2000. p.xi e xii (Apresentação).
24. CEI-RS (Conselho Estadual do Idoso, Rio Grande do Sul), 1997. Considerações finais. In: Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida; Relatório de Pesquisa (CEI-RS, Org.). Porto Alegre: CEI; 1997. p. 71.
25. Center of Disease Control (CDC). Acquired immunodeficiency syndrome (aids): precautions for clinical and laboratory staffs. MMWR 1982;31:577-580.

26. Center of Disease Control (CDC). Update: prospective evaluation of health-care workers exposed via the parenteral of mucose-membrane route to blood or body fluids from patients with adquired immunodeficiency syndrome – United States. *MMWR* 1985;34:101-103.
27. Chocron S, et al. Is surgery for aortic stenosis justified in patients over 75 year of age? *J Cardiovasc.Surg* 1996; 37:255-259.
28. Chopra D. *Corpo sem idade, mente sem fronteiras*. Rio de Janeiro: Rocco; 1996.
29. Cohen SR, Mount BM, MacDonald N. Defining quality of life. *Euro J Cancer* 1996;32:219-222.
30. Debert GG. Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: Moraes MLB (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: FGV; 1998. p.49-68.
31. Decker DL. *Social gerontology: an introduction to the dynamics of aging*. Boston: Little Brown and Company; 1980.
32. Diokno AC, et al. Sexual function in the elderly. *Arch Intern Med* 1990;150:197-200.
33. El HIV y el sida em las Américas: una epidemia com muchas caras. *Rev Panam Salud Publica* 2000;8(6):422-431.
34. Eyer-Silva WA. A circuncisão masculina e a transmissão heterossexual do HIV. *Rev Saúde Pública* 2003;37(5):678-686.
35. Ferraz MB. Qualidade de vida: conceito e um breve histórico. *Jovem Médico* 1998;4:219-222.
36. Ferry F. Ministério da Saúde. [online]. <www.aids.gov.br>. Acesso em:9 jul.2004.
37. Figallo Espinal, L. Foro lhamado de la Eterna Juventud. In: Gomes FA de A, Ferreira PCA. *Manual de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: BEM; 1985.
38. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentin CM. Projeto Whoqql-Old: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev.Saúde Pública* 2003;37(6):713-717.
39. Fletcher R, Fletcher S, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.

40. Fontenelle DS, Bernardi M, Aquino SLT, et al. Aids depois dos 50 anos: um desafio para profissionais de saúde e gestores. Rio de Janeiro: SMS – Gerência de Dst/aids; sd.
41. Freitas EV, et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
42. Freitas MC, et al. Perspectivas das pesquisas em Gerontologia e Geriatria: revisão da literatura. Rev Latino-am Enf 2002;10(2):221-228.
43. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD. Rio de Janeiro: IBGE; 1997.
44. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios – PNAD. Rio de Janeiro: IBGE; 1999.
45. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 1940-2000. Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
46. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: 1999/IBGE, Departamento de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
47. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de pesquisas, censos demográficos. Brasília: IBGE; 2001. [online]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 abr. 2005.
48. Fundação Pró-Sangue/Hemocentro. Pesquisa sobre a prevalência de doenças infecciosas entre os doadores da instituição. São Paulo: Hemocentro; 2001.
49. Galinsky D. Atención progresiva. In: Anzola-Péres, E, et al. (Org.). La atención de los ancianos: uno desafio para los años noventa. Washington: OMS; 1993. p. 219-329. (Publicación Científica 546).
50. Gaspar MC. Envelhecer com dignidade. Revista Cidade Nova 1990;22 (7):30-32.
51. Gebo KA. HIV in patients over 50: an increasing problem. The Hopkins HIV Report 2004. [online]. Disponível em: <www.hopkins-aids.edu>. Acesso em: 22 abr. 2005.
52. Gehlot A, et al. Aortic valve replacement in patients of eighty years and older early and long-term results. J Thorac Surg 1998;66:60-7.
53. Giddens A. A transformação da intimidade. São Paulo: UNESP; 1996.

54. Gross, HB, Fonseca AS. Sexualidade e esclerose múltipla. In: Melaragno Filho, R. (Org.). Esclerose múltipla. São Paulo: Edição ABEM; 1992.
55. Gomes FA de A, Ferreira PCA. Manual de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: BEM; 1985.
56. Goodkin K, et al. Aging and neuro-aids conditions and the changing spectrum of HIV-1-associated morbidity and mortality. J Clin Epidemiol 2001;54(suppl 1):535-543.
57. Gordon SM, Thompson S. The changing epidemiology of human immunodeficiency virus infection in older persons. J Am Geriatric Soc 1995; 43(1):7-9.
58. Gorgolas M de, et al. A la vejez... el SIDA. ¿Merece la pena iniciar tratamiento antirretroviral? Revision de 37 pacientes com mas de 60 años. An Med Interna 1999;16(6):273-276.
59. Gregório G. Aids. Médico Repórter 2004;6(59):34-40.
60. Guareschi PA. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: Sawaia B (Org.). As artimanhas da exclusão. Petrópolis, RJ: Vozes; 1999.
61. Guerriero I, Ayres JRCM, Hearst N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública 2002;36(4Supl.):40-49. 160
62. Gutheil IA, Chichin Er. Aids, older people, and social work. Health Soc Work, 1991;16(4):237-244.
63. Hansson R, Carpenter B. Relationships in old age; coping with the challenge of transition. New York: Guilford Press; 1994.
64. Hayflick L. Como e por que envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus; 1996.
65. Heckman TG, et al. Psychological syntoms among persons 50 years of age and older living HIV disease. Aging Ment Health 2002;6(2):121-128.
66. Iglezias JCR. Fatores prognósticos na revascularização do miocárdio em pacientes idosos. Rev Bras Cir Cardiovasc 1997;12:325-334.
67. Jaguaribe H. Crise na República – 100 anos depois: primeiro ou quarto mundo? Rio de Janeiro: Thex; 1993.
68. Jung CG. Memórias, sonhos, reflexões. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

69. Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Rev Saúde Pública* 1987;21(3):200-6.
70. Keep PA van, Lauritzen C. Envelhecimento e estrogênios. São Paulo: Medisa; 1975.
71. Keller MJ, et al. Is age a negative prognostic indicator in HIV infection or aids? *Aging (Milão)* 1999;11(1):35-38.
72. Lei n.º 10741 de 1 out. 2003. Estatuto do Idoso. [online]. Disponível em URL: <www.scielo.br/www.planalto.gov.br/ecivl03/leis/2003/L10.741>. Acesso em: 15 jan.2004.
73. Levy JA, et al. Infection by the retrovirus associated with the acquired immunodeficiency syndrome: clinical, biological, and molecular features. *Ann Intern Med* 1985;203:694-699.
74. Lieberman R. HIV in older americans: an epidemiologic perspective. *J Midwifery Women Health* 2000;45(2):176-182.
75. Machado ABM. Neuroanatomia funcional. 2 ed. São Paulo, Atheneu; 2000.
76. Magalhães GAP. Infecção pelo HTLV aspectos clínicos, laboratoriais e epidemiológicos (análise de 32 casos). Departamento de Medicina Tropical. IOC/FIOCRUZ, 2002. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado.
77. Manfredi R, Chiodo F. A case-control study of virological and immunological effects of highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients with advanced age. *Aids* 2000;14(10):1475-1477.
78. Manfredi R, et al. Antiretroviral treatment and advanced age: epidemiologic, laboratory, and clinical features in the elderly. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;33(1):112-114.
79. Martinez Hernandez PL, et al. Infeccion por el VHI en la edade geriatrica: estudio epidemiológico y clinico em 42 pacientes de la Comunidad de Madrid. *Rev Clin Esp* 1997;197(10):684-689.
80. Masters WH, Johnson VE. Human sexual response. Boston: Little Brown; 1966.
81. McCoy NI, et al. Sexual interest in elderly. *Arch Sex Behavior* 1988;17:109-129.
82. Menesia EO, et al. Sobrevivência de pacientes com aids em uma cidade do sudeste brasileiro. *Rev Panam Salud Publica* 2001;10(1):29-36.

83. Meston CM. Aging and sexuality. *West J Med* 1997;167:285-290.
84. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Política Nacional do Idoso. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos. Brasília: Ministério da Justiça; 1998.
85. Ministério da Saúde. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15-54 anos – PCAP-BR. Rio de Janeiro: Departamento de Informações em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz e pelo CDC, 2004. (Parte de um projeto inter-institucional desenvolvido pelo Programa Nacional de dst e aids).
86. Montagnier L, et al. Isolation of a T-Lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (aids). *Science* 1983;220:868-870.
87. Montagu A. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus;1988. p. 200-229.
88. Monteiro DMR. *Mulher, feminino plural*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1998.
89. Moscovici S. On social representations. In: Forgas JP (Org.). *Social cognition. Perspectives on everyday understanding*. New York: Academic Press; 1981. p.181-209.
90. Mtei LN, Pallangyo KP. HIV infection in elderly medical patients. *East Afr Med J* 2001;78(3):144-7.
91. Neri AL. *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas, SP: UNICAMP; 1991.
92. Neri AL. *O fruto dá sementes: processo de amadurecimento e envelhecimento*. Campinas, SP: Papirus; 1992.
93. Neri AL. *Psicologia do envelhecimento: uma área emergente*. In: Neri AL (Org.) *Psicologia do envelhecimento*. Campinas, SP: Papirus; 1995. p.13-40.
94. Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em aids. *Pesquisa em HIV/aids no Sistema PENSIONAL Brasileiro*. São Paulo: USP; 1986-1996.
95. Organização Mundial de Saúde. *The world health report*. Genebra: WHO; 2001.
96. Organización Mundial de la Salud. Grupo Científico sobre la Epidemiología del Envejecimiento, Ginebra, 1984. *Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos*. Informe de un grupo científico

de la OMS sobre la epidemiología del envejecimiento. Ginebra: OMS; 1984. (Serie de Informes Técnicos 706).

97. Papaléo Netto M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996.
98. Peixoto C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idosos, terceira idade..... In: Moraes MLB (Org.). Velhice ou terceira idade? Rio de Janeiro: FGV; 1998.
99. Pottes FA, et al. Envelhecimento e aids: o retrato de uma década em Pernambuco. Recife: UFPE; sd.
100. Powell DH. Understanding human adjustment: normal adaptation through the life cycle. Boston: Little Brown and Company; 1983.
101. Py L, Scharfstein EA. Caminhos da maturidade: representações do corpo, vivências dos afetos e consciência da finitude. In: Néri A (Org.). Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais. Campinas, SP: Papyrus; 2001. p.117-150.
102. Raí GS, Webster S. Elderly care medicine. Great Britain: Cavendish; 2000.
103. Ramos LR, et al. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brasil. Journal of Cross-Cultural Gerontology 1993;8:313-323.
104. Ramos LR, et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública 1993;27:87-94.
105. Ramos LR, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. Rev Saúde Pública 1998;32:397-407.
106. Ribeiro A. A sexualidade na terceira idade. In: Papaléo Netto M (Org.). Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996.
107. Roig P, et al. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el anciano. Presentacion de 13 casos. An Méd Interna 1994;11(5):235-237.
108. Sabry MOD, Sampaio MHA de C, Silva MGC da. Smoking and alcohol drinking practices among employees of Universidade Estadual do Ceará. Pneumologia 1999;25(6):313-320.

109. Sager MA, Franke T, Inoué SK. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older person. *Archives of Internal Medicine* 1996;156: 645-652.
110. Salgado MA. Conceituando a velhice. *Revista da Terceira Idade* 1996;6(11): 1-10.
111. Santos MFS. Identidade e aposentadoria. São Paulo: EPU; 1990.
112. Santos SMA. Algumas reflexões sobre o ensino de enfermagem gerontogeriatrica na UFSC. *Texto e Contexto Enfermagem* 1998;8(1):174-185.
113. Sayd JD, Figueiredo MC, Vaena MLHT. Automedicação na população idosa do núcleo de atenção ao idoso da UnATI-UERJ. In: Prado SD (Org.). *Textos sobre envelhecimento: saúde e condições de vida do idoso*. V3. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2000. p.21-34.
114. Scharnhorst S. Aids dementia complex in the elderly. *Diagnosis and management*. *Nurs Pract* 1992;17(8):37, 41-43.
115. Schoueri Júnior R, Ramos LR, Papaléo Netto, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Carvalho Filho, ET de, Papaléo Netto, M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000.
116. Schover LR, Jensen SB. *Sexuality and chronic illness: a comprehensive approach*. New York: Guilford; 1988.
117. Sellers CR, Angerame MG. HIV/aids in older adults: a case study and discussion. *AACN Clin Issues* 2002;13(1):5-21.
118. Sida e infecciones de transmisión sexual em las Américas. *Rev Panam Salud Publica* 1999;6(3):215-219.
119. Simões R. *Corporeidade e terceira idade: a marginalização do corpo idoso*. 3 ed. Piracicaba, SP: UNIMEP; 1985.
120. Sklo M, et al. *Epidemiology: beyond the basics*. Maryland: An Aspen Publications; 2000.
121. Smith J. Well-being and health from age 70 to 100: findings from the Berlin Aging Study. *Eur Rev* 2001;9:961-967.
122. Smola S, et al. Veterans aging cohort study (VACS 3): overview and description. *J Clin Epidemiol* 2001;54(Suppl1):561-576.
123. Soares A de M, et al. Aids no idoso. In: Freitas, EV de. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

124. Soares F, Siqueira A. Introdução à Estatística Médica. Belo Horizonte: Departamento de Estatística da UFMG; 1999.
125. Sousa L, Figueiredo D. Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala da avaliação de vida e bem-estar. *Psycho* 2002;25:19-24.
126. Sprinz E, Finkelsztejn A, et al. Rotinas em HIV e aids. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
127. Stevens N. Combating loneliness: a friendship enrichment programme for older women. *Aging Soc* 2001;21:183-202.
128. Stucchi D. O curso da vida no contexto da lógica empresarial: juventude, maturidade e produtividade na definição da pré-aposentadoria. In: Moraes MLB (Org.). *Velhice ou terceira idade?* Rio de Janeiro: FGV; 1998. p. 35-46.
129. Vasconcelos, EM de, Alves FA, Moura LM de. Perfil epidemiológico de clientes HIV/aids na terceira idade. *Rev Bras Enferm* 2001;54(3):435-445.
130. Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e conseqüências na sociedade. *Rev Saúde Pública* 1987;21:225-233.
131. Veras RP. País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ; 1994.
132. Victor C, et al. Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Rev Clin Geronto* 2000;10:407-417.
133. Vieira EB. Manual de gerontologia: um guia técnico e prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter; 1996.
134. Wallace JI, Paauw DS, Spach DH. HIV infection in older patients: when to suspect the unexpected. *Geriatrics* 1993;48(6):61-64, 69-70.
135. Williams E, Donnelly J. Older Americans and aids: some guidelines for preventions. *Soc Work* 2002;47(2):105-111.
136. Woolery WA. Occult HIV infection: diagnosis and treatment of older patients. *Geriatrics* 1997;52(11):51, 55-58, 61.
137. World Health Organization. Magazine of the World Health Organization. Genebra: WHO; mar.1982.
138. World Health Statistics Annual. World Health Organization. Geneva: WHSA; 1979.

139. World Health Statistics Annual. World Health Organization. Geneva: WHSA; 1982.
140. <www.aids.gov.br>. Acesso em: 9 jul. 2004.
141. <www.aidsmeds.com/>. Acesso em: 22 abr. 2005.
142. <www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>. Acesso em: 22 abr. 2005.
143. <www.duquedecaxias.rj.gov.br/>. Acesso em: 26 maio 2005.
144. <www.endocrino.org.br/press>. Acesso em: 22 abr. 2005.
145. <www.hivmedicine.aidsportugal.com/index.htm>. Acesso em: 22 abr. 2005.
146. <www.hopkins-aids.edu>. Acesso em: 22 abr. 2005.
147. <www.medscape.com/hiv-aids>. Acesso em: 22 abr. 2005.
148. <www.ncep.noaa.gov/>. Acesso em: 21 abr. 2005. (*Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Evaluation, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults*).
149. <www.praçaonze.ufrj.br/>. Acesso em: 10 dez. 2004.
150. <www.rio.rj.gov.br/sms/>. Acesso em: 26 maio 2005.
151. <www.saude.rj.gov.br/>. Acesso em: 10 dez. 2004.
152. <www.saude.sp.gov.br/>. Acesso em: 10 dez. 2004.
153. <www.unaids.com>. Acesso em: 10 dez. 2004.
154. <www.uspsp.br>. Acesso em: 10 dez. 2004.
155. Zelenetz PD, Epstein ME. HIV in the elderly. *Aids Patient Care STDS* 1998;12(4):255-262.

ANEXOS

25. Hemotransfusões:

26. Outras doenças não relacionadas ao HIV: sim ___ não ___

27. Quantidade de doenças não relacionadas:

28. Tipos de doenças não relacionadas:

29. Uso de remédios não relacionados ao tratamento do HIV: sim ___ não ___

30. Quantidade de remédios não relacionados:

31. Tipos de remédios não relacionados:

32. Doenças relacionadas ao HIV: sim ___ não ___

33. Quantidade de episódios:

34. Tipos de doenças:

35. Uso de profilaxias de doenças oportunistas: sim ___ não ___

36. Tipos de profilaxias:

37. Quantidade profilaxias:

38. Uso de anti-retrovirais: sim ___ não ___ 39. Quantidade esquemas:

40. Tipos de medicamentos já utilizados:

41. VDRL: sim ___ não ___

42. Resultado:

43. Sorologia Hepatite A: sim ___ não ___

44. Resultado:

45. Sorologia Hepatite B: sim ___ não ___

46. Resultado:

47. Sorologia Hepatite C: sim ___ não ___

48. Resultado:

49. Sorologia Toxoplasmose: sim ____ não ____ 50. Resultado:

51. Sorologia CMV: sim ____ não ____ 52. Resultado:

53. Sorologia HTLV: sim ____ não ____ 54. Resultado:

55. Contagem CD4 inicial: 56. Classificação HIV:

57. Resultados Glicemias:

58. Resultados Colesterol:

59. Resultados Triglicerídeos:

2. Classificação da Infecção pelo HIV, CDC, 1992

Categorias Clínicas

Categorias laboratoriais/ linfócitos CD4	A	B	C
	Assintomático, linfadenopatia generalizada persistente ou infecção aguda	Sintomático, não-A, não-C	Condições Indicativas de aids
(1) $> 500/\text{mm}^3$	A1	B1	C1
(2) 200 a $499/\text{mm}^3$	A2	B2	C2
(3) $< 200/\text{mm}^3$	A3	B3	C3

Obs.: (1) Contagem de CD4 $< 200/\text{mm}^3$ é definidora de aids, independentemente de manifestações clínicas

(2) Categoria clínica B: condições devem ser atribuídas ao HIV ou ter seu curso modificado pela infecção pelo HIV (por exemplo, candidíase oral ou vaginal, dermatite seborréica)

(3) Categoria clínica C: condições definidoras de aids de acordo com a definição do CDC de 1997, acrescidas de câncer cervical invasivo, pneumonia bacteriana recorrente (mais de 2 episódios em um ano) e tuberculose pulmonar.

3. Condições Definidoras de aids, CDC, 1997

1. Câncer cervical invasivo* #
2. Candidíase de esôfago, traquéia, brônquios ou pulmão
3. CMV exceto em fígado, baço, linfonodos; retinite
4. Coccidioidomicose extrapulmonar*
5. Criptococose extrapulmonar
6. Criptosporidiose com diarreia por mais de um mês
7. Demência associada ao HIV*: incapacidade cognitiva e/ou outras disfunções que interfiram com a atividade profissional ou cotidiana
8. Herpes simples com úlcera mucocutânea por mais de um mês ou bronquite, pneumonite, esofagite
9. Histoplasmose extrapulmonar*
10. Isosporíase com diarreia por mais de um mês*
11. Leucoencefalopatia multifocal progressiva
12. Linfoma: de Burkitt, imunoblástico, primário de sistema nervoso central
13. *Mycobacterium avium*, disseminado
14. *Mycobacterium tuberculosis*, pulmonar# e extrapulmonar
15. Pneumonia bacteriana recorrente (≥ 2 episódios em 12 meses)*#
16. Pneumonia por *Pneumocystis carinii* ou *jiroveci*
17. Sarcoma de Kaposi em paciente abaixo de 60 anos (ou acima de 60 anos*)
18. Septicemia recorrente por *Salmonella* (não tifóide)*
19. Síndrome consumptiva associada ao HIV*: perda ponderal involuntária superior a 10% do peso e diarreia crônica (2 ou mais episódios de fezes amolecidas por dia, durante 30 dias ou mais) ou fraqueza crônica e febre de origem obscura documentada ≥ 30 dias
20. Toxoplasmose de órgão interno

* Requer sorologia positiva para HIV.

Acrescentado à revisão da definição de casos de 1992.

4. Critério CDC Modificado/Adaptado

(Adaptação brasileira das categorias clínicas definidoras de imunodeficiência da classificação do CDC, 1998)

Manifestações clínicas de imunodeficiência em pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV

Evidências de imunodeficiência

- Perda de peso > 10% do peso corporal.
- Diarréia crônica sem etiologia definida, com duração de mais de um mês.
- Febre (intermitente ou constante), sem etiologia definida, por + de um mês.
- Candidíase oral.
- Candidíase vaginal recorrente.
- Leucoplasia pilosa oral.
- Herpes zoster.
- Infecções recorrentes do trato respiratório (pneumonia, sinusite).

Evidências de imunodeficiência grave

- Candidíase do esôfago, traquéia, brônquios ou pulmões.
- Criptococose extrapulmonar.
- Criptosporidíase com diarréia persistente, por mais de um mês.
- Doença por citomegalovírus de um órgão que não seja o fígado, o baço ou os linfonodos.
- Histoplasmose extrapulmonar ou disseminada.
- Infecção pelo vírus herpes simples, com acometimento mucocutâneo, por mais de um mês, ou visceral de qualquer duração.
- Isosporíase com diarréia persistente, por mais de um mês.
- Leishmaniose visceral em adulto.
- Leucoencefalopatia multifocal progressiva.
- Linfoma primário do cérebro.
- Micobacteriose atípica disseminada.
- Outros linfomas não-Hodgkin de células B.
- Pneumonia por *Pneumocystis carinii*.
- Reativação da doença de Chagas.
- Sarcoma de Kaposi.
- Sepses recorrentes por salmonela (não-tifóide).
- Toxoplasmose cerebral.
- Tuberculose extrapulmonar ou disseminada.

5. Terapêutica Anti-retroviral

RECOMENDAÇÕES PARA TERAPIA ANTI-RETROVIRAL EM ADULTOS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV – 2004

QUADROS

Quadro 1: Recomendações para início de terapia anti-retroviral	
Assintomáticos sem contagem de linfócitos T-CD4+ disponível	Não tratar ⁽¹⁾
Assintomáticos com CD4 > 350 células/mm ³	Não tratar
Assintomáticos com CD4 entre 200 e 350 células/mm ³	Considerar tratamento ^(2,3)
Assintomáticos com CD4 <200 células/mm ³	Tratar + quimioprofilaxia para IO ⁽⁴⁾
Sintomáticos ⁽⁵⁾	Tratar + quimioprofilaxia para IO ⁽⁴⁾

1. Na impossibilidade de acesso à contagem de linfócitos T-CD4+, a terapia anti-retroviral e as profilaxias primárias devem ser consideradas para pacientes com menos de 1.000 linfócitos totais/mm³, especialmente se hemoglobina < 13g/dl, pela grande probabilidade da contagem de linfócitos T-CD4+ ser < 200/mm³.

2. Tendo em vista que o risco de desenvolvimento de infecções oportunistas em curto prazo é baixo, muitos especialistas preferem não iniciar o tratamento e monitorar o paciente com contagens de linfócitos T-CD4+ e quantificação da carga viral plasmática. Na impossibilidade da realização freqüente (no mínimo três vezes ao ano) de contagens de linfócitos T-CD4+, o tratamento deverá começar. No caso de se optar pelo início do tratamento, é de grande importância considerar a motivação do paciente e a probabilidade de adesão antes do mesmo ocorrer.

3. Quanto mais próxima de 200 células/mm³ for a contagem de linfócitos T-CD4+ e/ou maior a carga viral (particularmente > 100.000 cópias/ml), mais forte será a indicação para início da terapia anti-retroviral.

4. IO = infecções oportunistas; neste caso, pneumonia por *P. carinii* e toxoplasmose.

Quadro 2: TERAPIA INICIAL

Quadro 2a: Esquemas preferenciais

Assintomáticos com CD4 > 350/mm³	não tratar
Assintomáticos com CD4 < 350/mm³ ou sintomáticos	Preferencial: 2 ITRN + ITRNN Alternativo: 2 ITRN + IP

Quadro 2b: Drogas e combinações preferenciais

Grupo farmacológico	1.ª escolha	2.ª escolha
2 ITRN	AZT+3TC¹	d4T+3TC²
ITRNN	EFV³	NVP
IP	LPV/r ou ATV	NFV⁴ ou SQV/r⁵
Abreviaturas ITRN = inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo AZT = zidovudina; ddl = didanosina; d4T = estavudina; 3TC = lamivudina		
ITRNN = inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo EFV = efavirenz; NVP = nevirapina		
IP = inibidor da protease; r = ritonavir como adjuvante farmacológico; IDV = indinavir; NFV = nelfinavir; SQV = saquinavir; LPV = lopinavir; ATV = atazanavir		

- (1) O esquema AZT+ddl é uma opção para pacientes com intolerância ao 3TC ou que tenham feito uso prévio de 3TC para tratamento de hepatite B.
- (2) Considerando o custo elevado e a experiência ainda limitada, o tenofovir só poderá ser indicado na terapia inicial em situações de contra-indicações ao AZT e também ao d4T (ver texto), além de ser obrigatoriamente associado ao 3TC e ao efavirenz. O tenofovir é contra-indicado quando o *clearance* de creatinina encontra-se abaixo de 60.
- (3) O EFV deve ser prescrito preferencialmente à NVP, exceto em gestantes.
- (4) O NFV não deve ser indicado em caso de carga viral > 100.000 cópias/ml. O NFV é o IP preferencial para gestantes (ver documento de “Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes, 2004”, do Ministério da Saúde).
- (5) SQV/r é a única opção de IP para pacientes em uso de rifampicina. Nos casos de pacientes em uso de rifampicina, que não toleram EFV nem SQV/r, ou em caso de hepatopatia grave, é possível o uso de AZT (ou d4T) associado ao 3TC e ao abacavir, porém há risco de menor eficácia, baixa durabilidade e resistência em curto prazo a todos os análogos de nucleosídeos.