

Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos¹*Clinical and epidemiological profile of the infection by HIV/aids in elderly**Perfil clínico y epidemiológico de la infección por el VIH/sida en ancianos*Liliane Ultramari^I, Paula Burian Moretto^{II}, Elucir Gir^{III}, Sílvia Rita Marin da Silva Canini^{IV},
Sheila Araujo Teles^V, Joice Gaspar^{VI}, Alcyone Artioli Machado^{VII}**RESUMO**

O aumento dos casos de HIV/AIDS na população idosa é desafiante, evidenciando a necessidade de atentar-se à qualidade de vida desta população. Estudo descritivo com objetivo de investigar o perfil clínico epidemiológico da infecção pelo HIV/AIDS diagnosticada em idosos com 50 anos ou mais e que estiveram em seguimento clínico em um hospital referência, de janeiro de 2001 a dezembro de 2008. A coleta de dados ocorreu por meio de consulta aos prontuários, entre janeiro de 2008 e julho de 2009. Dos 208 prontuários analisados, 45,7% eram de mulheres e 54,3% de homens, com idade média de 60,6 anos. Categoria de exposição sexual foi a predominante e quanto ao CD4, 68,2% apresentaram contagem menor que 200 cel/mm³. A mortalidade foi elevada (44,7%). É preocupante o aumento do número de casos de HIV/AIDS na população idosa e estes resultados reforçam a necessidade de maior atenção a este grupo.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Idoso; Epidemiologia.

ABSTRACT

The increasing HIV/AIDS number of cases for elderly people appears as a challenge, highlighting the need to observe about the quality of life of this population. Descriptive study to investigate the clinical-epidemiological profile of HIV/AIDS infection diagnosed in elderly aged 50 years old and over who were in a clinical follow-up at a referral hospital from January 2001 to December 2008. Data collection occurred through analysis of patient records between January 2008 and July 2009. From 208 medical records analyzed, 45,7% were women and 54,3% were man, age average 60,6 years old. The sexual exposure category was predominant and concerning CD4 counting, 68,2% presented level lower than 200 cell/mm³. The mortality rate was high (44,7%). This increasing number of HIV/AIDS in the elderly population is concerning and these results emphasize the need for better care to this group.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Aged; Epidemiology.

RESUMEN

El aumento del número de casos de VIH/SIDA en la población anciana surge como un desafío, destacando la necesidad de atención a calidad de vida de esta población. Estudio descriptivo objetivó investigar el perfil clínico epidemiológico de la infección por VIH/SIDA diagnosticados en ancianos con 50 años o más que estuvieron en acompañamiento clínico en un hospital referencia de enero de 2001 a diciembre de 2008. Recolecta de datos fue hecha a partir de registros médicos entre enero de 2008 a julio de 2009. De los 208 registros analizados, 45,7% eran de mujeres y 54,3% de hombres, con edad media de 60,6 años. Categoría de exposición sexual fue predominante y cuanto al CD4, 68,2% presentaron contaje menor que 200 cel./mm³. La mortalidad fue elevada (44,7%). El aumento del número de casos de VIH/SIDA en la población anciana es preocupante y estos resultados refuerzan la necesidad de mayor atención a este grupo.

Descriptores: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Anciano; Epidemiología.

^I Enfermeira. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: ultramaris@ig.com.br.

^{II} Enfermeira. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: paulinha_moretto@yahoo.com.br.

^{III} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, SP. E-mail: egir@eerp.usp.br.

^{IV} Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente, EERP, USP. Ribeirão Preto, SP. E-mail: canini@eerp.usp.br.

^V Enfermeira, Doutora em Biologia Parasitária. Professor Associado, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás. Ribeirão Preto, SP. E-mail: sheila@fen.ufg.br.

^{VI} Enfermeira. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: joicegaspar@yahoo.com.br.

^{VII} Médica, Doutora em Medicina. Livre-docência. Professor Doutor, EERP, USP. E-mail: aamachad@fmrp.usp.br.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é exercida ao longo de todo o processo vital, com características peculiares das idades cronológica, fisiológica e psicológica. A pesquisa sobre a anatomia e fisiologia da resposta sexual humana, desenvolvida nas décadas de 50 e 60, trouxe contribuições relevantes acerca do estereótipo de "velhice assexuada". E comprovou que a capacidade sexual torna-se diferente, principalmente no aspecto quantitativo, porém o desejo e a resposta sexual não são anulados e nem bloqueados⁽¹⁾.

Com o passar dos anos, os homens sofrem processo de desaceleração nas respostas sexuais, ou seja, estas podem ser menos potentes, incompletas e facilmente perdidas⁽²⁾. Estudos têm apontado que os idosos referem dificuldade para colocar o preservativo e manter a ereção e que isto é causa de incômodo durante o ato sexual⁽³⁾. Contudo, a utilização de fármacos constitui uma opção para melhorar o desempenho e aumentar a atividade sexual⁽⁴⁾, o que conseqüentemente aumenta a exposição dos idosos aos patógenos transmitidos por via sexual.

Em relação às mulheres, ressalta-se que alterações hormonais pós-menopausa como deficiência estrogênica e aumento da fragilidade da mucosa vaginal potencializam o risco de aquisição da infecção por diversos microrganismos, dentre eles, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) em função da ocorrência de possíveis microtraumatismos durante o ato sexual^(3,5).

Aliada a essas diversas alterações na atividade sexual, há também o fato de a aids ser percebida como uma doença mais frequente em pessoas que estão em fase reprodutiva, fato este que contribui para que os idosos não considerem o sexo desprotegido como fator de risco para doenças transmitidas por via sexual, e conseqüentemente não usem preservativos⁽³⁾.

A despreocupação com a gravidez por mulheres idosas é outro aspecto que torna o sexo sem proteção uma prática comum e natural na terceira idade. Essa situação remete as mulheres a uma idéia errônea de que o preservativo é inútil nesta fase da vida. O uso do preservativo deve se tornar hábito freqüente, como fonte de recurso preventivo e não apenas como método contraceptivo⁽⁴⁾.

Há que se considerar que a terapia antirretroviral tem modificado a história natural da infecção pelo HIV, melhorando as condições clínicas do portador, restabelecendo a competência imunológica e reduzindo a carga viral, e conseqüentemente adiando a progressão da doença. Porém, muitos casos são diagnosticados numa fase tardia da doença, quando perderam a

oportunidade de iniciar o tratamento em época mais oportuna. Assim, estão em risco de uma reconstituição imune fraca ou tardia e, por conseguinte, expostos mais freqüentemente às doenças oportunistas e toxicidades às drogas a curto e longo prazo⁽⁶⁾.

Nos Estados Unidos, 11% dos casos de HIV/aids ocorrem em indivíduos com idade acima de 50 anos, sendo que um quarto dessas pessoas possuem idade superior a 60 anos⁽⁷⁾. Na Europa Ocidental 12,9% dos casos novos notificados em 2007 foram de pessoas com 50 anos ou mais; na Europa Oriental a mesma situação ocorreu em 3,7% dos casos novos e na Europa Central na proporção de um em cada dez novos casos⁽⁸⁾.

No Brasil, a taxa de incidência de aids em idosos vem aumentando nas duas últimas décadas. Em 1996 a taxa de incidência/100.000 habitantes foi de 18,2 em homens de 50 a 59 anos, 5,8 em homens acima de 60 anos, 6,1 em mulheres de 50 a 59 anos e de 1,7 em mulheres acima de 60 anos. Já em 2006, as taxas entre os homens atingiram 31,8 e 10,3 e entre as mulheres 18,6 e 5,5 respectivamente⁽⁹⁾.

Apesar do aumento do número de casos novos já mencionado, ainda assim, as taxas de incidência podem estar subestimadas, visto que certos sintomas relacionados à Aids, como fadiga e perda de peso, são inespecíficos, podendo ser associados ao processo normal de envelhecimento ou à doenças próprias dessa fase da vida. Dessa forma, diversos estudos explicitam que, em geral, os idosos têm o diagnóstico da infecção pelo HIV numa fase avançada da doença, quando comparado à população jovem. Tal fato se comprova em um estudo italiano que evidenciou que dois terços dos idosos que tiveram teste positivo para o HIV foram diagnosticados tardiamente e que apenas um quarto deles estavam recebendo terapia antirretroviral, justificando a presença de evolução clínica mais severa da doença e menor tempo de sobrevivência⁽⁸⁾.

Assim, como é evidente o crescimento da população idosa em quase todos os países do mundo e como existem previsões de que esta faixa etária será responsável por quase 15% da população total em 2020⁽¹⁰⁾, fica claro que o aumento do número de casos de HIV/aids na população idosa, surge como um novo desafio, mostrando a necessidade do estabelecimento de políticas públicas e estratégias que assegurem a qualidade de vida dos idosos, além do desenvolvimento de ações e programas de prevenção relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis, visto que a maioria das iniciativas têm sido voltadas a população jovem⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil clínico epidemiológico de indivíduos com HIV/aids, diagnosticados com 50 anos ou mais e atendidos em um hospital de ensino do interior paulista.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter retrospectivo, realizado em um hospital de ensino, nível de complexidade de assistência terciário, localizado na cidade de Ribeirão Preto-SP. Para a identificação dos indivíduos que tiveram o diagnóstico de HIV/aids com idade maior ou igual a 50 anos, foi solicitada uma lista junto ao Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do referido hospital.

Dos 592 (100%) prontuários de indivíduos cadastrados no hospital, 208 foram selecionados por atenderem aos seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico de HIV/aids com 50 anos ou mais e estar em seguimento clínico na instituição de estudo, no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2008.

Os dados foram coletados no período de janeiro de 2008 a julho de 2009, por meio da consulta direta aos prontuários, e as informações obtidas foram transcritas para um formulário elaborado especificamente para a pesquisa, o qual continha, aspectos sociodemográficos, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos.

O banco de dados foi organizado em planilhas Excel e posteriormente processado e analisado por meio do software Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 15.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (processo nº10790/2007), obtendo-se dispensa do Termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os aspectos éticos foram contemplados.

RESULTADOS

Foram analisados 208 prontuários de indivíduos portadores de HIV/aids com idade variando de 50 a 82 anos, sendo a idade média de 60,6 anos; 95 (45,7%) eram do sexo feminino e 113 (54,3%) do sexo masculino. Quanto à etnia, 158 pacientes eram brancos (76%), 49 negros (23,5%) e 1 amarelo (0,5%). A grande maioria dos idosos tinha nível de escolaridade equivalente ao ensino fundamental (79,3%), 2,9 % cursaram o médio, 2,4% informaram nível superior e 9,1% apresentavam nenhuma instrução formal (Tabela 1).

Tabela 1: Características dos indivíduos com HIV/aids diagnosticados após os 50 anos de idade em Ribeirão Preto, SP, de 2001 a 2008

Características	N=208	(%)
Sexo		
Feminino	95	45,7
Masculino	113	54,3
Idade		
50 a 59 anos	108	51,9
60 a 69 anos	73	35,1
70 a 79 anos	23	11,1
≥ 80	4	1,9
$x^* = 60,6$		$dp^* = 7,5$
Escolaridade		
Ensino fundamental	165	79,3
Ensino médio	6	2,9
Ensino superior	5	2,4
Nenhum	19	9,1
Desconhecido	13	6,3
Cor		
Branca	158	76
Negra	20	9,6
Mulata	29	3,9
Amarela	1	0,5
Local de Procedência		
Ribeirão Preto	139	66,8
Outras cidades do Estado de São Paulo	65	31,3
Outros Estados	4	1,9
$x^* = \text{média}$		$dp^* = \text{desvio padrão}$

Referentes aos hábitos sexuais após o diagnóstico de HIV, 196 prontuários (94,2%) não continham informação, 10 (4,8%) referiram vida sexual ativa e dois (1%) ausência de atividade sexual. Em relação à categoria de exposição, do total, 128 (61,5%) não apresentavam informação quanto a forma de contaminação pelo vírus, 15 (7,2%) referiram não saber como o adquiriram, 59 (28,4%) relataram ter se infectado por meio de contato sexual, quatro (1,9%) destacaram a exposição sanguínea e dois (1%) infecção decorrente de exposição ocupacional.

A respeito de comportamentos de risco, 47 (22,6%) dos prontuários não possuíam informação, e 161 (77,4%) evidenciavam comportamentos de risco, sendo que os cinco mais frequentes das 36 respostas apresentadas, conforme descrito no prontuário, foram: relação sexual sem o uso de preservativos e promiscuidade sexual em 22 (10,6%) dos prontuários; contato sexual com pessoa portadora de HIV em 19 (9,1%); relação sexual com múltiplos parceiros/parceiras em 11 (5,3%) e relações extraconjugais com ou sem preservativo em sete (3,4%).

Relativo aos motivos que levaram os idosos a procurarem pelo serviço de saúde, e que resultou na identificação da infecção, dos 74 sinais e sintomas apresentados, os seis mais frequentes foram: perda de peso em 81 (38,9%) dos casos, febre em 44 (21,2%), diarreia em 25 (12%), tosse em 22 (11,5%), lesão de pele em 21 (10,1%) e fraqueza em 17 (8,2%).

Quanto aos níveis de linfócitos CD4 apresentados na época do diagnóstico, que se deu em indivíduos com idade entre 50 e 82 anos, dos 151 (72,6%) idosos, cuja informação estava presente nos prontuários, para 103 (68,2%) a apresentação do valor de CD4 foi menor que 200 cel/mm³; para 35 (23,2%) os valores variavam de 200 a 499 cel/mm³ e para 13 (8,6%) foi maior que 500 cel/mm³, resultando numa média de 182,6 cel/mm³. Sobre a carga viral na época do diagnóstico os valores variaram de 85 a 11. 10⁶ cópias/ml.

A respeito da terapia antirretroviral (TARV), 142 (68,3%) dos participantes da pesquisa faziam uso e 66 (31,7%) não faziam. O número de esquemas adotados foi vasto, ou seja, 56 no total, sendo que os quatro mais frequentes foram: AZT+3TC+EFZ (N=27, 13%),

Biovir+EFZ (N=23, 11,1%), 3TC+TDF+EFZ (N=11, 5,3%) e 3TC+d4T+EFZ (N=7, 3,4%). Sobre a adesão ao tratamento, 102 (49%) ingeriam as medicações de forma regular, 17 (8,2%) de forma irregular e 23 (11,1%) não continham informação. Em relação ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento com a TARV, 34 (23,9%) a iniciaram no primeiro mês, 35 (24,6%) após dois meses, 19 (13,4%) após três meses, 15 (10,6%) após quatro meses, quatro (2,8%) após cinco meses, oito (5,6%) após seis meses, cinco (3,5%) após sete meses e 22 (15,5%) oito meses ou mais, após descoberta da infecção.

Referente às comorbidades apresentadas, devido à baixa imunidade por conta da infecção pelo HIV/aids, as 10 patologias mais frequentes foram: monilíase oral, presente em 91 (43,8%) dos prontuários, pneumonia em 80 (38,5%), monilíase esofágica em 39 (18,8%), neurotoxoplasmose em 33 (15,9%), tuberculose em 28 (13,5%), herpes zoster em 26 (12,5%), anemia em 23 (11,1%), pneumocistose ou demência em 22 (10,6%) e diarreia em 21 (10,1%).

Em relação aos 47 pacientes que já haviam falecido e que haviam se submetido a TARV, verificou-se em seus prontuários que 18 (38,3%) vieram a óbito no primeiro ano de tratamento, 12 (25,5%) entre o primeiro e quarto ano, nove (19,1%) entre o quarto e sétimo ano,

quatro (8,5%) entre o sétimo e décimo anos e quatro (8,5%) com mais de 10 anos de tratamento. Em relação à contagem de linfócitos CD4, dos 142 pacientes que se submeteram a TARV, 23 apresentavam níveis menores que 200 cel/mm³.

Sobre a mortalidade dos 208 participantes da pesquisa, 93 (44,7%) já haviam falecido, sendo 54 (58,1%) no primeiro ano após o diagnóstico (24 mulheres e 30 homens); com idade variando entre 50 e 79 anos e 26 com níveis de linfócitos CD4 inferior a 200 cel/mm³.

Vinte e três (24,7%) faleceram após período de um a quatro anos (10 mulheres e 13 homens), com ocorrência de óbito em todas as faixas etárias e a maioria com níveis de CD4 menor que 200 cel/mm³.

Sete (7,5%) faleceram após quatro a sete anos (duas mulheres e cinco homens), com idade variando de 50 a 79 anos e níveis de CD4 menor que 200 cel/mm³; cinco (5,4%) faleceram após sete a 10 anos (uma mulher e quatro homens), com idade variando de 50 a 79 anos e com níveis de CD4 menor que 200 cel/mm³ e 4 (4,3%) faleceram após 10 anos ou mais (três mulheres e um homem), com faixa etária variando de 60 a 79 anos e com níveis de CD4+ entre 200 a 499 cel/mm³ (Tabela 2).

Tabela 2: Características relacionadas à taxa de mortalidade dos indivíduos portadores de HIV/aids diagnosticados após os 50 anos de idade em Ribeirão Preto, SP, de 2001 a 2008

Características	Tempo em anos entre o diagnóstico e o óbito**					Total
	<1	1 a 4	4 a 7	7 a 10	>10	
Sexo						
Feminino	24	10	2	1	3	40
Masculino	30	13	5	4	1	53
Total	54	23	7	5	4	93
Idade						
50 a 59 anos	34	11	4	1	0	50
60 a 69 anos	13	10	2	3	3	
70 a 79 anos	7	1	1	1	1	
≥80 anos	0	1	0	0	0	
Total	54	23	7	5	4	93
CD4						
< 200	26	9	4	1	0	40
200 a 499	1	5	1	0	1	8
≥ 500	3	1	1	0	6	
Não informa	24	8	1	3	3	39
Total	54	23	7	5	4	93
**1- 1 ano	2- 1 a 4 anos	3- 4 a 7 anos	4- 7 a 10 anos	5- > 10 anos		

DISCUSSÃO

Em relação aos aspectos sociodemográficos analisados no presente estudo, verificou-se que a maioria dos idosos (51,9%) encontrava-se na faixa etária de 50 a 59 anos. Um estudo realizado no estado de Pernambuco evidenciou que a faixa etária de 50 a 59 anos foi a segunda maior incidência de aids, por idade, no país, sendo que a partir de 1995, houve um crescimento da incidência na faixa etária de 60 a 69 anos (16,22 casos/100.000 habitantes) passando a ser a quarta maior faixa etária de incidência de casos no país⁽¹¹⁾.

A análise dos dados permitiu-nos observar que não há grande diferença entre o número de homens (54,3%) e mulheres (45,7%) infectadas pelo HIV, sugerindo a tendência de feminização da epidemia. No início da epidemia no Brasil, década de 1980, a proporção era de 34:1, indicando relação de homens infectados para cada mulher, enquanto que, atualmente a proporção é de 2:1⁽¹²⁾. Tal fato vem sendo verificado em todo mundo, inclusive no Brasil, e Ribeirão Preto não está fugindo a esta tendência⁽⁶⁾.

A maioria dos idosos residia em cidades do interior do Estado de São Paulo. Sabe-se que a interiorização da epidemia de HIV vem ocorrendo no Brasil, fato que se dá através da difusão geográfica da doença dos grandes centros urbanos para as cidades vizinhas de médio e grande porte do interior. Pesquisa realizada no Estado do Rio de Janeiro, com os casos de aids em pessoas com mais de 60 anos, de 1995 a 2001, mostrou que 68,2% dos casos eram de residentes da capital do Estado⁽¹¹⁾.

Baixo grau de instrução foi outra característica encontrada neste estudo, visto que a maioria dos participantes tinha apenas o ensino fundamental, ou eram analfabetos. Para alguns autores⁽¹³⁾ quanto menor o grau de instrução, menor o percentual de acerto sobre o conhecimento correto referente às formas de transmissão do HIV. Dessa forma, os resultados obtidos reforçam os encontrados em vários outros estudos^(6,11,14).

Os comportamentos de risco mais frequentes, conforme descritos no prontuário, foram relação sexual sem o uso de preservativo, parceiro portador de HIV, promiscuidade sexual e relações extraconjugais, evidenciando que a categoria de exposição para essa faixa etária é a sexual e por meio de relação heterossexual, como também foi comprovado em outro estudo⁽¹⁵⁾.

O não uso de preservativo está presente nos comportamentos de risco encontrados na pesquisa⁽¹⁶⁾. Isto ocorre, entre outros fatores, pelo fato de os idosos

não serem educados para o seu uso, visto que é conhecido apenas como um dos métodos contraceptivos e não como um método preventivo contra doenças sexualmente transmissíveis (DST). Fato este que é salientado nas campanhas de prevenção veiculadas na mídia, que são direcionadas apenas para a população jovem.

Contudo, o aumento das práticas sexuais entre os indivíduos da terceira idade deve estar associado às iniciativas de prevenção e de assistência por parte dos profissionais da saúde para um controle mais preciso dos eventos relacionados com a exposição desses indivíduos às DST⁽¹⁷⁾.

Os idosos soropositivos necessitam de maior atenção em saúde, pois pela idade avançada, têm demandas específicas, que devem ser consideradas. Além disso, é de fundamental importância para esses idosos a compreensão, por parte dos profissionais ligados à saúde, da sua sexualidade e dos meios de proteção para as práticas sexuais seguras.

Os valores encontrados em relação aos níveis de linfócitos CD4 para a maioria dos indivíduos foi menor ou igual a 200 cel/mm³, tendo o diagnóstico sido feito entre as idades de 50 e 82 anos. Este dado nos permite evidenciar o diagnóstico em fase de Aids propriamente dito e o provável motivo da alta taxa de mortalidade, já que os indivíduos procuram atendimento quando apresentam sinais e sintomas característicos da infecção ou devido a doenças oportunistas, ou seja, em fase avançada da doença e de difícil controle.

Estudo apontou que a Aids é uma das principais causas de morte prematura em diferentes países do mundo, sendo que no Brasil 50% dos pacientes ainda morrem no período de até seis meses após o diagnóstico da primeira doença oportunista⁽¹³⁾. Pesquisa realizada em época anterior, na mesma instituição, mostrou que a média de tempo decorrido entre o início dos sintomas e o óbito foi de 14 meses e o tempo médio entre o primeiro atendimento e o diagnóstico de aids foi de seis meses e 19 dias⁽⁶⁾.

Em relação à adesão ao tratamento, com este estudo nota-se que os pacientes que fizeram uso dos ARV apresentaram adesão regular, e a maioria iniciou as medicações nos primeiros quatro meses após o diagnóstico. Estudo evidenciou que a adesão ao tratamento pode contribuir para a redução dos níveis virológicos e em longo prazo uma melhor resposta imunológica⁽⁷⁾.

Com os resultados apresentados nota-se que o perfil dos indivíduos estudados está de acordo com a tendência

atual da epidemia no Brasil, e assim observa-se que é preciso investir mais em relação à saúde sexual do idoso e abolir o estereótipo de velhice assexuada e monogâmica que contribui para o fortalecimento do preconceito a respeito desta temática.

É preciso estimular e capacitar os profissionais da saúde em relação a sexualidade na terceira idade, a fim de que trabalhem junto aos pacientes os temas relacionados a vida sexual, as doenças sexualmente transmissíveis e sua prevenção. Além disso, campanhas educativas e preventivas devem ser veiculadas de forma constante a esta faixa etária que quase sempre é esquecida, para que não se sintam à margem do risco de serem contaminadas. Contudo, é importante considerar que o número de pesquisas sobre as representações sociais e o HIV/aids tem aumentado nas últimas décadas, com expressiva participação da enfermagem nos estudos⁽¹⁸⁾,

O aumento do número de casos de HIV/aids na população idosa, é um desafio que requer o estabelecimento de políticas públicas e estratégias de saúde que contribuam para melhor qualidade de vida dos idosos⁽¹¹⁾. Um estudo publicado em 2008 aponta como estratégias para melhor qualidade de vida: sempre que possível prescrever terapia antirretroviral de fácil posologia e baixo risco de efeitos colaterais; tratamento agressivo e precoce das infecções oportunistas; pesquisar sempre outras doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis e hepatites virais; checar sempre as drogas em uso, as interações medicamentosas e os ajustes de doses; lembrar que alguns fitoterápicos interferem negativamente na terapia antirretroviral; medidas dietéticas adequadas; atividades físicas e mentais; repouso regular; evitar obesidade, etilismo ou tabagismo; envolver os familiares na condução do tratamento; intervalos menores inter consultas; apoio e conscientização da equipe multidisciplinar⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÕES

O presente estudo evidenciou que os indivíduos que tiveram o diagnóstico de HIV/aids com idade maior ou igual a 50 anos, possuíam baixo nível de escolaridade, distribuição semelhante entre o número de homens e mulheres, sugerindo a tendência de feminização da epidemia. Os níveis de linfócitos CD4, na maioria dos pesquisados, estavam abaixo de 200cel/mm³, sendo um dos indicadores de diagnóstico tardio.

O preconceito e a marginalização da sexualidade dos idosos provocam ideia subestimada de risco de contágio pessoal, potencializando a vulnerabilidade desta faixa etária. Portanto, fica evidente a necessidade de maior número de pesquisas científicas e de investimentos em políticas públicas direcionadas especificamente a esta população, a fim de diminuir o impacto da Aids causado na terceira idade. Estas políticas públicas devem gerar informação formal através dos profissionais de saúde e da mídia, bem como incluir programas educativos que contemplem não só Aids, mas também as demais doenças sexualmente transmissíveis e práticas de sexo seguro.

Por fim, vale ressaltar que apesar do número de pesquisas sobre as representações sociais e o HIV/aids ter crescido muito nas últimas décadas, com expressiva participação da enfermagem nos estudos, inúmeras lacunas, como o significado do uso de preservativos para os idosos e a capacitação dos profissionais que prestam atendimento a esta faixa etária, ainda permeiam os estudos direcionados a população idosa, e isso se torna relevante e de imprescindível solução pelo fato desta faixa etária ser caracterizada como "grupo de risco" em decorrência da falta de informação gerada pela mídia e pelos profissionais de saúde, pelo descaso dos órgãos públicos com a prevenção e promoção da saúde, pelos preconceitos e falsas crenças que abarcam a temática sexual dos idosos e pela própria fisiologia do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Masters WH, Johnson VE. A resposta sexual humana. São Paulo: Roca; 1984.
2. Oliveira JSC, Lima FLA, Saldanha AAW. Qualidade de vida em pessoas com mais de 50 anos HIV+: um estudo comparativo com a população geral. DST – J bras Doenças Sex Transm [Internet]. 2008 [cited 2011 set 30];20(3-4):179-84. Available from: <http://www.dst.uff.br/revista20-3-4-2008/4-Qualidade-de-vida-JBDST-20-3-4-2008.pdf>.
3. Beaulaurier RL, Craig SL, De La Rosa M. Older Latina women and HIV/AIDS: an examination of sexuality and culture as they relate to risk and protective factors. J Gerontol Soc Work

[Internet]. 2009 [cited 2011 set 30];52(1):48-63. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2693918/>.

4. Netto MP. Tratado de gerontologia. São Paulo: Atheneu; 2006.
5. Illa L, Brickman A, Saint-Jean G, Echenique M, Metsch L, Eisdorfer C et al. Sexual risk behaviors in late middle age and older HIV seropositive adults. AIDS Behav. 2008;12(6):935-42.
6. Manfredi R. HIV infection and advanced age emerging epidemiological, clinical, and management issues. Ageing Res Rev. 2004;3(1):31-54.
7. Longo B, Camoni L, Boros S, Suligo B. Increasing proportion of AIDS diagnoses among older adults in Italy. AIDS Patient Care and STDs. 2008;22(5):365-71.

8. Lazarus JV, Nielsen KK. HIV and people over 50 years old in Europe. *HIV Med.* 2010;11(7):479-81.
9. Boletim Epidemiológico - Aids e DST [Internet]. Brasília (BR): Ministério da Saúde. Ano V, No. 01, Dez 2007 [cited 2011 set 30]. Available from: http://homologacaoweb.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim2008_-versao1_6.pdf.
10. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2011 set 30];17(2):374-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/21.pdf>.
11. Pottes FA, Brito AM, Gouveia GC, Araújo EC, Carneiro RM. AIDS e envelhecimento: características dos casos com idade igual ou maior que 50 anos em Pernambuco, de 1999 a 2000. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2007 [cited 2011 set 30];10(3):338-51. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v10n3/04.pdf>.
12. Souza MHT, Backes DS, Pereira ADA, Ferreira CLL, Medeiros HMF, Marchiori MRCT. Nível de conhecimento de um grupo de idosos em relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. *Av. Enferm.* [Internet]. 2009 [cited 2011 set 30];27(1):22-29. Available from: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100003&lng=pt&nrm=-.
13. Araújo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2007 [cited 2011 set 30];10(4):544-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n4/12.pdf>.
14. Seidl EMF, Melchíades A, Farias V, Brito A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007 [cited 2011 set 30];23(10):2305-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/06.pdf>.
15. Godoy VS, Ferreira MD, Silva EC, Gir E, Canini SRMS. O perfil epidemiológico da AIDS em idosos utilizando sistemas de informações em saúde do DATASUS: realidades e desafios. *DST - J bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2008 [cited 2011 set 30];20(1):7-11. Available from: <http://www.dst.uff.br//revista20-1-2008/1.pdf>.
16. Albuquerque DA, Lima AMD, Tavares DCTG, Jimenez SMC, Araújo EC. Conhecimento de idosas sobre infecções sexualmente transmissíveis. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2008 [cited 2011 set 30];2(2):137-45. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/416/pdf_365.
17. Sousa ACA, Suassuna DSB, Costa SML. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com AIDS. *DST - J bras Doenças Sex Transm* [Internet]. 2009 [cited 2011 set 30];21(1):22-26. Available from: [http://www.dst.uff.br//revista21-1-2009/5-Perfil%20Clinico-Epidemiologico-%20JBDST%2021\(1\)%202009.pdf](http://www.dst.uff.br//revista21-1-2009/5-Perfil%20Clinico-Epidemiologico-%20JBDST%2021(1)%202009.pdf).
18. Oliveira DC, Formozo GA, Gomes AMT, Acioli S, Marques SC, Costa TL, Heringer A. A produção de conhecimento sobre HIV/AIDS no campo da teoria de representações sociais em 25 anos da epidemia. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2007 [cited 2011 set 30];9(3):821-34. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a21.htm>.
19. Silva PCVS, Carmo Filho A, Fakoury MK, Gross EP, Ferry FRA. Perfil clínico de 128 pacientes idosos portadores do HIV/aids no hospital universitário Gaffré e Guinle. *Cad Bras Med* [Internet]. 2008 [cited 2011 set 30];21(1,2,3,4):52-60. Available from: <http://www.unirio.br/ccbs/revista/CADERNOS%20BRASILEIROS%20DE%20MEDICINA%202008.pdf>.

Artigo recebido em 24.09.2010.

Aprovado para publicação em 29.08.2011.

Artigo publicado em 30.09.2011.