MILDRED PITMAN DE CASTRO

O viver com HIV/aids na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado da cidade de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Doenças Infecciosas e Parasitárias

Orientador: Prof. Dr. Aluisio Augusto Cotrim Segurado

São Paulo
2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais **Anselm Evarist** *e* **Izaura Pitman**
que me ensinaram o caminho da vida.

Aos meus filhos
George Hubert, Brenda *e* **Emilly**
que me ensinaram o valor da vida.

Ao meu esposo **George Felipe**
meu amor incondicional.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos **Pacientes Idosos** pela participação, confiança e crédito depositado.

Ao **Prof. Dr. Aluisio Augusto Cotrim Segurado** por ter acreditado deste o início neste estudo, dando-me força e muito apoio, principalmente por ter compartilhado o seu saber durante toda a orientação. Muito obrigada.

A **Dra. Eliana Guttierrez** diretora da Casa da Aids e a administradora **Delsa Nagata** pela sensibilidade e apoio.

As amigas e colegas **Vanda Nascimento**, **Susan Gasparin*i*** e **Roberta Moreno** por terem caminhado junto comigo nesta empreitada dando-me muito apoio e colaboração.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ter me permitido concluir este estudo com saúde.

À **Casa da Aids** enquanto Instituição por tornar possível a realização de um sonho.

Ao Professor Doutor **Marcos Boulos,** Profª. Dra **Vera Paiva** e Profª.Dra **Ana Luiza Gryschek** pelas valiosas sugestões no exame de qualificação.

Aos funcionários do **Registro**, **Arquivo** e **Farmácia** que com competência e generosidade tornaram este trabalho possível.

À **Solange Minas** do protocolo de pesquisa que forneceu todo apoio necessário ao estudo.

Às colegas da equipe de psicologia **Celi, Dirle, Daniela** e **Samantha** pela preocupação durante a minha jornada.

Ás tias **Cleide** e **Berenice** pela força, ajuda e carinho durante todos estes anos.

Aos colegas assistentes sociais **Antonio Ferreira** e **Dra Sandra Marcia Albuquerque** pelo apoio e fornecimento de material didático durante o processo de estudo.

Aos meus **Irmãos** que torceram por este trabalho e o acompanharam de longe com grande preocupação.

Às colegas **Assistentes Sociais do Gessae** que acompanharam a minha luta.

Á **Rosemeire**, **Roseli e Vânia,** secretárias do Programa de Pós-Graduação, que sempre dispensaram muita atenção e carinho.

“Todos desejam chegar à velhice; e quando chegam a ela, acusam-na”
Cícero (106-43 a.C.) Da Velhice.

SUMÁRIO

Lista de tabelas

Lista de figuras

Resumo

Summary

1. Introdução e revisão da literatura

1.1. A aids no mundo e no Brasil.....2

1.2. A epidemia brasileira de aids e o envelhecimento.....4

2. Objetivos

2.1. Objetivo geral.....18

2.2. Objetivos específicos.....18

3. Pacientes e métodos

3.1. Local da realização do estudo.....20

3.2. População do estudo.....20

3.3. Procedimentos da pesquisa.....22

3.4. Análise dos resultados.....25

3.5. Questões éticas.....28

4. Resultados

4.1. Perfil sócio-demográfico da população estudada.....30

4.2. Vida sexual.....35

4.3. Percepção de risco de aquisição da infecção por HIV.....36

4.4. Circunstância em que se deu o diagnóstico de infecção por HIV.....37

4.5. Impacto do diagnóstico de infecção por HIV sobre a vida do idoso.....40

4.6. Revelação do diagnóstico de infecção por HIV pelo idoso a terceiros.....41

4.7. Vivência de estigma e/ou discriminação.....42

4.8. Acesso e adesão do idoso ao cuidado prestado no serviço.....44

4.9. Comparação sobre o viver com HIV entre a população de idosos diagnosticada em idade igual ou superior a 60 anos com a diagnosticada previamente à terceira idade.....48

4.10. Dificuldades enfrentadas no viver com HIV na terceira idade e o papel do serviço de saúde na superação destas.....57

4.11. Planos de vida dos idosos que vivem com HIV.....60

5. Discussão.....64

6. Conclusões.....87

7. Anexos.....89

8. Referências.....91

Apêndice.....107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Participação percentual de indivíduos na faixa etária de 60 anos e mais no conjunto de casos notificados de aids segundo período de diagnóstico. Brasil, 1980 a 2006.....5

Figura 2 – Pirâmides etárias relativas à população brasileira.....7

Figura 3 – Percepção dos idosos sobre o acesso e a qualidade do cuidado prestado no serviço de saúde – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Casos de aids em indivíduos na faixa etária de 60 anos e mais segundo ano de diagnóstico. Brasil, 1980 – 2006.....5

Tabela 2– Distribuição da população estudada segundo características sócio-demográficas – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....31

Tabela 3 – Distribuição da população estudada segundo tipo de moradia, coabitação, situação laboral, convênio médico e existência ou condição de cuidador – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....34

Tabela 4 – Distribuição da população estudada segundo vida sexual ativa, parceria sexual fixa, status sorológico do parceiro sexual, situação clínica do parceiro e uso de condom – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2006.....35

Tabela 5 – Distribuição da população estudada segundo percepção de risco em contrair o HIV e forma presumida de infecção – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2006.....37

Tabela 6 – Distribuição da população estudada segundo circunstância que envolveram o momento de revelação do diagnóstico de infecção por HIV – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....39

Tabela 7 – Distribuição da população estudada segundo impacto do diagnóstico sobre a vida do idoso – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....40

Tabela 8 – Distribuição da população estudada segundo revelação do diagnóstico – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....41

Tabela 9 – Distribuição da população estudada, segundo vivência de estigma e discriminação – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....43

Tabela 10 – Distribuição da população estudada segundo adesão ao tratamento e percepção sobre o cuidado recebido no serviço de saúde – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....45

Tabela 11 – Distribuição da população estudada segundo a percepção do idoso sobre a terapia anti-retroviral – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....46

Tabela 12 - Distribuição de dados sócio-demográficos dos idosos segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....48

Tabela 13 - Descrição da escolaridade, renda pessoal e renda família dos idosos segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....49

Tabela 14 - Condições de moradia dos idosos, existência de benéficos e de cuidador, segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....50

Tabela 15 - Existência de parceria sexual fixa dos idosos, segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....50

Tabela 16 - Percepção de risco dos idosos em contrair a infecção por HIV segundo idade ao diagnóstico da infecção – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....51

Tabela 17 - Circunstâncias que envolveram o diagnóstico de infecção por HIV segundo idade dos idosos ao diagnóstico da infecção – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....52

Tabela 18 - Impacto do diagnóstico sobre a vida do idoso segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....53

Tabela 19 - Relato dos idosos de vivência de estigma e discriminação segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....54

Tabela 20 - Percepção dos idosos sobre o cuidado prestado no serviço de saúde segundo idade ao diagnóstico da infecção por HIV – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....55

Tabela 21 - Entendimento dos idosos sobre o significado dos exames laboratoriais evolutivos (contagem de células CD4+ e carga viral), segundo idade ao diagnóstico da infecção por HIV – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....56

Tabela 22 - Percepção dos idosos sobre a terapia anti-retroviral segundo idade ao diagnóstico da infecção por HIV - Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.....56

Castro MP de. *O viver com HIV/aids na perspectiva de pessoas idosas atendidas em ambulatório especializado da cidade de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 106p.

A epidemia da aids é um dos mais graves problemas mundiais de Saúde Pública da atualidade. No Brasil, com o avanço da disseminação epidêmica, observou-se recentemente incremento no número de casos notificados na faixa etária de 60 anos e mais, as pessoas na terceira idade. Neste estudo investigou-se o viver com HIV na perspectiva de homens e mulheres idosos acompanhados na Casa da Aids-HC/FMUSP. Foram entrevistados 75 pacientes, buscando-se: dados sócio-demográficos e relatos sobre vida sexual; percepção de risco de aquisição da infecção por HIV; circunstâncias em que se deu a revelação do diagnóstico e o impacto deste sobre sua vida; relatos de vivência de estigma/discriminação e a percepção do idoso sobre o cuidado recebido no serviço de saúde e as dificuldades por eles enfrentadas. A população foi composta predominantemente por homens (64%), brancos (65,3%), com escolaridade de até 4 anos e renda mediana de 600 reais. O tempo de diagnóstico variou entre 18 meses e 17 anos. Em relação às condições de vida, verificou-se que 28% residia sozinho e 52% responsabilizava-se pelo cuidado de outros. Embora 66,7% estivesse aposentado, a participação do idoso na renda familiar foi expressiva. Dentre os 47 pacientes com atividade sexual, apenas 30 possuíam parceria fixa, e destes, 70% informou parceiro sorodiscordante. A grande maioria dos entrevistados relatou uso de condom após o diagnóstico. A percepção de risco de aquisição da infecção foi baixa e a maioria dos pacientes (74,7%) acreditava ter-se infectado em relação sexual desprotegida. O teste diagnóstico foi mais freqüentemente realizado por solicitação médica (73,3%) do que por iniciativa do idoso (26,7%), na maior parte das vezes em hospital (66,7%) e sem aconselhamento pré-teste (85,1%). Onze idosos relataram indiferença ou discriminação por parte do profissional envolvido na revelação do diagnóstico. O reconhecimento da soropositividade afetou principalmente o relacionamento com o parceiro sexual. Vivências de estigma e discriminação foram informadas por 18,7%. Em relação ao acesso e a percepção do cuidado prestado no serviço de saúde, constatou-se que embora os idosos possuissem facilidade para chegar ao local e acesso aos insumos necessários para seu cuidado (medicamentos, exames laboratoriais, condons), faltavam-lhes canais de comunicação para diálogo mais efetivo com os profissionais. Exceto pela maior freqüência de homens, não se observaram diferenças significativas, quando se compararam os idosos diagnosticados com 60 anos e mais àqueles diagnosticados em idades inferiores. As dificuldades apontadas pelos idosos no viver com HIV não se restringiram a limitações físicas, necessidade de acompanhamento clínico ou uso contínuo de medicamentos e suas eventuais conseqüências. Apontaram também para sentimentos de solidão, isolamento e receio de discriminação na família e no serviço de saúde. A identificação de particularidades nos aspectos psicossociais do viver com HIV/aids na terceira idade pode ser útil para subsidiar políticas públicas de cuidado a essa população nos serviços especializados, além de permitir a inclusão de abordagens preventivas nas ações que integram a atenção à saúde do idoso.

Descritores: 1.HIV; 2.Síndrome de imunodeficiência adquirida; 3.Idoso; 4.Sexualidade; 5. Efeitos psicossociais da doença.

Castro MP de. *Living with HIV/AIDS in the perspective of elderly people assisted at a specialised outpatient clinic in the city of São Paulo* [dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2007. 106p.

The AIDS epidemic is one of the most serious Public Health problems of our time. With the spread of the Brazilian epidemic, the number of reported cases among the elderly has recently increased. In the present study living with HIV was investigated, from the perspective of elderly men and women under follow-up at the AIDS Clinic-HC/FMUSP. Seventy-five patients were interviewed in search of socio-demographic data, information on their sexual lives, risk perception of HIV exposure, circumstances involving disclosure of diagnosis and how it impacted on their lives, reported episodes of stigma and discrimination, as well as their perception of provided care, the difficulties they had to face, and their plans for the future. The study cohort comprised mainly white men (65.3% and 64%, respectively), with less than 5-year schooling and a median income of 600 reais. Time since HIV diagnosis ranged from 18 months to 17 years. As far as their living conditions were concerned, 28% reported to live alone and 52% to be caregivers. Though 66.7% were retired, elderly patients significantly contributed for the family income. Out of 47 sexually active patients, 30 informed having a steady partner, more likely, serodiscordant (70%). Most patients reported consistent condom use after HIV diagnosis. Risk perception of HIV exposure was low and most (74.7%) patients believed having acquired the infection in unsafe sex. Serodiagnosis was carried out more often after healthcare professionals' recommendation (73.3%), as compared to patient's own initiative (26.7%), in a hospital setting and without pre-test counselling (85.1%). Eleven patients reported having received the diagnosis from an indifferent healthcare worker or, alternatively, felt discriminated against at the time of disclosure. Diagnosis affected their relationships with sexual partners, mainly. Episodes of stigma and discrimination were experienced by 18.7%. As for their perception of provided care, even though patients reported easy access to the clinic and to necessary care tools (medication, laboratory tests and condoms), they lacked efficient communication with the healthcare team. Except for a higher proportion of men, no significant difference was seen, when patients diagnosed aged 60 or more were compared to those tested younger. Among their difficulties in living with HIV, elderly patients not only reported physical handicap, or the need for continuous clinical follow-up and medication and its adverse effects, but highlighted feeling lonely and isolated, and feared being discriminated against by relatives and healthcare workers. Identifying particular psychosocial features of living with HIV/AIDS in elderly life may help establish public care policies for this population at specialised centres. In addition, it may allow integrating prophylactic strategies in a comprehensive care approach to elderly men and women.

Key words: 1.HIV 2.AIDS, 3.Elderly people 4.Sexuality, 5.Psychosocial effects of disease

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

1.1. A aids no mundo e no Brasil

No início dos anos de 1980 foi descoberto um novo retrovírus, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Barré-Sinoussi et al.,1983) e a doença por ele causada, a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) (Gotlieb et al., 1981). A epidemia dessa retrovirose disseminou-se por todos os continentes, sem respeitar fronteiras geográficas, sociais, culturais, econômicas ou políticas, vindo a se tornar um dos mais graves problemas mundiais de Saúde Pública da atualidade. Sabe-se que a infecção por HIV é predominantemente uma doença sexualmente transmissível, que pode causar adoecimento e morte. A população considerada mais vulnerável compreende aqueles entre 15 e 50 anos de idade, indivíduos em plena vida sexual ativa (Barnett e Whiteside, 2002).

Desde a descoberta da infecção e de suas conseqüências, houve grande interesse por parte dos estudiosos sobre o assunto e dos profissionais envolvidos em Saúde Pública em transferir conhecimentos à população, de modo a contribuir para conter a disseminação da epidemia. Estabeleceram-se políticas públicas compreendendo ações de prevenção, cuidado e assistência às pessoas que vivem com HIV. Deve-se destacar nesse contexto a busca de intervenções terapêuticas eficazes, que determinou incremento significativo na sobrevida e na qualidade de vida desses indivíduos, a partir do emprego das combinações

medicamentosas mais potentes (Marins et al., 2003; Mocroft et al, 2003; van Singhem et al., 2003). Apesar disso, o número de pessoas infectadas em todo o mundo ainda cresce, particularmente nos países em desenvolvimento, e, em especial, em regiões do continente africano localizadas ao sul do deserto do Saara, no leste europeu, subcontinente indiano e extremo Oriente (UNAIDS, 2006). Ao final do ano de 2006, estimava-se que aproximadamente 39,5 milhões (34,1 – 47,1 milhões) de indivíduos estariam vivendo com HIV/aids no mundo (UNAIDS, 2006).

Em nosso país, a epidemia da aids teve seu início pouco tempo após a descrição original nos Estados Unidos (Amato Neto et al, 1983) e os primeiros casos diagnosticados se concentraram em certos subgrupos populacionais, inicialmente denominados “de risco”, que incluíam homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis (UDI), profissionais do sexo e indivíduos politransfundidos, como, por exemplo, os hemofílicos. A partir dessa época a infecção por HIV disseminou-se rapidamente em nossa população, acometendo também homens com práticas heterossexuais e, conseqüentemente, atingindo as mulheres e as crianças, estas últimas infectadas principalmente por exposição vertical (transmissão materno-infantil). A dinâmica da epidemia brasileira de aids foi caracterizada por alterações significativas no perfil da população mais acometida. Verificou-se, segundo as estatísticas globais do país, a pauperização e a feminização da epidemia. Assim, no que se refere à escolaridade, observava-se entre os casos notificados na década de 1980, 25,5% de indivíduos classificados como tendo estudado 12 ou mais anos. Ao contrário, para os casos diagnosticados a partir da década de 1990, essa proporção reduziu-se para cerca de 12%. (Boletim Epidemiológico AIDS, 2006). Já em relação à razão de sexos, que em 1983 era de 23

homens para uma mulher, observou-se queda progressiva ao longo dos anos, atingindo, a partir de 1998, dois homens para cada mulher e mais recentemente razão de 1,4 homens para cada caso notificado entre mulheres (Boletim Epidemiológico AIDS, 2006).

Até junho de 2006 haviam sido notificados ao Ministério da Saúde 433.055 casos de aids, sendo que destes 62,3% se concentravam na região Sudeste (a maioria no estado de São Paulo), 17,9 % na região Sul, 11 % na região Nordeste, 5,6 % no Centro-Oeste e 3,2 % na região Norte.

1.2. A epidemia brasileira de aids e o envelhecimento

Um aspecto relevante na evolução da epidemia brasileira de aids nas duas últimas décadas diz respeito à participação percentual de diferentes faixas etárias da população no conjunto de casos notificados. No início da epidemia, as pessoas mais afetadas pela aids foram aquelas que se encontravam na faixa etária entre 20 e 40 anos, em plena fase produtiva e reprodutiva. Assim, nesse período, as campanhas brasileiras de prevenção foram voltadas a esse grupo de indivíduos considerados como sendo os mais vulneráveis à infecção por HIV. Mais recentemente, entretanto, com o avanço da disseminação epidêmica, observou-se um rápido crescimento no número de casos em faixas etárias mais elevadas, com isso atingindo também aqueles com 60 anos e mais, as denominadas pessoas na terceira idade. Segundo o Boletim Epidemiológico AIDS (2006) enquanto na primeira fase

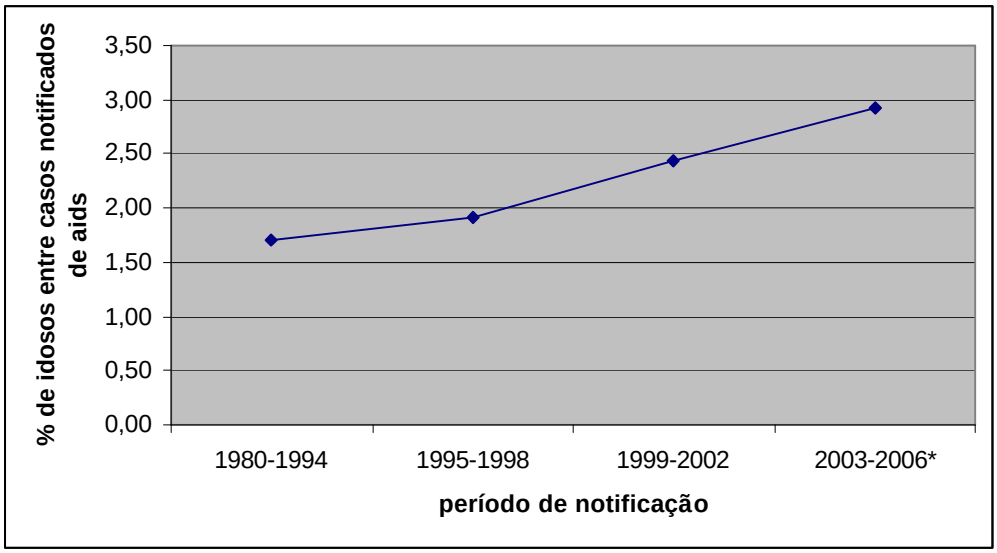
(1980/1994) foram notificados apenas 1.258 homens e 289 mulheres com aids no Brasil com idade superior a 60 anos e mais, o número de casos nessa faixa etária vem crescendo sistematicamente desde então, chegando a 2.172 homens e 1.282 mulheres (2003-2006), totalizando 9.918 pessoas idosas, conforme ilustra a Tabela 1. A participação percentual de indivíduos da terceira idade no conjunto de casos notificados em cada um desses períodos pode ser observado na Figura 1.

Tabela 1. Casos notificados de aids em indivíduos na faixa etária de 60 anos e mais segundo período de diagnóstico. Brasil, 1980-2006*.

Sexo/Período	1980-1994	1995-1998	1999-2002	2003-2006	Total
Masculino	**1258**	**1423**	**1875**	**2172**	**6728**
Feminino	**289**	**569**	**1050**	**1282**	**3190**
Total	**1547**	**1992**	**2925**	**3454**	**9918**

*FONTE: Dados do Programa Nacional de DST-AIDS, Ministério da Saúde, janeiro a junho de 2006.

Figura 1. Participação percentual de indivíduos na faixa etária de 60 anos e mais no conjunto de casos notificados de aids segundo período de diagnóstico. Brasil, 1980-2006*.

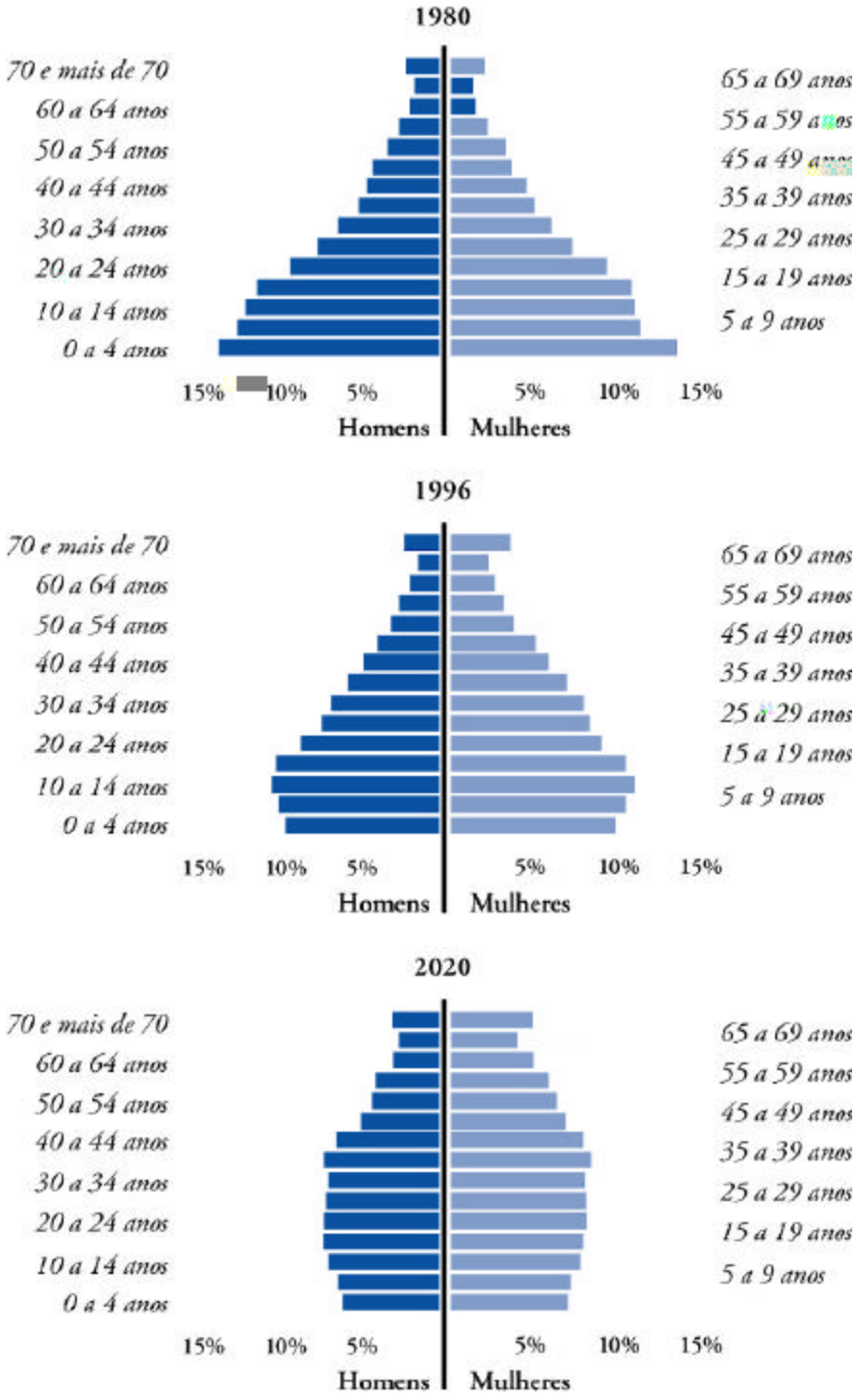


*FONTE: Dados do PNDST-AIDS, Ministério da Saúde, janeiro a junho de 2006.

Na avaliação de fatores associados ao incremento do número de casos de aids entre indivíduos na terceira idade, devem-se observar diferentes aspectos.

Inicialmente cabe ressaltar que o Brasil não é mais considerado um país de pessoas jovens, pois sua população idosa vem crescendo significativamente. Pode-se afirmar que o nosso país se encontra em uma situação de transição, ou, como citou Veras (2002), “o Brasil atual é um país jovem de cabelos brancos”. De acordo com o Censo de 1980, a população idosa era de oito milhões de pessoas e, em 1991, foi contabilizada uma população de 10,6 milhões. No ano de 2000, o Censo confirmou a tendência do envelhecimento populacional verificada ao longo da década de 1990, ao registrar 14,5 milhões de pessoas idosas (IBGE, 2000). Do ponto de vista demográfico essa mudança tem sido imputada em parte ao aumento da expectativa de vida. Contribuiu para esse cenário a tendência de declínio da mortalidade por todas as causas entre os indivíduos na terceira idade, sobretudo entre mulheres e os idosos mais velhos, assim como a redução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório. Contudo, a redução da taxa de fecundidade parece ter participado do processo de envelhecimento populacional brasileiro de modo mais relevante, segundo Carvalho e Garcia (2003). Estima-se que no ano de 2020 a nossa população de idosos será a sexta do mundo – 33 milhões – correspondendo a quase 14% da população total, como ilustrado, abaixo, nas pirâmides etárias (Figura 2).

Figura 2. Pirâmides etárias relativas à população brasileira.



Fonte: Censo Demográfico Populacional IBGE - 2000. População 1980/2020

Uma outra questão a propósito da recente mudança no perfil epidemiológico da infecção por HIV/aids no Brasil, com aumento significativo da parcela de casos com 60 anos e mais relacionado com a transmissão sexual, diz respeito à vulnerabilidade específica dos indivíduos na terceira idade, no que se refere à exposição ao HIV.

Nesse contexto a vulnerabilidade pode-se expressar em todos os níveis definidos por Mann et al. (1993) e revisitados por Ayres et al. (1997), entendidos como graus e naturezas de susceptibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pela infecção por HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

No plano individual, todos os seres humanos são, em algum grau, vulneráveis à infecção por HIV e suas conseqüências. Essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo em função de valores e recursos que lhes permitam ou não obter meios para se proteger, uma vez que a vulnerabilidade está relacionada ao comportamento e práticas de risco, que podem criar oportunidades aos indivíduos infectarem-se e/ou adoecerem, nas diversas situações já conhecidas de transmissão desse agente retroviral.

No plano social, a vulnerabilidade vem sendo avaliada, dentre outros, por aspectos relacionados às iniqüidades de determinados grupos populacionais no acesso à informação e à escolarização, ao trabalho e à geração de renda, no acesso aos serviços de saúde e às intervenções de prevenção e cuidado ali propostas.

No plano programático, a vulnerabilidade corresponde à existência, ou não, de ações institucionais direcionadas para a questão da aids, tais como programas de prevenção e tratamento. Nesse nível o grau de vulnerabilidade será determinado por aspectos, tais como, compromisso das autoridades, coalização interinstitucional e intersetorial, planejamento e gerenciamento das ações, ou capacidade de resposta das instituições envolvidas.

Particularizando essa concepção de vulnerabilidade para os indivíduos na terceira idade, há vários fatores a se considerar. Do ponto de vista biológico o ciclo de respostas sexuais humanas se modifica com o envelhecimento, apesar dessas alterações não impedirem a atividade sexual (Masters, Johnson, 1984). Entretanto, alguns homens adultos mais velhos têm uma diminuição na atividade sexual com o avançar da idade, o que poderia reduzir sua vulnerabilidade à aquisição da infecção por HIV. Segundo esses autores a disfunção erétil ocorre em cerca de 52% da população masculina dos Estados Unidos da América com idade entre 40 e 70 anos de idade e em mais de 95% dos diabéticos com idade superior a 70 anos . Em nosso país, estudo realizado em São Paulo com 118 homens com idade superior a 40 anos verificou prevalência dessa condição em 40% dos entrevistados (Glina et al., 2006). Analogamente, Moreira Jr et al. (2002), a partir de inquérito de base populacional realizado na cidade de Salvador, estimaram a prevalência dessa disfunção em 39,5% da população masculina, independentemente da faixa etária considerada, com incremento das taxas em idades mais avançadas, atingindo 56,7% naqueles com mais de 60 anos. Nesse contexto, contudo, o possível decréscimo da vulnerabilidade à infecção por HIV, decorrente de manifestação de disfunção erétil

na população de terceira idade, deveria ser analisado criticamente, em função de recentes avanços na terapia medicamentosa dessa afecção.

Nas mulheres em processo de envelhecimento, por sua vez, ocorre a deficiência estrogênica, associada a redução do fluxo sangüíneo vaginal, lubrificação local e aumento da fragilidade da mucosa, que podem causar dispareunia (relação sexual dolorosa) e eventual desenvolvimento de soluções de continuidade da mucosa genital (Kaiser, 1998). Essa alteração poderia potencialmente elevar o risco de aquisição da infecção por HIV, em função da ocorrência de possíveis microtraumatismos durante o ato sexual (Devito et al., 2000).

A vulnerabilidade social, por outro lado, pode-se relacionar à forma como se concebe o exercício da sexualidade na terceira idade. Será que se deve crer que as pessoas idosas são assexuadas? Que por apresentarem uma idade mais avançada não podem expressar o seu interesse ou desejo pelo sexo? Ou ainda, deve-se acreditar que esse comportamento é inadequado para as pessoas na terceira idade?

Segundo Ribeiro (1997), nos últimos anos vem ocorrendo uma revolução na concepção e na prática da sexualidade, o que se reflete de forma indiscutível na terceira idade. Alguns fatores tiveram influência direta nesse processo, sendo três 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 aparecimento da aids, que obrigou todos a repensar a sexualidade, reforçando a necessidade de todos se informarem e falarem mais abertamente sobre sexo.

Além disso, deve-se ainda destacar o papel da vulnerabilidade programática, uma vez que sob o ponto de vista das respostas sociais, políticas e econômicas os investimentos governamentais, em mais de duas décadas de epidemia, não foram poucos. Porém, as campanhas educativas de massa e de impacto foram habitualmente conduzidas de maneira pontual, com conteúdos diferentes, de acordo com as necessidades epidemiológicas do momento. Segundo Contrera (2002) voltaram-se sempre a um público específico como jovens, mulheres e populações consideradas mais vulneráveis, não contemplando pessoas da terceira idade. Foi somente a partir de 2005 que o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, reconhecendo o incremento da participação de idosos no número de casos notificados da doença no país, buscou estabelecer parceria com a Coordenação de Saúde do Idoso do mesmo Ministério, no intuito de desenvolver insumos de educação para a saúde e prevenção dirigidos mais especificamente a essa população para utilização nos níveis estadual e municipal (Brasil, 2005).

Paralelamente a isso há de se considerar também o aumento da sobrevida dos indivíduos vivendo com HIV/aids, fenômeno observado em todas

as regiões do mundo nas quais se utiliza a terapêutica anti-retroviral de alta potência (HAART). Em nosso país, o acesso universal e gratuito aos medicamentos, garantido pelo Programa Nacional, vem propiciando uma sensível redução da mortalidade e da morbidade causadas por essa doença (Marins et al. 2003). Assim, acredita-se que a parcela de idosos vivendo com HIV/aids possa ainda crescer entre nós, determinando novos desafios para o setor da saúde e justificando a realização de pesquisas que busquem respostas para essas questões.

No que tange as pessoas idosas, a vulnerabilidade nos três níveis também parece aumentada quando se avalia o risco de adoecimento, ou seja, a progressão para aids.

Segundo a literatura, o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão modificando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível às agressões intrínsecas e extrínsecas que terminam por levar o indivíduo à morte (Cançado, 1994; Carvalho, 1996; Papaléo, 2002).

O sistema imunológico é um importante fator regulador do funcionamento harmônico do organismo (Carvalho, 1996). A maior incidência de doenças infecciosas, neoplásicas e auto-imunes em pessoas idosas têm sido associada a distúrbios da imunidade celular e humoral existentes nessa faixa etária. O envelhecimento é um fator de risco independente para o mais rápido declínio do sistema imune e nesse contexto, acredita-se que a infecção por HIV possa evoluir mais rapidamente ao adoecimento nessa faixa etária (Bachus, 1998; Szirony, 1999; Goodroad, 2003)

No âmbito individual um fator que chama atenção é que as pessoas idosas não se consideram em situação de risco para aquisição do HIV (Mueller, 1997). A falta de percepção do risco de infecção por HIV na população idosa, por parte dos profissionais de saúde pode, por outro lado, acarretar retardo no reconhecimento da infecção, fazendo com que muitos pacientes sejam diagnosticados já na fase mais avançada da doença, com prejuízo para seu prognóstico.

Conforme apontaram Johnson et al. (1998) e Soares et al. (2002), freqüentemente as manifestações clínicas da aids em pacientes idosos são erroneamente diagnosticadas como decorrentes de outras doenças mais prevalentes nesse grupo etário, aumentando assim a vulnerabilidade do idoso.

Nesse grupo etário a evolução de algumas afecções oportunistas correlatas à aids pode ser mais rápida, reduzindo a média de sobrevida desses pacientes.Assim por exemplo, em um serviço de infectologia em Barcelona, Antón et al (2004) detectaram que, em 30% dos pacientes idosos, o teste sorológico para a infecção por HIV foi realizado somente no momento do diagnóstico de doença oportunista definidora de aids. Entre homens e mulheres acompanhados no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes com HIV/aids do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Casa da Aids), Braga et al. (2007) demonstraram ser a idade mais avançada ao diagnóstico da infecção por HIV um fator independentemente associado a menor sobrevida.

No aspecto psicossocial, a vulnerabilidade dos idosos não difere muito dos indivíduos mais jovens acometidos pela doença. Segundo Szirony

(1999), o estigma associado ao estar infectado por HIV, o medo de revelar o diagnóstico para a família, a carência de suporte de familiares e da comunidade, a diminuição dos recursos financeiros e questões relacionadas à qualidade de vida afetam todas as pessoas com aids. Apesar disso, deve-se destacar que o medo da rejeição e do julgamento dos outros se impõe particularmente aos idosos que vivem com HIV, ante a possibilidade de isolamento e exclusão, trazendo-lhes o medo de sofrer preconceito e discriminação na terceira idade (Butin, 2002).

A aids, vinculada desde o seu início a grupos já socialmente marginalizados, tais como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, segue nos dias atuais associada a sentimentos e vivências de estigma e discriminação.

Goffman (1980) apontou que o termo estigma é usado em referência a um atributo profundamente depreciativo. Esse atributo é identificado como marca, cicatriz, que diferencia as pessoas “anormais” das tidas como “normais” e permanece ligado ao conceito de grupos de risco, socialmente construído no início da epidemia (Soares et al., 2002). Associa-se nesse contexto a discriminação, representada por regras e sanções definidas no âmbito da sociedade em relação às pessoas identificadas como em situação de diferença ou desvio da norma, limitando o exercício de sua cidadania.

Parker e Aggleton (2002) destacaram que o estigma e a discriminação no campo da aids se dão a favor da desigualdade social, estabelecendo relações de poder e dominação entre as pessoas. Vivências dessa natureza podem ser identificadas, por exemplo, nas desigualdades de gênero, nas relações entre

empregador e empregado, e, na prática das ações de saúde, também entre cuidador e quem é cuidado.

Segundo Ribeiro (1996), outro fator importante a ser considerado é a família, pois no caso de indivíduos na terceira idade os filhos freqüentemente negam a sexualidade de seus pais, e, mesmo quando admitem que ela exista, interpretam-na de modo depreciativo ou associado a distúrbios cognitivos, como, por exemplo, vinculando-a a sintoma de demência. Nesse contexto, pode vir a afetar a dinâmica familiar, determinando maior sofrimento psicológico ao idoso.

Percebe-se, assim, que os indivíduos na terceira idade possuem demandas assistenciais específicas no âmbito biopsicossocial (Albuquerque, 2005), cujo enfrentamento deveria ser enfocado pelos serviços especializados no cuidado a pessoas vivendo com HIV. Contudo, dado que tais unidades foram estruturadas num momento da epidemia no qual a parcela mais acometida da população não incluía os idosos, tal deficiência pode ser hoje evidenciada. Uma vez que a adoção de estratégias de intervenção mais eficazes passa, necessariamente, pela verificação do contexto social no qual as pessoas estão inseridas (Butin, 2002), a avaliação da adequação das práticas de prevenção e cuidado atualmente disponíveis para população idosa vivendo com HIV/aids torna-se essencial.

Apesar do número de casos de aids entre pessoas com 60 anos e mais ser hoje significativo em vários contextos sociais, como apontado anteriormente, são ainda escassos não literatura os estudos atinentes a essa população. Particularmente no Brasil, não se dispõe até o presente momento de

diretrizes específicas para o cuidado do idoso acometido por essa doença. Assim sendo, torna-se importante a condução de mais estudos sobre o assunto, a fim de apontar subsídios que permitam aprimorar o cuidado aos indivíduos nessa faixa etária que vivem com HIV, de modo a torná-lo mais digno, humanizado e coerente com as demandas específicas desse segmento.

Com esse propósito torna-se crucial incluir os homens e mulheres que vivem com HIV na definição de suas necessidades e no reconhecimento de seus anseios e preocupações. Deve-se, assim, considerar o idoso ator de sua própria história, buscando conhecer o seu ponto de vista, reconhecer o valor de sua participação ativa nas decisões pertinentes a sua saúde e resgatar seus direitos enquanto cidadão.

2. OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Descrever o viver com HIV, a partir da perspectiva de homens e mulheres idosos acompanhados em serviço especializado no cuidado dessa afecção.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever:

- as características sócio-demográficas e condições de vida desses idosos;

- aspectos de sua vida sexual e sua percepção de risco de aquisição da infecção por HIV;

- as circunstâncias que envolveram a revelação do diagnóstico da infecção por HIV ao idoso;

- o impacto do diagnóstico de infecção por HIV sobre sua vida, no âmbito profissional, das relações afetivas e familiares;

- relatos de vivência de estigma ou discriminação;

- a percepção do idoso sobre o cuidado recebido no serviço de saúde.

- Comparar, em relação aos aspectos anteriormente mencionados, os idosos diagnosticados com infecção por HIV com idade igual ou superior a 60 anos àqueles diagnosticados em idades mais precoces.

3. PACIENTES E MÉTODOS

3. PACIENTES E MÉTODOS

3.1. Local de realização do estudo

O presente estudo foi realizado no Serviço de Extensão ao Atendimento de Pacientes com HIV/aids do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (Casa da Aids-HCFMUSP). Essa unidade assistencial é um ambulatório especializado ligado à Divisão de Clínica de Moléstias Infecciosas e Parasitárias desse hospital, que funciona na região central do município de São Paulo. Fundado em abril de 1994, o serviço presta cuidado especializado a pessoas que vivem com HIV/aids, por meio de atendimento ambulatorial e em hospital-dia. Participam dessa atividade membros da equipe técnica multiprofissional, que inclui médicos infectologistas, ginecologista, obstetra, psiquiatra e oftalmologista, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, dentista, nutricionista, com apoio de funcionários administrativos.

Ao início da realização deste estudo a Casa da Aids contava com aproximadamente 3.700 pacientes matriculados, entre adolescentes e adultos.

3.2. População de estudo

Foram considerados elegíveis para participação neste estudo os 113 pacientes infectados por HIV, com idade igual ou superior a 60 anos em 31 de

dezembro de 2002, matriculados no ambulatório da Casa da Aids-HCFMUSP. O diagnóstico da infecção por HIV foi estabelecido pela identificação de reatividade a antígenos virais em ensaios sorológicos de triagem e em testes confirmatórios, segundo critérios adotados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2003). A partir do mês de setembro de 2004 tais indivíduos foram convidados a participar da pesquisa e aqueles que voluntariamente assentiram foram incluídos, após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1). Na obtenção do consentimento procedeu-se à leitura conjunta de apresentação dos objetivos e métodos da investigação, com explicação de todos os detalhes que se fizeram necessários para compreensão do texto e dirimidas quaisquer dúvidas dos idosos.

Adotou-se como critério de exclusão o estado clínico do paciente idoso que inviabilizasse a coleta de informações em entrevista individual. Dos 113 indivíduos elegíveis a participar do estudo, puderam ser entrevistados 75 pacientes. Houve exclusão de quatro idosos por condições clínicas insatisfatórias (dois pacientes com seqüelas decorrentes de acidente vascular cerebral, um que desenvolveu quadro de surdez na evolução da aids e outro em pós-operatório de cirurgia oncológica, impossibilitado de comparecer ao ambulatório). Ao lado disso, deixaram de participar do estudo 19 indivíduos que haviam evoluído a óbito, quatro que abandonaram o tratamento na Casa da Aids, quatro que haviam solicitado transferência para outros serviços e outros sete que se recusaram a participar da pesquisa alegando diversos motivos, tais como, “falta de tempo” (três pacientes), “não querer falar sobre o assunto” (3 pacientes) e “sentimento de pânico ao permanecer por tempo mais prolongado em qualquer recinto da Casa da Aids” (1 caso).

3.3. Procedimentos da Pesquisa

Os 75 idosos incluídos na pesquisa foram submetidos a entrevista individual, realizada pela pesquisadora ou por outras três entrevistadoras previamente treinadas. Teve-se o cuidado de encaminhar os pacientes que já haviam recebido assistência profissional da pesquisadora, em sua atuação como membro da equipe de Serviço Social da Casa da Aids, para outra entrevistadora, a fim de reduzir o viés na coleta de dados. Cabe destacar que a pesquisadora responsabilizou-se pela entrevista de 56% da população estudada.

Durante a entrevista foi preenchido um questionário semi-estruturado e padronizado (Apêndice), contendo questões abertas e fechadas versando sobre os temas abaixo relacionados:

a) considerações gerais sobre idoso, com dados sócio-demográficos, incluindo sexo, data de nascimento, naturalidade, cor auto-referida, escolaridade, local de moradia, tipo de moradia, familiares com quem mora, condição laboral e renda, existência de vínculo a convênio médico; existência de filhos, de cuidadores do idoso ou informação de que o próprio idoso se responsabiliza pelo cuidado de outros e tempo de diagnóstico de infecção por HIV; uso de drogas lícitas e ilícitas;

b) vida sexual: existência de parceria sexual ativa, status sorológico relativo à infecção por HIV do parceiro, existência de parceiro sexual com

aids, uso de condom nas relações sexuais, história de tratamento para disfunção sexual;

c) percepção de risco à aquisição da infecção por HIV: indagação se o idoso imaginava ser soropositivo previamente ao diagnóstico, forma de exposição presumida à infecção;

d) momento do diagnóstico e sua revelação para o paciente: motivo de realização do teste anti-HIV, local de realização do teste, existência de aconselhamento pré-teste, como se sentiu tratado pelo profissional de saúde no momento da revelação do diagnóstico (apoio e atenção, indiferença, discriminação), intervalo de tempo entre o diagnóstico e admissão a serviço especializado no cuidado;

e) impacto do diagnóstico sobre a vida profissional, familiar, na relação afetiva com parceiro sexual e no orçamento doméstico;

f) revelação do diagnóstico pelo paciente ao parceiro sexual, a familiares e a outros;

g) vivências de estigma e discriminação, com informação sobre origem (parceiro sexual, filhos e outros familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde);

h) percepção sobre o cuidado recebido no serviço especializado: forma e tempo de deslocamento ao serviço de saúde, freqüência de atendimentos, assiduidade às consultas agendadas, tempo de seguimento no serviço, categorias profissionais envolvidas no cuidado, tempo de espera para atendimento no

serviço; percepção sobre grau de facilidade para deslocar-se ao serviço, para agendar consultas, para compreender as orientações médicas, para fazer perguntas ao médico cuidador, para falar com este sobre seus anseios e preocupações, sobre sua vida sexual e familiar, para conseguir os medicamentos prescritos, para obter condons, para falar com médico em situação de emergência, e para ser atendido em outros serviços quando referenciado; freqüência de realização de testes laboratoriais úteis para monitoração evolutiva (contagem de células CD4+ periféricas e de carga viral plasmática de HIV), bem como sua compreensão sobre o significado de tais testes laboratoriais. Em relação à terapia anti-retroviral indagou-se, ainda, sobre: uso de medicamentos anti-retrovirais e de outros fármacos, tempo de uso de anti-retrovirais, impacto dessa terapia sobre sua vida pessoal, adesão ao tratamento medicamentoso, uso de terapias alternativas;

i) outros aspectos do viver com HIV na perspectiva dos idosos: dificuldades encontradas, avaliação do papel do serviço na superação de tais dificuldades e planos de vida.

As entrevistas foram realizadas em sala reservada, localizada na própria unidade ambulatorial da Casa da Aids, em ambiente adequado de privacidade para a coleta das informações, evitando-se interrupções ao longo da entrevista. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 69 minutos. Os dados coletados permaneceram de conhecimento restrito da entrevistadora e da pesquisadora responsável. Manteve-se o compromisso de garantir que a divulgação dos resultados só poderia ser feita preservando-se o anonimato dos sujeitos.

Cabe ressaltar que o trabalho de campo foi adaptado à rotina do serviço, visando criar o mínimo possível de interferência no andamento das atividades habituais. Os idosos elegíveis para a pesquisa foram levantados por meio de listagem, tendo os funcionários administrativos do Setor de Registro verificado no agendamento informatizado de consultas o dia e hora previstos para atendimento desses pacientes. Assim os idosos puderam ser previamente contatados por telefone ou por correspondência (aerograma) para agendar a entrevista em horário compatível, na mesma data de sua consulta ambulatorial, sempre que possível. Os pacientes com os quais que não se conseguiu fazer contato telefônico ou por aerograma foram abordados pela pesquisadora no dia da consulta médica ou no dia da retirada de medicamentos na farmácia localizada no próprio serviço ambulatorial da Casa da Aids.

3.4. Análise dos resultados

3.4.1. Organização do banco de dados

Os dados obtidos a partir das respostas dos entrevistados às questões fechadas foram transcritos para as fichas padronizadas e inseridos em banco de dados informatizado, utilizando-se o *software* EPIDATA (versão 3.0) (Lauritsen et al., 2002). As respostas às questões abertas da entrevista, por sua vez, foram inicialmente transcritas na íntegra para o banco de dados. Em seguida a pesquisadora procurou identificar categorias empíricas que ilustrassem as diferentes situações

descritas pelos idosos, de modo a permitir a apresentação das freqüências de dados relativos a essas informações. Extratos de entrevistas foram ainda selecionados para inclusão no texto, com o objetivo de dar voz aos idosos estudados, exemplificando padrões ilustrativos de resposta.

3.4.2. Análise descritiva

Na apresentação dos resultados procedeu-se inicialmente à análise descritiva da população estudada, com apresentação das variáveis de interesse do estudo. As variáveis discretas foram apresentadas em tabelas de freqüências absolutas e relativas e, para as variáveis contínuas, foram feitas estimativas de tendência central e de dispersão. Para aquelas que não apresentavam distribuição normal, utilizaram-se os valores medianos acompanhados dos respectivos valores mínimo e máximo.

3.4.3. Análise estatística para comparação do viver com HIV na perspectiva de dois grupos de idosos

Julgou-se importante avaliar a existência de diferenças significativas no viver com HIV, na perspectiva dos idosos que receberam o diagnóstico dessa retrovirose já na terceira idade (com 60 anos completos e mais), quando comparados àqueles que embora diagnosticados em idades mais precoces,

sobreviveram até atingir esse grupo etário. Eventuais diferenças entre esses indivíduos poderiam apontar para perfis específicos de vulnerabilidade dos idosos, bem como sugerir demandas particulares a serem enfrentadas pelos cuidadores no ambiente familiar e dos serviços de saúde.

Para essa análise utilizaram-se as variáveis consideradas pela pesquisadora como as mais relevantes para avaliação dos objetivos acima propostos, incluindo dados sócio-demográficos, como sexo, cor, escolaridade, renda e tipo de moradia; existência de cuidador do idoso; de parceria sexual ativa e uso de condons; percepção de risco de aquisição da infecção por HIV previamente à testagem diagnóstica; circunstâncias envolvendo o momento da revelação do diagnóstico de infecção; impacto do diagnóstico sobre a vida do idoso; revelação ou não do diagnóstico a outras pessoas; vivências de estigma e discriminação e, finalmente, a percepção do idoso sobre a adequação do cuidado a ele prestado em relação às suas demandas biopsicossociais.

Para a comparação entre os dois grupos de pacientes idosos, inicialmente os resultados referentes às variáveis de interesse acima descritas foram apresentados por meio de tabelas de contingência (Agresti, 1990). Em seguida, realizaram-se testes qui-quadrado de homogeneidade para verificar a existência de diferenças entre os grupos estudados no tocante às variáveis aferidas pelo questionário. Na análise das variáveis - escolaridade, renda pessoal e renda familiar - foram utilizadas medidas resumo (média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos) (Bussab e Morettin, 1987) para descrever os resultados obtidos e realizados testes não-paramétricos de Mann-Whitney para comparação entre os

grupos (Conover, 1980). A análise estatística foi realizada com apoio dos *softwares* Excel versão 2003 (Microsoft Corporation, EUA) e SPSS versão 13.0 (SPSS Inc., EUA). Adotou-se em toda a análise o nível de significância de 5%.

3.5. Questões éticas

O protocolo desta pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob no. 492/04 (Anexo 2).

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

A população estudada nesta pesquisa compõe-se de 75 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, com infecção por HIV e acompanhados na Casa da Aids do HC-FMUSP.

4.1. Perfil sócio-demográfico da população estudada

Os idosos estudados apresentavam, quando da inclusão no estudo, idades que variavam entre 62 e 80 anos (média 66,5 anos; mediana 65 anos). Verificou-se predomínio de homens (64%), de indivíduos da cor branca (65,3%), sendo a maioria das pessoas entrevistadas (44,1%) nascida no estado de São Paulo (Tabela 2). No que se refere à escolaridade, observou-se que embora houvesse 9,3% de analfabetos ou pessoas que jamais freqüentaram a escola, a maioria (42,7%) dos pacientes incluídos neste estudo havia cursado até no máximo o final do primeiro ciclo do ensino fundamental ($\leq$4 anos de escolaridade).

Tabela 2. Distribuição da população estudada segundo características sócio-demográficas – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007

VARIÁVEL	N	%
Sexo		
masculino	48	64,0
feminino	27	36,0
Idade à admissão ao estudo (anos)		
60-65	40	53,3
66-70	23	30,7
71-75	9	12,0
76-80	3	4,0
Cor		
branca	49	65,3
negra	6	8,0
parda	19	25,3
amarela	1	1,3
Naturalidade		
estado de São Paulo	30	40,0
outros estados da região Sudeste	13	17,3
região Nordeste	25	33,3
região Sul	5	6,7
estrangeiros	2	2,7
Escolaridade (anos)		
0	7	9,3
1 a 4	32	42,7
5 a 8	11	14,7
9 a 11	11	14,7
$\geq$ 12	14	18,6

Quanto às condições de moradia, observou-se que a grande maioria (93,4%) dos idosos entrevistados morava em casa ou apartamento. Além

disso, cabe ressaltar que 28% da população estudada informou morar sozinho, enquanto outros 22,6% relataram coabitar com parceiro(a) sexual. Apesar de 59 idosos terem informado possuir filhos, apenas 24 relataram morar com os mesmos.

Um aspecto bastante importante do ponto de vista da inserção social de pessoas vivendo com HIV/aids diz respeito à atividade profissional que exercem e sua situação empregatícia. Na população de idosos estudada, foi possível verificar que 66,7% dos entrevistados estavam aposentados, ao passo que cerca de um quarto da população relatou ainda se manter no mercado de trabalho, seja como trabalhador autônomo, ou mesmo fazendo “bicos”. Por outro lado, deve-se ressaltar que apesar da faixa etária em que se encontravam, somente uma paciente relatou ser “do lar”. A renda mensal dos idosos estudados variou de 227 a 9.000 reais (mediana 600), entre aqueles que relataram estar recebendo rendimento por aposentadoria ou por qualquer tipo de atividade desenvolvida, situando-se a renda familiar entre 260 e 11.500 reais (mediana 1100). Com isso verificou-se elevada participação dos idosos na obtenção de recursos para a renda familiar (mediana 60,5%, mínimo 25%, máximo 100%).

Quando questionados sobre disporem, ou não, de convênio médico, 78,7% informou não possuí-lo, por preferir ser atendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Na avaliação de presença de suporte social, verificou-se que 66,7% dos entrevistados relataram ter cuidador. Em contraste, 52% da população estudada informou ser responsável pelo cuidado de outras pessoas (Tabela 3).

No que tange às drogas lícitas e/ou ilícitas, pôde-se observar, a partir das 75 entrevistas realizadas, que a maioria (50,7%) dos idosos informou

fazer uso de álcool, enquanto 46,7% tem história de tabagismo. Uso de outras drogas foi relatado em menor freqüência na população estudada: calmantes (20%), comprimidos estimulantes (12%), maconha (6,7%), cocaína inalada (5,3%), drogas injetáveis (2,7%) e crack (1,3%).

Tabela 3. Distribuição da população estudada segundo tipo de moradia, coabitação, situação laboral, convênio médico e existência ou condição de cuidador – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007

VARIÁVEL	N	%
Tipo de moradia		
casa	52	69,4
apartamento	18	24,0
barraco	1	1,3
quarto em outra residência	2	2,7
pensão	1	1,3
flat	1	1,3
Com quem mora		
sozinho	21	28,0
parceiro(a)	17	22,6
parceiro(a) e filhos	8	10,7
só com filhos	16	21,3
netos	2	2,7
outros parentes	9	12,0
amigos	2	2,7
Situação laboral		
trabalha	19	25,3
não trabalha	6	8,0
aposentado	50	66,7
Dispõe de convênio médico		
sim	16	21,3
não	59	78,7
Tem cuidador		
sim	50	66,7
não	25	33,3
Cuida de alguém		
sim	39	52,0
não	36	48,0

4.2. Vida sexual

Em relação às questões ligadas à vida sexual dos idosos vivendo com HIV/aids, chamou a atenção o fato de 37,3% dos entrevistados terem relatado não possuir vida sexual ativa. Por outro lado, dentre os 47 idosos entrevistados que informaram atividade sexual, destaca-se que apenas 30 possuíam parceria fixa, e destes, 70% tinha parceria sorodiscordante. O uso de condom nas relações sexuais após o diagnóstico de infecção por HIV foi relatado pela grande maioria dos entrevistados (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da população estudada segundo vida sexual ativa, parceria sexual fixa, status sorológico do parceiro sexual, situação clínica do parceiro e uso de condom – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007

VARIÁVEL	N	%
Vida sexual ativa		
sim	47	62,7
não	28	37,3
Parceria sexual fixa*		
sim	30	63,8
não	17	36,2
Atual parceiro sexual fixo tem HIV+		
sim	9	30,0
não	21	70,0
Algum parceiro(a) adoeceu com aids#		
sim	35	56,5
não	27	43,5
Usa condom após diagnóstico de infecção por HIV§		
sim	38	82,6
não	8	17,4

*informação válida para 47 idosos que têm vida sexual ativa; +informação válida para 30 idosos que possuem parceiro sexual fixo; #informação não disponível para 13 idosos; §informação válida para 47 idosos que têm vida sexual ativa, porém não disponível para 1 paciente.

No que se refere ao tratamento de disfunção erétil, cinco idosos relataram história de uso dessa medicação, o que perfaz a freqüência de 10,4% do total de homens da população estudada ou, ainda, 5/36 (13,9%), quando se consideram apenas os idosos com vida sexual ativa. Três pacientes informaram terem feito uso dessa medicação após o diagnóstico de infecção por HIV.

4.3. Percepção de risco de aquisição da infecção por HIV

Quando indagados sobre sua percepção de risco de adquirir a infecção por HIV, 81,3% dos idosos entrevistados informaram que jamais imaginaram essa possibilidade, previamente à realização do teste sorológico que confirmou o diagnóstico da infecção.

Em relação à via de aquisição da infecção, 74,7% dos idosos entrevistados informaram acreditar terem contraído o HIV por meio de relação sexual. É digno de nota que outros seis (8%) pacientes não faziam a mínima idéia de como poderiam tê-lo adquirido e dois acreditavam ter-se infectado ao “doar sangue” (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição da população estudada segundo percepção de risco em contrair a infecção por HIV e forma presumida de infecção – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007

VARIÁVEL	N	%
Antes de fazer o teste você achava que poderia ter HIV?		
sim	14	18,7
não	61	81,3
Como você acha que se infectou?		
injeção ou transfusão de sangue	10	13,3
uso de drogas injetáveis	1	1,3
relação sexual desprotegida	56	74,7
doando sangue	2	2,7
não sabe	6	8,0

4.4. Circunstância em que se deu a revelação do diagnóstico de infecção por HIV

Na casuística estudada, o tempo de diagnóstico de infecção por HIV variou de 18 meses a 17 anos (média 8 anos e 2 meses; desvio padrão 3 anos e 4 meses). É significativo o dado de que a maioria (73,3%) dos idosos foi levada ao teste não por sua iniciativa, mas sim por solicitação de profissionais da saúde, seja em função de adoecimento do próprio paciente, seja por soropositividade do parceiro sexual, ou, ainda, em situações de rastreamento sorológico compulsório realizado na seleção de doadores de sangue (Tabela 6).

Verificou-se ainda que 85,1% dos entrevistados não receberam qualquer tipo de orientação ou aconselhamento antes da realização do exame sorológico. A revelação do diagnóstico para o idoso deu-se, na maior parte das vezes em ambiente acolhedor, cercado de manifestação de apoio e atenção por parte do profissional da saúde responsável por essa tarefa, segundo a percepção de 68 entrevistados, para os quais tal informação era disponível. No entanto, chama a atenção que 15% dos idosos que responderam a essa questão relataram sentimento de indiferença ou discriminação por parte do profissional que o atendeu naquele momento (Tabela 6).

Feita a revelação do diagnóstico, os idosos foram encaminhados a serviço especializado no cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids, tendo sido acolhidos em centros dessa natureza após intervalo de tempo que variou de menos de uma semana até 48 semanas. Entretanto, 86,5% dos idosos avaliados informaram terem sido recebidos em serviço especializado em tempo igual ou inferior a 4 semanas. No que se refere o à Casa da Aids-HC/FMUSP, o tempo de acompanhamento no serviço dos idosos entrevistados variou de 18 meses a 17 anos (média 8 anos; desvio padrão 2 anos e 1 mês)

Tabela 6. Distribuição da população estudada segundo circunstâncias que envolveram o diagnóstico de infecção por HIV – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007

VARIÁVEL	N	%
Motivo de realização do teste anti-HIV		
serviço de saúde pediu, pois ficou doente	35	46,6
serviço de saúde pediu, pois parceiro sexual estava infectado	12	16,0
serviço de saúde pediu, motivo desconhecido pelo paciente	2	2,7
doação de sangue	6	8,0
decidiu fazer por precaução	6	8,0
decidiu fazer pois achava que pudesse estar infectado	12	16,0
decidiu fazer, a pedido do parceiro	2	2,7
Local de realização do teste anti-HIV		
centro de testagem voluntária	4	5,3
hospital	50	66,7
unidade básica de saúde	4	5,3
laboratório privado	17	22,7
Houve aconselhamento pré-teste*		
sim	11	14,9
não	63	85,1
Como se sentiu tratado no momento da revelação do diagnóstico		
com apoio e atenção	57	77,0
com indiferença	7	9,6
com discriminação	4	5,4

* informação não disponível para 1 idoso; +informação válida para 74 idosos que receberam pessoalmente o resultado do teste diagnóstico anti-HIV, porém não disponível para 6 pacientes

4.5. Impacto do diagnóstico de infecção por HIV sobre a vida do idoso

Quando questionados sobre o impacto que o diagnóstico teria causado sobre sua vida, os idosos entrevistados apontaram principalmente prejuízo no relacionamento com o parceiro sexual. Piora no relacionamento com filhos foi também relatada, embora por apenas 13,6% da população estudada. Incremento de despesas domésticas foi revelado por cerca de um quarto dos idosos, sendo motivado especialmente por gastos com a compra de medicamentos.

Tabela 7. Distribuição da população estudada segundo impacto do diagnóstico sobre a vida do idoso – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007

VARIÁVEL	N	%
Vida profissional*		
alterou-se	21	35,0
não se alterou	39	65,0
Orçamento doméstico		
aumentaram as despesas	20	26,7
não se alteram as despesas	55	73,3
Relacionamento com parceiro sexual+		
melhorou	3	4,1
piorou	49	66,2
não se alterou	22	29,7
Relacionamento com filhos#		
melhorou	8	13,6
piorou	8	13,6
não se alterou	43	72,8

*informação válida para 60 idosos que exerciam atividade profissional quando do diagnóstico; +informação não disponível para um paciente; #informação válida para 59 idosos que têm filhos

4.6. Revelação do diagnóstico de infecção por HIV pelo idoso a terceiros

No estudo houve também preocupação em saber a quem o paciente teria revelado o diagnóstico de sua soropositividade. A tabela 8 ilustra a freqüência em que seu deu tal revelação, conforme o grau de parentesco, amizade ou relacionamento social. Verificou-se que a revelação do diagnóstico foi mais freqüente em relacionamentos mais próximos, como para os filhos e parceiros sexuais, por exemplo, quando comparados a outros indivíduos do convívio social do idoso.

Tabela 8. Distribuição da população estudada segundo revelação do diagnóstico – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007

VARIÁVEL	N	%
Revelou ao parceiro sexual à época*		
sim	48	67,6
não	23	32,4
Revelou sorologia aos filhos+		
sim	46	78,0
não	13	22,0
Revelou sorologia a outros familiares#		
sim	35	47,3
não	39	52,7
Revelou sorologia a amigos§		
sim	21	28,8
não	52	71,2
Revelou sorologia a colega de trabalho!		
sim	9	12,5
não	63	87,5

*informação válida para 71 idosos que apresentavam parceria sexual ativa quando do diagnóstico; +informação válida para 59 idosos que têm filhos; #informação não disponível para um idoso; §informação não disponível para 2 idosos; !informação não disponível para 3 pacientes

4.7. Vivência de estigma e discriminação

Embora a grande maioria dos entrevistados não tenha externado vivências de estigma e discriminação após seu diagnóstico de infecção por HIV (Tabela 9), parcela ainda significativa dos idosos (18,7%) relatou tais ocorrências. Quando presentes tais episódios, o ambiente familiar e o serviço de saúde estiveram envolvidos mais freqüentemente. Neste último houve relatos de atendimentos que motivaram nos idosos sentimentos negativos, seja por lhes ter sido negado o olhar do profissional, ou mesmo por situações descritas como de destrato e humilhação.

Tabela 9. Distribuição da população estudada segundo relato de vivência de estigma e discriminação – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007

VARIÁVEL	N	%
Relata episódios de estigma e discriminação		
sim	14	18,7
não	61	81,3
Onde ocorreu tal episódio*		
família	5	35,7
casa de amigos	1	7,1
trabalho	2	14,3
hospital	4	28,6
bairro	2	14,3
diversos lugares, incluindo hospital	1	7,1
Foi atendido no serviço de saúde sem que lhe dirigissem o olhar		
sim	7	9,3
não	68	90,7
Sentiu-se discriminado ou tratado com preconceito no serviço de saúde		
sim	2	2,7
não	73	97,3
Sentiu-se destratado ou humilhado no serviço de saúde		
sim	5	6,7
não	70	93,3

* informação válida para 14 idosos que relataram episódio de estigma e discriminação em 15 locais

4.8. Acesso e adesão do idoso ao cuidado prestado no serviço

O estudo observou que em relação ao acesso ao tratamento, não foram relatados grandes empecilhos ao cuidado especializado (Tabela 10). Verificou-se que os idosos têm fácil acesso ao local em que lhes é prestado o serviço e não manifestaram queixas em relação ao tempo despendido a cada visita ao ambulatório. Com isso pôde ser observada forte adesão ao serviço, com grande assiduidade dos pacientes às consultas previamente agendadas. Além disso, houve relato de facilidade para obter insumos necessários para a prevenção e o tratamento, incluindo acesso a medicamentos (94,3%) e condons (86,3%). Identificou-se, também, adesão significativa à terapia anti-retroviral para a população estudada (Tabela 11), uma vez que cerca de 80% dos entrevistados relataram não deixar de tomar nenhuma dose dos medicamentos prescritos.

Tabela 10. Distribuição da população estudada segundo percepção sobre o cuidado recebido no serviço de saúde – Casa da AIDS – São Paulo – 2004 a 2007

VARIÁVEL	N	%
Como vai ao serviço de saúde		
ônibus, trem, ou metrô	58	77,4
carro próprio	13	17,3
a pé	3	4,0
ambulância	1	1,3
Freqüência ao serviço de saúde		
mais de 1 vez ao mês	13	17,3
1 vez ao mês	28	37,3
cada 2 a 3 meses	26	34.7
intervalos $\geq$ 3 meses	8	10,7
Assiduidade às consultas		
raramente perde	42	56,0
perde menos da metade	2	2,7
nunca perde	31	41,3
Tempo de espera para atendimento após chegar ao serviço (minutos)*		
$\leq$ 30	49	66,2
31 a 60	19	25,7
> 60	6	8,1
Como avalia o tempo de espera para atendimento+		
demorado	6	8,8
razoável	46	67,7
rápido	16	23,5

*informação não disponível para um idoso; +informação não disponível para 7 pacientes

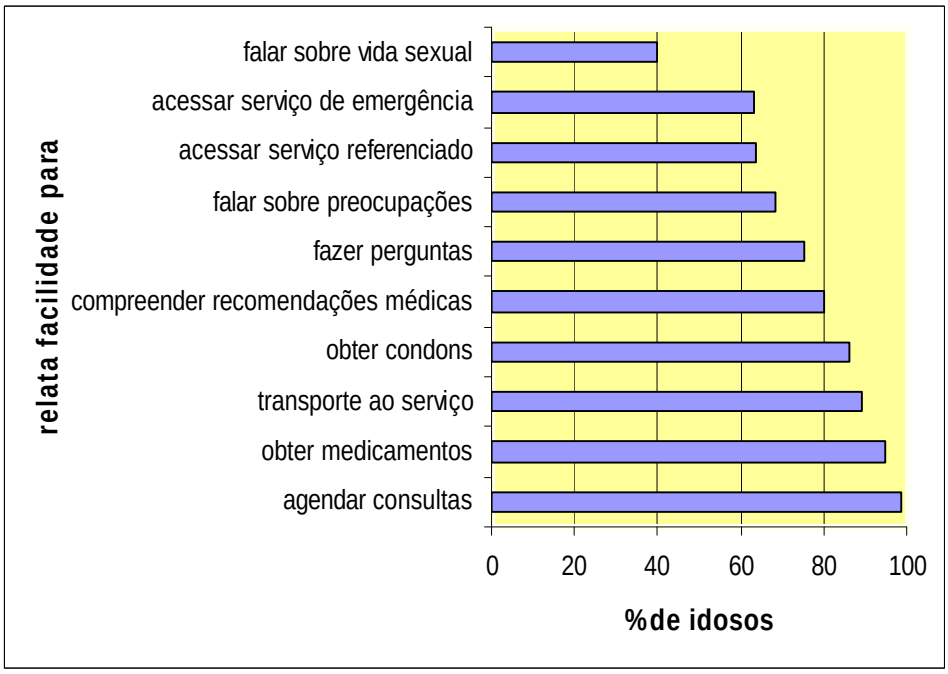
Tabela 11. Distribuição da população estudada segundo a percepção do idoso sobre a terapia anti-retroviral – Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007

VARIÁVEL	N	%
Toma anti-retrovirais		
sim	70	93,3
não	5	6,7
Está conseguindo tomar os ARV*		
sim	67	95,7
não	3	4,3
Deixa de tomar alguma dose+		
nenhuma	54	79,4
diariamente	4	5,9
semanalmente	10	14,7
Impacto do tratamento ARV sobre a vida pessoal#		
melhorou	46	66,7
piorou	7	10,1
não afetou	16	23,2

ARV: anti-retrovirais; * informação válida para 70 idosos que recebem ARV; + informação válida para 70 idosos, porém não disponível para 2 pacientes; # informação válida para 70 idosos, porém não disponível para um paciente

No entanto, quando aspectos mais qualitativos foram avaliados, identificaram-se barreiras que podem de certo modo comprometer o sucesso das intervenções propostas pelos cuidadores. Assim, destaca-se o relato de menor facilidade para compreender as recomendações médicas, fazer perguntas ao médico responsável por seu cuidado com intuito de esclarecer eventuais dúvidas, falar com esse profissional sobre seus anseios e preocupações, sobre sua vida sexual, acessar serviços de emergência, quando necessário, ou acessar outros serviços quando referenciado pela equipe da Casa da Aids, como ilustra a Figura 3.

Figura 3. Perspectiva dos idosos sobre o acesso e a qualidade do cuidado prestado no serviço de saúde – Casa da AIDS – São Paulo – 2004 a 2007



De modo análogo, embora não lhes falte o acesso aos exames laboratoriais recomendados para o seguimento evolutivo, tais como a aferição do status imunológico (contagem de células CD4+ no sangue periférico) e da replicação viral (carga viral de HIV), a compreensão dos idosos sobre a finalidade de tais mensurações parece insuficiente, uma vez que 56% dos entrevistados desconhecem o significado da contagem de células CD4+ e 41,3% o da carga viral.

4.9. Comparação do viver com HIV na perspectiva de dois grupos de idosos

O presente estudo pretendeu ainda comparar o viver com HIV na perspectiva de dois grupos de idosos avaliados: aqueles que foram identificados como infectados por HIV na terceira idade, isto é, em idade igual ou superior a 60 anos em contraste àqueles cujo diagnóstico foi realizado em idades inferiores. Com isso visou-se identificar eventuais particularidades no viver com HIV nos idosos, cujo reconhecimento da infecção foi mais tardio.

Conforme previamente descrito, selecionaram-se algumas variáveis de interesse para essa comparação, incluindo características sócio-demográficas, vida sexual, informações sobre as circunstâncias em que se deu a revelação do diagnóstico aos idosos, sua percepção de risco de aquisição da infecção por HIV previamente à testagem sorológica, o impacto do diagnóstico sobre a vida desses pacientes, relato de vivência de estigma e discriminação, além de sua percepção sobre o acesso e a qualidade do serviço que lhe é prestado na Casa da Aids-HC/FMUSP.

Tabela 12. Distribuição de dados sócio-demográficos dos idosos segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV - Casa das Aids – São Paulo – 2004 a 2007

Variável	**Categoria**	**Idade de diagnóstico**				**Total**		**p**
		< 60 anos		>= 60 anos				
		N	%	N	%	N	%	
Sexo	F	21	44,7	6	21,4	27	36,0	**0,042**
	M	26	55,3	22	78,6	48	64,0	
Cor	branca	31	66,0	18	64,3	49	65,3	0,797
	negra	3	6,4	3	10,7	6	8,0	
	parda	12	25,5	7	25,0	19	25,3	
	amarela	1	2,1	-	-	1	1,3	

Conforme ilustra a tabela 12, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de idosos avaliados no tocante à distribuição por sexo. O grupo de pacientes diagnosticados com infecção por HIV na terceira idade teve maior freqüência de indivíduos do sexo masculino (p=0,042). Já em relação às demais variáveis sócio-demográficas pesquisadas não foram identificadas diferenças significativas (Tabelas 12 a 14).

Tabela 13. Descrição da escolaridade, renda pessoal e renda familiar dos idosos segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV - Casa das Aids – São Paulo – 2004 a 2007

Variável	Idade de diagnóstico	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo	N	p
Escolaridade (anos de estudo)	< 60 anos	9,29	5,12	4,0	0	16	47	0,218
	>= 60 anos	7,89	5,87	5,5	0	16	28	
	Total	6,83	5,44	4,0	0	16	75	
Renda pessoal (R$)	< 60 anos	1208,86	1530,09	700,0	227	8500	42	0,699
	>= 60 anos	1266,83	1882,90	600,0	260	9000	24	
	Total	1229,94	1652,88	602,5	227	9000	66	
Renda	< 60 anos	1713,38	1986,52	11.2 0 TD BT 383.28 TD (1652,88) Tj ET q 326 16.5				

12.2 0 TD BT 383.28 TD (1652,88) Tj ET q 326 16.5

Tabela 14. Condições de moradia dos idosos, existência de benéficos e de cuidador, segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV - Casa das Aids – São Paulo – 2004 a 2007

Variável	Categoria	Idade de diagnóstico				Total		p
		< 60 anos		>= 60 anos				
		N	%	N	%	N	%	
Tipo de moradia	casa	36	76,6	16	57,1	52	69,3	0,280
	apartamento	9	19,1	9	32,1	18	24,0	
	barraco	-	-	1	3,6	1	1,3	
	quarto	1	2,1	1	3,6	2	2,7	
	pensão	1	2,1	-	-	1	1,3	
	outro	-	-	1	3,6	1	1,3	
Benefícios	não recebe	42	89,4	24	85,7	66	88,0	0,244
	cesta básica	1	2,1	1	3,6	2	2,7	
	entidades	-	-	2	7,1	2	2,7	
	parentes	4	8,5	1	3,6	5	6,7	
Tem cuidador	sim	30	63,8	20	71,4	50	66,7	0,500
	não	17	36,2	8	28,6	25	33,3	

Os grupos analisados tampouco diferiram no que concerne à existência de parceria sexual fixa e a percepção de risco dos idosos em relação à aquisição da infecção por HIV (Tabelas 15 e 16).

Tabela 15. Existência de parceria sexual fixa dos idosos, segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV - Casa das Aids – São Paulo – 2004 a 2007

Variável	Categoria	Idade de diagnóstico				Total		p
		< 60 anos		>= 60 anos				
		N	%	N	%	N	%	
Parceria sexual fixa	sim	20	42,6	10	35,7	30	40,0	0,559
	não	27	57,4	18	64,3	45	60,0	
	Total	47	100	28	100	75	100	

Tabela 16. Percepção de risco dos idosos em contrair a infecção por HIV segundo idade ao diagnóstico da infecção - Casa das Aids – São Paulo – 2004 a 2007

Variável	Categoria	Idade de diagnóstico				Total		p
		< 60 anos		>= 60 anos				
		N	%	N	%	N	%	
Antes de fazer o teste você achava que poderia ter HIV?	sim	10	21,3	4	14,3	14	18,7	0,452
	não	37	78,7	24	85,7	61	81,3	
	Total	47	100	28	100	75	100	

Em ambos os grupos, o teste anti-HIV foi realizado na maior parte das vezes por solicitação do serviço de saúde em função do adoecimento do idoso, quando comparado à iniciativa própria do paciente. Chama a atenção ainda a baixa freqüência de relato de aconselhamento pré-teste em ambos os grupos de idosos, apesar de não se notar diferença entre eles em relação a esse aspecto (Tabela 17).

Tabela 17. Circunstâncias que envolveram o diagnóstico de infecção por HIV segundo idade dos idosos ao diagnóstico da infecção - Casa das Aids – São Paulo – 2004 a 2007

Variável	Categoria	Idade de diagnóstico				Total		p
		< 60 anos		>= 60 anos				
		N	%	N	%	N	%	
Motivo de realização do teste anti-HIV	serviço de saúde pediu, pois idoso ficou doente	21	44,7	14	50,0	35	46,7	0,286
	serviço de saúde pediu, pois parceiro sexual estava infectado	7	14,9	5	17,9	12	16,0	
	serviço de saúde pediu, motivo desconhecido pelo paciente	1	2,1	1	3,6	2	2,7	
	doação de sangue	6	12,8	-	-	6	8,0	
	decidiu fazer por precaução	2	4,3	4	14,3	6	8,0	
	decidiu fazer, pois achava que pudesse esta infectado	8	17,0	4	14,3	12	16,0	
	decidiu fazer a pedido do parceiro	2	4,3	-	-	2	2,7	
Local de realização do teste anti-HIV								0,066
	COAS	1	2,1	3	10,7	4	5,3	
	hospital	34	72,3	16	57,1	50	66,7	
	UBS	4	8,5	-	-	4	5,3	
Houve aconselhamento pré-teste*								0,266
	sim, sessão individual	5	10,9	2	7,1	7	9,5	
	sim, sessão em grupo	1	2,2	3	10,7	4	5,4	
	não, não teve orientação	40	87,0	23	82,1	63	85,1	
Como se sentiu tratado no momento da revelação do diagnóstico+								0,082
	com apoio e atenção	33	76,7	24	96,0	57	83,8	
	com indiferença	7	16,3	-	-	7	10,3	
	com discriminação	3	7,0	1	4,0	4	5,9	

COAS – centro de orientação e aconselhamento sorológico; UBS – unidade básica de saúde; * informação não disponível para um idoso; + informação válida para 74 idosos que receberam pessoalmente o resultado do teste diagnóstico anti-HIV, porém não disponível para 6 pacientes

Ao lado disso, notou-se que embora o diagnóstico de infecção por HIV tenha se refletido freqüentemente sobre a vida dos idosos, seja no âmbito profissional, no orçamento doméstico ou no relacionamento com o parceiro sexual, a ocorrência de tais repercussões não permitiram distinguir os pacientes diagnosticados na terceira idade daqueles reconhecidos em idades mais precoces (Tabela 18). O mesmo pode ser dito no que diz respeito aos relatos de vivência de estigma e discriminação (Tabela 19).

Tabela 18. Impacto do diagnóstico sobre a vida do idoso segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV - Casa das Aids – São Paulo – 2004 a 2007

Variável	Categoria	Idade de diagnóstico				Total		p
		< 60 anos		>= 60 anos				
		N	%	N	%	N	%	
Vida profissional*	alterou-se	13	35,1	8	34,8	21	35,0	0,978
	não se alterou	24	64,9	15	65,2	39	65,0	
Orçamento doméstico	aumentaram as despesas	13	27,7	7	25,0	20	26,7	0,801
	não se alteraram as despesas	34	72,3	21	75,0	55	73,3	
Relacionamento com parceiro sexual+	melhorou	1	2,2	2	7,1	3	4,1	0,171
	piorou	34	73,9	15	53,6	49	66,2	
	não se alterou	11	23,9	11	39,3	22	29,7	
Relacionamento com filhos#	melhorou	4	10,5	4	19,0	8	13,6	0,570
	piorou	6	15,8	2	9,5	8	13,6	
	não se alterou	28	73,7	15	71,4	43	72,9	

* informação válida para 60 idosos que exerciam atividade profissional quando do diagnóstico; + informação não disponível para um paciente; # informação válida para 59 idosos que têm filhos

Tabela 19. Relato dos idosos de vivência de estigma e discriminação segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV - Casa das Aids – São Paulo – 2004 a 2007

Variável	Categoria	Idade de diagnóstico				Total		p
		< 60 anos		>= 60 anos				
		N	%	N	%	N	%	
Relata episódios de estigma e discriminação	muitas vezes	4	8,5	1	3,6	5	6,7	0,375
	poucas vezes	4	8,5	5	17,9	9	12,0	
	nunca	39	83,0	22	78,6	61	81,3	
	Total	47	100	28	100	75	100	

Finalmente, cabe ressaltar que o conjunto de variáveis empregado para a avaliação da perspectiva dos idosos sobre o cuidado que lhes é prestado na Casa da Aids-HC/FMUSP, incluindo seu entendimento sobre o significado dos exames laboratoriais utilizados no acompanhamento evolutivo e sua percepção acerca da terapia anti-retroviral não revelou diferenças significativas, do ponto de vista estatístico, na comparação de ambos os grupos de idosos incluídos na pesquisa (Tabelas 20 a 22).

Tabela 20. Perspectiva dos idosos sobre o cuidado prestado no serviço de saúde segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV - Casa das Aids – São Paulo – 2004 a 2007

Variável	Categoria	Idade de diagnóstico				Total		p
		< 60 anos		>= 60 anos				
		N	%	N	%	N	%	
Facilidade para entender o que os médicos dizem nas consultas	maioria das vezes	38	80,9	22	78,6	60	80,0	0,811
	às vezes	9	19,1	6	21,4	15	20,0	
Facilidade para fazer perguntas durante as consultas	maioria das vezes	36	76,6	19	67,9	55	73,3	0,551
	às vezes	10	21,3	7	25,0	17	22,7	
	nunca	-	-	1	3,6	1	1,3	
	não se aplica	1	2,1	1	3,6	2	2,7	
Facilidade para falar com os médicos sobre suas preocupações	maioria das vezes	32	68,1	13	46,4	45	60,0	0,288
	às vezes	8	17,0	8	28,6	16	21,3	
	nunca	2	4,3	3	10,7	5	6,7	
	não se aplica	5	10,6	4	14,3	9	12,0	
Facilidade para falar sobre sua vida sexual e familiar com os médicos	maioria das vezes	14	29,8	9	33,3	23	31,1	0,966
	às vezes	5	10,6	3	11,1	8	10,8	
	nunca	17	36,2	10	37,0	27	36,5	
	não se aplica	11	23,4	5	18,5	16	21,6%	

Tabela 21. Entendimento dos idosos sobre o significado dos exames laboratoriais evolutivos (contagem de células CD4+ e carga viral) segundo idade ao diagnóstico da infecção por HIV - Casa da Aids – São Paulo – 2004 a 2007.

Variável	Categoria	Idade de diagnóstico				Total		p
		< 60 anos		>= 60 anos				
		N	%	N	%	N	%	
Você sabe para que serve o exame de células CD4+	sim	22	46,8	11	39,3	33	44,0	0,526
	não	25	53,2	17	60,7	42	56,0	
Você sabe para que serve o exame de carga viral	sim	27	57,4	17	60,7	44	58,7	0,781
	não	20	42,6	11	39,3	31	41,3	

Tabela 22. Perspectiva dos idosos sobre a terapia anti-retroviral segundo idade ao diagnóstico de infecção por HIV - Casa das Aids – São Paulo – 2004 a 2007

Variável	Categoria	Idade de diagnóstico				Total		p
		< 60 anos		>= 60 anos				
		N	%	N	%	N	%	
Deixa de tomar alguma dose*	nenhuma	33	78,6	21	80,8	54	79,4	0,767
	diariamente	2	4,8	2	7,7	4	5,9	
	semanalmente	7	16,7	3	11,5	10	14,7	
Impacto do tratamento ARV sobre a vida pessoal+								0,504
	melhorou	28	66,7	18	66,7	46	66,7	
	piorou	3	7,1	4	14,8	7	10,1	
	não afetou	11	26,2	5	18,5	16	23,2	

ARV: anti-retrovirais; * informação válida para 70 pacientes que recebem ARV, porém não disponível para 2 pacientes; + informação válida para 70 idosos, porém não disponível para um paciente

4.10. As dificuldades enfrentadas no viver com HIV na terceira idade e o papel do serviço de saúde na superação destas

Ao dar voz aos idosos para que mais livremente relatassem suas dificuldades no viver com HIV, verificou-se que a maioria (60 %) teve algo a dizer. As dificuldades por eles vividas foram expressas de formas distintas. Destacaram-se as relacionadas à necessidade de manterem-se continuamente em acompanhamento clínico, muitas vezes sob uso de medicação. Além das limitações inerentes à exigência de freqüentarem o serviço de saúde, houve ainda expressão de vivências de estigma e discriminação associados à aids.

"*Fiquei dependente dos remédios e de ter que vir aqui sempre.*" *(fem., 66 anos)*

"*As pessoas reparam na quantidade de remédios que tomo.*" *(fem., 65 anos)*

"*É difícil ter que tomar esses remédios na hora certa.*" *(masc., 69 anos)*

"*Me falta um acompanhante para fazer os exames.*" *(masc., 64 anos)*

"*Não posso viajar....*" *(masc., 71 anos)*

"*Não posso beber.*" *(masc., 73 anos)*

Os efeitos adversos da terapia anti-retroviral prolongada surgem nos relatos como nova fonte de sofrimento psicossocial.

"*Não gosto dessa deformação no rosto.*" *(masc., 64 anos)*

"*A lipodistrofia facial me incomoda.*" *(masc., 65 anos)*

A essas experiências negativas, aliaram-se sentimentos de vergonha, tristeza ou medo, que podem ter sido agravados por falta de suporte no meio familiar ou no convívio social.

"*Incomoda, ... porque você não é normal.*" *(masc., 65 anos)*

"*...Isso deixa a pessoa oprimida.* *(masc., 64 anos)*"

"*Sinto medo de caminhar pelas ruas.*" *(masc., 70 anos)*

"*Não tenho coragem de contar a ninguém...*" *(fem., 72 anos)*

"*Faltam amigos...*" *(fem., 69 anos)*

Por vezes demonstraram sentir-se rancorosos com sua situação clínica, além de preocupá-los a possibilidade de transmitirem a doença.

"*Sinto mágoa de meu marido ter me passado isso...*" *(fem., 64 anos)*

"*Tenho que ter cuidado para não passar para os outros.*" *(masc., 65 anos)*

"*Tenho medo de me cortar, de me ferir...*" *(fem., 69 anos)*

"*Sinto não poder ter um companheiro, como gostaria.*" *(fem., 68 anos)*

Indagados se o serviço de saúde tem-lhes sido útil na superação das dificuldades vividas, na maioria (81,5%) dos relatos puderam ser identificados aspectos valorizados como bastante positivos para a vida do idoso. Cabe destacar que os idosos, ao identificar o auxílio prestado pelo serviço na superação de suas dificuldades, freqüentemente levam em conta a atuação da equipe multiprofissional.

"*Ajuda cada pessoa que eu conheço.*" *(fem., 64 anos)*

"*Tomando os remédios e vindo aqui, tenho um pouco de esperança.*" *(masc., 68 anos)*

"*Claro que sim, com o carinho, o afeto, o pronto atendimento...*" *(masc., 63 anos)*

"*Esclarece, trata, orienta...*" *(masc., 73 anos)*

"*Se eu passar mal tenho para onde recorrer.*" *(fem., 64 anos)*

"*Sem dúvida, senão estaria morto...*" *(masc., 67 anos)*

"*Me ajudou com os remédios, com a cirurgia da próstata e a radioterapia.*" *(masc., 69 anos)*

"*Venho ao grupo de adesão e estou sempre aprendendo e passando informação a outros.*"*(masc., 72 anos)*

"*A ajuda do serviço social foi importante.*" *(fem., 62 anos)*

"*Me ajudaram a ir ao INSS e pude obter benefício.*" *(masc., 75 anos)*

"*Com ajuda da psicologia, melhorou a minha cabeça.*" *(masc., 74 anos)*

Entretanto, nas entrevistas manifestaram-se também relatos de expectativas de cuidado dos idosos que não puderam ser integralmente atendidas. Tais carências relacionaram-se não apenas a limitações impostas por debilidade física ou seqüelas clínicas, tendo-se sobressaído as relacionadas à falta de

estabelecimento de efetivos canais de comunicação entre usuários e profissionais do serviço.

"*Não tem como me ajudar, ... não enxergo.*" *(masc., 70 anos)*

"*O serviço é neutro, ... não tem palestras de como se relacionar com as pessoas.*" *(masc., 65 anos)*

"*Nunca consigo compartilhar com ninguém...*" *(masc., 64 anos)*

"*Tenho vergonha de falar com a médica sobre isso...*" *(masc., 69 anos)*

"*Não comento nada com as pessoas aqui.... [começou a chorar]*" *(masc., 77 anos)*

4.11. Planos de vida dos idosos que vivem com HIV

No questionamento ao idoso sobre seus planos para o futuro, apenas 33 (44%) indivíduos relataram ter projetos. Dentre esses, destacaram-se a intenção de quitar ou comprar a casa própria ou um local para lazer, o desejo de mudar-se para outra cidade, ao lado da intenção de seguir trabalhando, passear, ou ainda de cuidar dos netos e de viver até poder ver os bisnetos.

"*Meu plano é sobreviver até encontrarem a cura da aids.*" *(masc., 64 anos)*

"*Não tenho planos, mas um sonho, ... viajar ao redor do mundo.*" *(masc., 69 anos)*

"*Pegar um navio de São Paulo até Fortaleza...*" *(masc., 64 anos)*

"*Servir de exemplo para os outros.*" *(masc., 68 anos)*

"*Casar meu neto.*" *(fem., 72 anos)*

"*Ter uma vida digna.*" *(masc., 68 anos)*

Alguns, porém, externaram preocupar-se com o futuro, na medida em que esse poderá lhes trazer maior dependência de terceiros, ou mesmo, causar problemas adicionais aos que vierem a deixar após a morte.

"*Não quero deixar problemas para os outros.*" *(fem., 69 anos)*

"*Tenho medo de ficar dependente...*" *(masc., 71 anos)*

A maioria dos entrevistados, contudo, não expressou ter planos para o futuro. Demonstraram sentir-se resignados, desesperançados, com horizontes restritos de vida.

"*Deus é quem sabe...*" *(masc., 65 anos)*

"*Tudo vem como vem e vai como vai.*" *(fem., 66 anos)*

"*Com esta idade, doente, como posso ter planos?*" *(masc., 74 anos)*

"*Já estou no fim da vida...*" *(fem., 64 anos)*

"*Só agradeço a Deus pelo dia de hoje.*" *(masc., 69 anos)*

"*Tenho certeza de que não vou me curar.*" *(masc., 68 anos)*

“*Perdi a motivação.*” *(fem., 66 anos)*

“*Não vou alcançar mais nada.*” *(fem., 64 anos)*

“*Já esquecei do futuro.*” *(fem., 66 anos)*

“*Não tenho mais perspectiva de vida.*” *(masc., 70 anos)*

“*Tentei o suicídio, mas acabei repensando...*” *(masc., 68 anos)*

5. DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Partindo do reconhecimento de que o envolvimento de pessoas na terceira idade na epidemia brasileira de aids tornou-se recentemente mais importante, este trabalho foi desenvolvido com o intuito de ampliar o conhecimento sobre o viver com HIV na perspectiva dos idosos. Buscou-se dar voz aos homens e mulheres com 60 anos e mais que vivem com essa infecção, entendendo que suas demandas psicossociais devem ser contempladas na proposição de estratégias do cuidado prestado em serviços especializados. Fazê-los protagonistas na definição de suas necessidades e ouvir seus anseios e preocupações constituem certamente tarefas essenciais para que as medidas adotadas na atenção integral a sua saúde possam obter sucesso.

A população em estudo, embora composta por idosos de ambos os sexos, teve predomínio de homens. Tal composição parece refletir as características sócio-demográficas dos casos de aids notificados em nosso país. Apesar da evidente feminização da epidemia brasileira, ainda são os homens que compõem a maioria dos casos, inclusive no segmento etário referente aos idosos (Boletim Epidemiológico AIDS, 2006). Por outro lado, a baixa escolaridade, como marcador do nível sócio-econômico, associa-se à tendência de pauperização, já apontada por Fonseca et al. (2000) na descrição do perfil epidemiológico da doença no Brasil. O reconhecimento desse aspecto é de fundamental relevância para a proposição de ações de controle e prevenção. A mensagem a ser veiculada tanto em termos de educação para a saúde, como também no acompanhamento clínico de pacientes deve necessariamente levar em conta a linguagem e o formato mais

adequados para que uma comunicação efetiva possa se estabelecer entre os usuários e os profissionais envolvidos nessas atividades.

Um aspecto interessante a ser destacado, diz respeito à vinculação dos idosos a planos de seguro saúde. A maioria dos entrevistados informou não possuir qualquer retaguarda dessa natureza, alegando preferir utilizar a estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe uma ressalva de que tal fato poderia ser, na verdade, conseqüente das características próprias da clientela dos usuários do Hospital das Clínicas da FMUSP. Deve-se lembrar, contudo, que para alguns pacientes a preferência pareceu ser motivada pelo modo como está organizada a prestação do cuidado integral à saúde de pessoas que vivem com HIV. Seguindo orientações do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, a atenção à saúde desses pacientes vem sendo executada em unidades ambulatoriais, distribuídas em ampla rede pública de serviços especializados (Barbosa, 2006). Além disso, conforme ressaltou esse autor, independentemente do seguimento do paciente ser conduzido em caráter público ou privado, o fornecimento dos medicamentos para tratamento da infecção se faz em unidades de dispensação vinculadas à mesma rede.

Nesse aspecto, a Casa da Aids-HC/FMUSP, ao oferecer em estrutura física integrada tanto o atendimento ambulatorial multiprofissional, como internações em regime de hospital-dia e dispensação de medicamentos, parece atender de forma mais globalizada às necessidades dos usuários. De fato, em avaliação nacional da qualidade dos serviços de atenção à saúde de pessoas que vivem com HIV, conduzida por Nemes et al. (2004), os ambulatórios que exibem maior complexidade na oferta de serviços a essa clientela foram avaliados pelos usuários como os de melhor qualidade.

A avaliação da extensão da inserção social do idoso inclui necessariamente a investigação de sua participação no mercado de trabalho e nos processos de geração de renda. Observou-se, nesse particular, que a maioria dos idosos avaliados já se encontrava aposentada, embora houvesse alguns que continuassem desenvolvendo atividades profissionais, seja no mercado formal ou informal. Principalmente esses últimos, ainda desenvolviam algum tipo de trabalho com o intuito de complementar sua renda, uma vez que o valor do benefício auferido pela aposentadoria não se mostrava suficiente para suprir o sustento dele próprio e o de sua família. De fato, chamou à atenção a expressiva contribuição dos idosos entrevistados na obtenção de recursos para a renda familiar, com participação a partir de 25%, situando-se a mediana na ordem de 60,5%. Em alguns casos, ainda, a renda obtida pelo idoso constituiu-se na única fonte de recursos para o custeio das despesas domésticas. Esse cenário observado entre idosos que vivem com HIV não se encontra, contudo, dissociado da realidade nacional. A idéia de que o envelhecimento seria sinônimo de dependência econômica vem se alterando nos últimos anos, passando o idoso a desempenhar papel mais ativo na geração de renda para o custeio do orçamento doméstico. Em termos demográficos, como apontou o último Censo (IBGE, 2000), o idoso brasileiro passou a assumir freqüentemente a responsabilidade de prover recursos para a renda familiar. Nesse inquérito nacional, verificou-se que 62,4% dos idosos eram responsáveis pelo sustento de seus domicílios.

A crise econômica e o desemprego que o país atravessa nas últimas décadas têm provocado mudanças nas condições de vida das famílias brasileiras. Ultimamente, tem-se observado que filhos casados por vezes retornam à

casa dos pais, por não conseguirem prover seu próprio sustento e de suas famílias, fazendo com que o idoso passe a auxiliar seus filhos, noras, genros e netos, participando com elevada contribuição no orçamento doméstico (Berzins, 2003).

Deve-se ter em mente que a análise do perfil sócio-econômico de pacientes idosos que vivem com HIV deve ser contemplada, levando-se em conta particularidades dos contextos sociais nos quais se inserem esses indivíduos. Variações podem ser detectadas num mesmo ambiente, quando se comparam, por exemplo, idosos que se expuseram ao HIV por diferentes vias de contágio. Em estudo transversal representativo da população de pacientes idosos norte-americanos, Crystal et al. (2003) descreveram que homens que fazem sexo com homens (HSH) apresentavam mais freqüentemente renda superior e maior freqüência de vínculo laboral do que usuários de drogas injetáveis (UDI). No estudo conduzido na Casa da AIDS-HC/FMUSP essa comparação não foi possível, uma vez que houve apenas dois pacientes com história pregressa de uso de drogas ilícitas por via injetável.

No que diz respeito às condições de moradia, observou-se que a maioria dos pacientes entrevistados residia em casas ou apartamentos. Destacou-se ainda o dado de que uma fração significativa (28%) residia sozinho. Essas parecem ser também, segundo Berzins (2003), as características observadas na população idosa brasileira, na qual predomina a moradia em áreas urbanas, com 17,9% dos idosos residindo sozinhos, segundo dados do último Censo. O fato do idoso viver sozinho merece algumas considerações. Sabe-se que as condições da vida moderna fornecem ao idoso maior facilidade para exercício de suas atividades rotineiras. Assim sendo, esse modo de vida poderia ser encarado como uma forma

inovadora e bem sucedida de envelhecimento e não simplesmente como situação de abandono, descaso ou solidão (Debert, 1999). Entretanto, para os idosos que vivem com HIV, essa situação ainda carece de maior investigação. Neste estudo pôde-se constatar que o residir só por vezes esteve acompanhado de sinais de deterioração das relações familiares e receio de ter a soropositividade revelada, não parecendo desse modo constituir sinal de emancipação do idoso.

Evidência obtida a partir de estudos realizados em outros contextos sócio-culturais sugere que a falta de efetiva rede de suporte social justifica a existência de uma significativa parcela de idosos infectados por HIV que reside só. Na cidade de Nova Iórque, por exemplo, Shippy e Karpiak (2005) encontraram 71% dos pacientes nessas condições. Ao lado disso, preocupa o fato do isolamento do idoso poder comprometer sua evolução clínica. Tem-se observado que o residir só pode ser preditor de não adesão ao tratamento em várias doenças crônicas (Mehta et al., 1997), e na infecção por HIV, em particular (Jordan et al., 2000).

A atenção ao idoso requer em muitas situações a presença de um cuidador. Tal necessidade surge quando da existência de incapacidades de diferentes naturezas, que ocorrem com freqüências entre 0,2 a 20% das pessoas com 60 anos e mais (Karsch, 2003). Embora essa não se constitua a condição dos idosos incluídos nesta pesquisa, a maioria da população avaliada na Casa da Aids informou dispor de tal apoio, mais comumente de responsabilidade de esposas e filhas. De modo análogo, pesquisa conduzida em São Paulo com idosos dependentes, revelou em 98% dos casos ser o cuidador, alguém da família, e mais especificamente, do sexo feminino.

Por outro lado, um número significativo de pacientes que vivem com HIV relatou ser responsável pelo cuidado de outras pessoas. Analisado esse aspecto frente à forte participação do idoso na geração de renda para custeio das despesas familiares, fica evidente o quanto se ampliaram as responsabilidades por eles assumidas. Elevou-se dessa forma o ônus que lhes cabe, uma vez que não apenas enfrentam dificuldades relacionadas à sua própria condição de saúde, como também administram problemas de outras ordens.

Indubitavelmente, um aspecto de grande relevância no viver com HIV/aids diz respeito à vida sexual. Pelo fato de estar habitualmente relacionada à forma de aquisição da infecção e de constituir uma via possível de transmissão a outros, sabe-se que esta sofre freqüentemente o impacto do diagnóstico. Nesse contexto, questões a ela relacionadas foram investigadas entre os idosos entrevistados. Constatou-se que a maioria (62,7%) apresentava vida sexual ativa. Contudo, destes, mais de um terço não informava ter parceria sexual fixa no momento da avaliação.

A análise fidedigna desses dados pressupõe o conhecimento de estatísticas relativas à vida sexual da população de indivíduos na terceira idade como um todo. Inquérito de base populacional realizado em Sheffield, no Reino Unido, que incluiu 319 pessoas a partir dos 50 anos, identificou que 80% mantinha-se sexualmente ativo e que 6% se reconhecia em situação de risco, por práticas de sexo pouco seguro. Tais indivíduos concentravam-se na população masculina, casada, com idades entre 50 e 60 anos (Gott, 2001).

No Brasil, informações comparáveis podem ser extraídas de pesquisa nacional realizada em 2003 pelo Ministério da Saúde com apoio do Instituto

Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE), que incluiu amostra representativa da população composta por 1882 pessoas sexualmente ativas com idades de 14 anos e mais (França-Junior et al., 2003). Nesse universo, verificou-se que 84,2% da amostra estudada relatou parceria sexual fixa. Porém, no segmento de indivíduos com mais de 55 anos, tal freqüência mostrou-se mais elevada, correspondendo a 91,8%. Esse dado contrasta fortemente com o verificado na população de idosos que vivem com HIV avaliada nesta dissertação, na qual apenas 36,2% relatou tal condição. Essa discrepância pode se relacionar à perda de parceiros sexuais prévios, seja por separação ou mesmo acometidos pela aids, ou ainda resultar da dificuldade dos pacientes entrevistados em iniciar novas relações afetivas, após o conhecimento de seu status sorológico. Cabe lembrar que 56,5% dos idosos informaram ter tido algum parceiro sexual prévio que adoeceu com aids.

Outro aspecto de interesse no tocante à vida sexual e sua interface com a infecção por HIV diz respeito à percepção de risco de aquisição da infecção. Vale destacar que embora mais de 80% dos sujeitos da pesquisa conduzida na Casa da Aids-HC/FMUSP jamais tivessem imaginado a possibilidade de terem contraído a infecção, previamente à revelação de sua soropositividade, quando indagados sobre a forma presumida de infecção, a grande maioria a relacionou à prática de relações sexuais desprotegidas. A baixa percepção de risco de aquisição da infecção por HIV entre indivíduos na terceira idade, já descrita há mais de uma década, foi na ocasião relacionada à falta de conhecimento acerca dos fatores que os tornam vulneráveis a essa infecção (Stall e Catania, 1994). Porém, tal situação parece persistir em épocas mais recentes, mesmo em sociedades industrializadas do mundo ocidental (Wooten-Bielski, 1999). No Reino Unido, a maioria dos idosos da

população de Sheffield, demonstrou não dispor de conhecimento suficiente a propósito das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e infecção por HIV (Gott, 2001). Por outro lado, na Tailândia, onde as ações de prevenção da aids foram implementadas com grande destaque, apesar do conhecimento sobre medidas profiláticas ser amplamente disseminado, observou-se menor grau de informação, especialmente no segmento com idade igual ou superior a 50 anos (Im-em W et al., 2002).

A baixa percepção de risco poderia ser, em grande parte, associada à vulnerabilidade programática, conceito este definido por Mann e colaboradores (1993). Transcorrido longo tempo desde o inicio da epidemia de aids, os idosos permaneciam alijados das ações de prevenção, na medida em que as mensagens educativas veiculadas ao grande público, com participação intensa da mídia, não contemplavam tal segmento populacional. Conforme previamente mencionado nesta dissertação, as iniciativas pioneiras de inclusão de idosos como alvos específicos das campanhas de prevenção somente vieram a ocorrer em nosso país a partir de 2005 (Brasil, 2005). Cabe ressaltar que a desinformação a propósito das possíveis vias de aquisição da infecção esteve presente neste estudo, dado que alguns pacientes informaram acreditar ter se infectado ao doar sangue.

Outro dado que sinaliza para a baixa percepção de risco desse grupo etário se relacionou à forma pela qual se deu o diagnóstico da infecção. É bastante significativo o fato de que na maioria das vezes os pacientes foram levados à testagem sorológica anti-HIV não por iniciativa própria, mas sim por solicitação de profissionais da saúde, seja em função de adoecimento próprio do idoso, seja por soropositividade do parceiro sexual, ou, ainda, em situações de

rastreamento sorológico compulsório realizado na seleção de doadores de sangue. Analogamente, esse aspecto já fora descrito para mulheres adultas acompanhadas no mesmo serviço (Segurado et al., 2003). Ao que parece, os idosos enfrentam diversas barreiras, que os afastam da busca em conhecer seu status sorológico. Por um lado, a baixa percepção de risco de aquisição da infecção (Zelenetz e Epstein, 1998) e de outro, fatores psicossociais relacionados ao medo de descobrir a real situação, decorrente de desinformação sobre os recursos disponíveis para o cuidado, receio de sofrer discriminação e ainda a negação da possibilidade de exposição (Lekas et al., 2005).

Um outro aspecto a ser considerado nesse sentido, refere-se à possibilidade de haver retardo na indicação da testagem diagnóstica, em função dos profissionais de saúde deixarem de atentar para a vulnerabilidade do idoso a essa infecção (Casau, 2005). Para isso podem concorrer concepções equivocadas por parte dos profissionais, que espelham a idéia prevalente na sociedade sobre o exercício da sexualidade na terceira idade.

A sexualidade é inerente ao ser humano, apresentando-se ao longo de sua vida num modo determinante de ser, se comunicar, sentir e se expressar (Lopes et al., 1994). Manifesta-se na forma como o indivíduo estabelece relações com o mundo e consigo mesmo. Representa um dos aspectos do viver juntos, sendo sempre uma manifestação rica e vital das relações humanas (Capodieci, 2000).

Porém, falar de sexualidade na terceira idade pode ainda parecer tratar-se de um tema polêmico. Apresentada como um mito sócio-cultural recoberto de preconceito, seja por parte dos jovens, dos profissionais de saúde, ou até mesmo do próprio idoso (Ribeiro, 1996), a relação entre sexualidade e

envelhecimento assume uma invisibilidade social (Salimene, 2003). Embora a sexualidade se manifeste em qualquer idade e o desejo e o interesse sexual possam perdurar por toda a vida para muitos indivíduos, ainda parece comum encontrarem-se suposições distorcidas de que homens e mulheres idosos não os tenham. Na cultura ocidental as pessoas se surpreendem quando ouvem falar que alguém na terceira idade ainda se mantém ativo sexualmente, freqüentemente considerando o fato inapropriado para a idade (Ciornai, 1999). Este certamente pode constituir um fator fortemente associado ao não reconhecimento da necessidade de implementação de ações mais específicas no campo da prevenção da infecção por HIV, que reduziriam a vulnerabilidade dos idosos.

Nos dias atuais, acredita-se que a forma pela qual os idosos desempenham sua atividade sexual possa ter sido alterada com advento de medicamentos eficazes no tratamento da disfunção erétil, afecção bastante prevalente nessa faixa etária (Moreira Jr et al., 2002). Nesse contexto, poder-se-ia imaginar que a vulnerabilidade do idoso à aquisição sexual do HIV tenha se elevado a partir do uso mais disseminado de tais compostos. Em estudo envolvendo 104 homens com 50 anos e mais, que compareceram a clínica de DST em Cingapura, 37,3% informou ter feito uso de sildenafil ou de drogas similares (Tan et al., 2006). No entanto, tal não parece ser o que ocorre na população de idosos aqui estudada. É digno de nota que dos 48 homens entrevistados, apenas cinco relataram história de uso dessa medicação. E destes, três a utilizaram após o diagnóstico de infecção por HIV.

A adesão às práticas de sexo mais seguro parece ser freqüente entre os idosos acompanhados no serviço, uma vez que o uso consistente do condom foi descrito por 82,6% dos idosos sexualmente ativos. Esse cenário distoa

intensamente dos resultados obtidos em estudo populacional sobre a sexualidade dos brasileiros (Paiva et al., 2003). Nessa pesquisa, apesar de evidenciada maior adesão ao uso do preservativo nas faixas etárias mais jovens, tanto no que se refere à primeira relação sexual, como à última, chamou à atenção o dado de que apenas 2,7% dos 121 entrevistados com idade acima de 55 anos tenham relatado uso de condom na última relação. Entre as razões expressas por estes para não usar o preservativo, sobressaíram-se a "confiança no parceiro" (35,8%), a existência de parceiro sexual fixo (31,1%) e a idéia de que essa medida não seria necessária (8%). Percebe-se assim, mais uma vez, a lacuna existente nesse segmento populacional, no que se refere à percepção de risco de aquisição de DST/aids. Cumpre assim incrementar junto a esse grupo ações especificamente voltadas à prevenção dessas afecções.

O momento da revelação do diagnóstico de soropositividade representa um marco importante na trajetória das pessoas que vivem com HIV. Assim, as circunstâncias em que tal revelação ocorre podem ter forte impacto sobre a vida dessas pessoas, repercutindo em sua capacidade de enfrentar a nova condição. Nos idosos avaliados é significativo o dado de que, na maioria das vezes, o diagnóstico foi revelado em ambiente hospitalar. Além disso, 85,2% informou não ter recebido qualquer tipo de aconselhamento ou orientação antes da realização do teste sorológico. O retardo no reconhecimento da infecção nesses pacientes, conforme previamente discutido, normalmente decorre do fato dessa hipótese ficar relegada a um segundo plano na investigação diagnóstica de enfermidade no idoso (Goodroad, 2003; Antón et al, 2005; Lekas et al., 2005). No ambiente hospitalar a investigação é freqüentemente conduzida por profissionais, cuja rotina não envolve o

aconselhamento nos moldes observados em centros de testagem sorológica ou em unidades especializadas no cuidado de pessoas que vivem com HIV. Muitas vezes tais profissionais carecem de treinamento nesse sentido. Compartilhando tal concepção, ao avaliar a percepção de profissionais de saúde sobre o cuidar de pessoas que vivem com HIV, Sadala (2000) ressaltou que para alguns essa experiência representa oportunidade para o aprendizado e desenvolvimento profissional. Contudo, outros se consideram despreparados para essa tarefa, especialmente no que se refere aos aspectos psicossociais da doença.

No entanto, é importante destacar que a perda de oportunidades de diagnóstico pode acarretar às pessoas idosas um prejuízo significativo no acesso ao tratamento, resultando em desfechos clínicos mais desfavoráveis. Diagnosticados em fases evolutivas mais tardias da infecção, geralmente após a ocorrência de infecções oportunistas, verifica-se que tais pacientes, embora possam responder ao tratamento (Silverberg et al., 2007), apresentam menor sobrevida, quando comparados a indivíduos mais jovens (Zelenetz e Epstein, 1998; Emlet e Farkas, 2002; Braga et al., 2007).

Segundo os resultados deste estudo, embora o diagnóstico de infecção por HIV tenha ocorrido mais freqüentemente em hospital, na vigência de enfermidade do idoso, na percepção destes, a soropositividade lhes foi revelada em ambiente acolhedor, acompanhada de manifestação de apoio e atenção por parte do profissional de saúde responsável. No entanto, 15 pacientes relataram terem sentido certa indiferença ou mesmo discriminação naquele momento. Após quase três décadas do início da epidemia da aids, período em que os serviços vêm-se estruturando de maneira a atender seus usuários de forma mais humanizada e com

atenção, não parece aceitável que tais atitudes ocorram. Providências são, portanto, necessárias para ampliar o alcance de ações sócio-educativas direcionadas à equipe multiprofissional, visando capacitá-las de forma mais adequada, e, conseqüentemente, mitigar as manifestações de estigma e a discriminação.

Após o reconhecimento do status sorológico, relataram os idosos terem sido adequadamente referenciados a serviço especializado no cuidado a pessoas que vivem com HIV, tendo sido acolhidos na grande maioria das vezes em espaço de tempo igual ou inferior a 4 semanas. Esse dado sugere que os mecanismos de encaminhamento de pacientes, mesmo quando diagnosticados em ambiente hospitalar, parecem funcionar de modo apropriado, permitindo rápido acolhimento dos usuários na rede especializada. A resolubilidade que decorre da eficiência de tais mecanismos certamente beneficia os pacientes, além de propiciar a otimização dos recursos humanos e materiais despendidos na atenção à saúde. Compõe dessa forma elemento crucial para se alcançar a proposta de integralidade contida nos pressupostos do SUS (Gomes e Pinheiro, 2005). Maiores avanços nessa área exigirão esforços dos gestores de saúde no sentido de promover e apoiar maior integração entre os serviços de atenção à saúde do idoso e aqueles especializados no cuidado de pessoas que vivem com HIV (Linsk et al., 2003).

Há de se convir que a infecção por HIV acarreta repercussões marcantes na vida das pessoas afetadas. Assim, pareceu relevante ouvir homens e mulheres idosos a esse respeito. Destacou-se nesse aspecto o impacto do diagnóstico sobre o relacionamento com o parceiro sexual. Mais da metade dos entrevistados informou ter sentido prejuízo nessa relação afetiva após o reconhecimento da soropositividade. Em segundo plano, emergiram os relatos de

prejuízo nas relações profissionais e o incremento das despesas domésticas, este último mais freqüentemente em função do custeio de medicamentos. O fato de haver uma parcela significativa de aposentados na população estudada pode ter contribuído para reduzir o efeito do diagnóstico no âmbito das relações de trabalho. Por outro lado, chamou à atenção o menor efeito da revelação diagnóstica sobre o relacionamento com filhos, inclusive com relatos, em algumas situações, de maior aproximação afetiva. Exemplificando, podem-se citar:

> "Se preocupam mais, dão mais atenção a mim." (masc., 73 anos)
>
> "Cresceu o amor entre nós." (fem., 62 anos)

Conclusões similares foram obtidas por pesquisadores em Porto Rico (Varas-Diaz et al., 2004), ao explorarem as diversas manifestações de estigma enfrentadas por pessoas vivendo com HIV. Demonstrações de afeto por parte de familiares assumiram proporções percebidas pelos pacientes, por vezes, como "superproteção".

A revelação do diagnóstico pelo idoso a terceiros foi também objeto de avaliação. No presente estudo, constatou-se ser mais elevada a freqüência de revelação aos filhos e ao parceiro sexual à época do diagnóstico, em relação à observada para outros familiares, amigos e colegas de trabalho. Sabe-se que o compartilhamento dessa informação depende fundamentalmente da relação de confiança existente entre o paciente e seus entes próximos, condição esta que leva em conta a percepção do idoso acerca do risco de vir a sofrer estigma e discriminação. Segundo identificou Emlet (2006a), em estudo conduzido em serviço

especializado nos Estados Unidos, os indivíduos mais velhos (com idade superior a 50 anos) revelaram sua condição menos freqüentemente a familiares, parceiros e colegas, quando comparados a pacientes em idades mais jovens.

Em contrapartida, poder dividir esse “segredo” parece importante para os que vivem com HIV, contribuindo significativamente no enfrentamento dessa situação (Holt et al., 1998; Vance, 2006). Entre HSH e homens bissexuais procedentes de três cidades norte-americanas, por exemplo, mostrou-se que a revelação do diagnóstico a outros esteve associada a maior qualidade da rede de suporte social, a auto-estima mais elevada e trouxe como conseqüência benefício para o bem-estar psicológico do paciente (Zea et al., 2005).

As interações entre a infecção por HIV e as manifestações de estigma e discriminação são bastante Tw e cidns.Diada a sua(imporsênci, Jonathana) Tj 0 Tc -0.1

-

prevalente em relação ao idoso, em suas diversas formas de apresentação (Leme, 1999).

Nas entrevistas realizadas na Casa da Aids-HC/FMUSP, apesar da grande maioria dos idosos não ter externado vivências de estigma e/ou discriminação após seu diagnóstico de infecção por HIV, foi ainda possível identificar uma parcela significativa (18,7%) de idosos que relatou tais situações. Esses episódios ocorreram com maior freqüência no ambiente familiar e no serviço de saúde onde faziam acompanhamento. Considerando ser esse um serviço de referência para o cuidado, preocupa ainda o relato de situações dessa natureza. Poder-se-ia especular serem as manifestações de estigma e discriminação ainda mais freqüentes em outros ambientes, menos habituados no trato dessa afecção. A disseminação de ações sócio-educativas visando incorporar efetivamente o marco conceitual dos direitos humanos no cuidado a pessoas com HIV parece, portanto, ainda necessária.

No que tange a percepção dos idosos sobre o cuidado recebido, verificou-se não haver grande des58 rhoso t e

disos -se

A dinâmica na qual se prestaram os serviços recebeu avaliação positiva por parte dos idosos entrevistados na Casa da Aids-HC/FMUSP. A eles pareceu adequado o tempo de espera no local, bem como o acesso aos insumos necessários para seu cuidado, incluindo a dispensação de medicamentos e o fornecimento de preservativos.

Em relação à terapia anti-retroviral propriamente dita, notou-se elevada adesão. Cerca de 80% dos idosos informaram não deixar de tomar nenhuma dose prescrita dos medicamentos. Embora outros autores tenham demonstrado ser a adesão ao tratamento mais freqüente entre os idosos (Mehta et al., 1997; Barbosa, 2006), neste estudo esses não pareceram diferir do restante da clientela do serviço. Em avaliações prévias, já se identificara a elevada adesão à terapia em outros grupos de pacientes ali assistidos, bem como o comprometimento institucional em relação a essa questão (Santos et al., 2000; Santos et al., 2005). Ações sócio-educativas voltadas especificamente a esse tema vêm sendo sistematicamente desenvolvidas na unidade, com participação de pacientes e de profissionais que compõem a equipe multiprofissional (Geraldes et al., 2002) e podem ter contribuído para a elevada adesão aqui observada.

Por outro lado, a política nacional de tratamento da aids, que prevê distribuição universal e gratuita dos anti-retrovirais faz com que os resultados obtidos no Brasil, no tocante ao acesso a esses insumos, não sejam totalmente comparáveis aos de outros contextos, onde pode haver subgrupos populacionais excluídos das intervenções terapêuticas. Particularmente entre os idosos brasileiros, a existência de outros benefícios, como o direito a transporte público gratuito facilita ainda mais seu acesso às unidades de prestação de serviços de saúde (Brasil, 2003).

Tal situação contrasta com a descrita em outras realidades, nas quais mesmo quando a medicação é subsidiada, parcial ou completamente, o custo pode ser um fator de risco para não adesão, uma vez que há outras despesas a cobrir, tais como as relacionadas ao deslocamento ao serviço de saúde (Mehta et al., 1997).

Recentemente, tem-se ressaltado na literatura a possibilidade da população idosa vir a se beneficiar menos da terapia anti-retroviral, em decorrência de maior risco de toxicidade, ou mesmo por conta da ocorrência de interações medicamentosas (Siegel et al., 2004; Gebo, 2006; Silverberg et al., 2007). Embora as comorbidades nessa população seja comuns e, em função disso, freqüentemente os idosos façam uso simultâneo de outros medicamentos, tais fatores não afetaram a adesão dos idosos avaliados na Casa da Aids-HC/FMUSP aos esquemas anti-retrovirais prescritos. Além disso, cerca de dois terços deles expressaram a percepção de que sua vida pessoal teria melhorado após o início do uso da terapêutica.

Em termos gerais, os idosos entrevistados avaliaram positivamente o cuidado a eles prestado no que se refere ao acesso ao tratamento e aos insumos de prevenção da transmissão do HIV. Em outros aspectos, contudo, foram identificadas carências que podem de certo modo comprometer o sucesso das intervenções propostas. A comunicação dos usuários com os profissionais pareceu deficiente, na medida em que os idosos externaram menor facilidade para compreender as recomendações médicas, para fazer perguntas com intuito de esclarecer dúvidas, falar sobre seus anseios e preocupações, ou sobre sua vida sexual. Também nesse aspecto evidências obtidas em estudos anteriores já apontavam para dificuldades similares na percepção de mulheres e homens atendidos no serviço

(Segurado et al., 2002; Paiva et al., 2007). Percebe-se assim, mais uma vez, a necessidade de treinamento dos profissionais para que possam abrir espaços de comunicação mais efetivos com os usuários, A melhora da comunicação entre pacientes e profissionais pode contribuir para incrementar a adesão às intervenções propostas (Fehringer et al., 2006). Buscar modalidades de abordagem, que escapem da limitação de tempo e da rigidez de horários das consultas médicas pode representar uma alternativa. Dinâmicas em sala de espera, ou em grupos de pacientes, com apoio da equipe multiprofissional podem ser úteis com essa finalidade. Intervenções visando capacitar profissionais e usuários em técnicas de comunicação podem também ser empregadas com sucesso (Rao et al., 2007).

Outro fato preocupante que se pôde comprovar foi que embora não falte aos idosos o acesso aos exames laboratoriais recomendados para o seguimento evolutivo, tais como a aferição do status imunológico e da replicação viral, a compreensão dos pacientes sobre a finalidade de tais mensurações parece insuficiente, à semelhança do que fora descrito para mulheres acompanhadas na Casa da Aids (Segurado et al., 2002). Considerando que 56% dos idosos desconhecem o significado da contagem de células CD4+ e 41,3% o da carga viral, pode-se imaginar que sua adesão ao tratamento e ao seguimento ambulatorial pode vir a ser comprometida.

Imaginando poder haver aspectos particulares no viver com HIV, capazes de definir padrões específicos de vulnerabilidade à aquisição da infecção ou mesmo na resposta ao cuidado, procurou-se ainda neste estudo comparar dois grupos de idosos. Um deles composto pelos 28 pacientes que foram diagnosticados como soropositivos já na terceira idade, ou seja, com 60 anos e mais,

e outro, com os 47 idosos, cujo diagnóstico foi estabelecido em idades mais precoces. Apesar de não terem sido identificadas diferenças significativas entre os dois grupos de pacientes, no que se refere às condições sócio-econômicas, condições de moradia, existência de benefícios, ou ainda de cuidador, verificou-se haver sim diferença na distribuição dos pacientes por sexo. Entre os idosos diagnosticados na terceira idade houve maior freqüência de pacientes do sexo masculino (78,6%), quando comparados àqueles cujo diagnóstico foi feito mais precocemente (55,3%). O retardo no reconhecimento do diagnóstico entre os idosos do sexo masculino poderia apontar para diferenças de gênero existentes na percepção de risco de aquisição ao HIV ou, ainda, na utilização dos serviços de saúde. Dado que neste estudo a percepção de risco de exposição ao HIV foi baixa e a testagem sorológica que conduziu ao diagnóstico foi mais comumente efetuada quando do adoecimento do idoso, pôde-se atribuir a diferença observada entre os grupos à menor procura de serviços de saúde pelos homens.

Deve-se lembrar nesse contexto que na própria socialização dos homens, o cuidado não é habitualmente visto como uma prática masculina (Courtenay, 2000). Em estudo, que buscou analisar explicações presentes em discursos masculinos para a pouca procura dos homens por serviços de saúde, Gomes et al. (2007) descreveram que no imaginário social, os cuidados são entendidos como próprios do âmbito feminino, estando o masculino, em contrapartida, associado aos conceitos de virilidade, força e invulnerabilidade. Tais características mostram-se, portanto, incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, insegurança que levam as pessoas a procurar os serviços de saúde. Ao lado disso, são lembrados outros fatores, como a vergonha de ficar exposto ao médico, a falta de

unidades de saúde específicas para a atenção à saúde masculina, além do temor de ter uma doença grave desvelada.

Em relação às demais variáveis analisadas - existência de parceria sexual fixa, percepção de risco de aquisição da infecção, circunstâncias que envolveram a revelação do diagnóstico, o impacto deste sobre a vida do idoso, vivência de estigma e discriminação e percepção do idoso sobre o cuidado recebido no serviço de saúde, incluindo sua adesão ao tratamento - tampouco se observaram diferenças significativas entre os dois grupos de idosos. Deve-se, contudo, ter em mente que limitações metodológicas podem ter dificultado a identificação de fatores associados ao diagnóstico da infecção por HIV na terceira idade. O pequeno número de idosos que compôs esse grupo pode ter reduzido o poder do estudo em detectar eventuais diferenças. Nesse sentido, para que se possa esclarecer melhor esse aspecto, recomenda-se a realização de novos estudos, preferencialmente envolvendo maior número de sujeitos.

Finalmente, nesta pesquisa pediu-se aos homens e mulheres idosos entrevistados que expusessem as principais dificuldades por eles enfrentadas no viver com HIV. Dando voz a essas pessoas, pôde-se vislumbrar a extensão e complexidade de suas demandas. Muito além das dimensões biológicas, relacionadas ao convívio com a debilidade física e limitações impostas por eqüelas da enfermidade, ou, ainda, o temor antecipado de que possam ocorrer, há outras questões mobilizando a atenção dos idosos entrevistados. Esses ressentiram-se da necessidade de se manterem em acompanhamento clínico periódico e de dependerem do uso contínuo de medicamentos. Expressaram ainda com destaque a angústia da vivência do estigma e da discriminação, ou mesmo o receio de que essa viesse a

ocorrer. Externaram o sofrimento psicológico associado aos efeitos adversos do tratamento anti-retroviral prolongado. A percepção de alterações corporais associadas à síndrome de lipodistrofia pareceu provocar também nos idosos entrevistados os sentimentos de tristeza e vergonha, descritos em pacientes mais jovens (Santos et al., 2005), contribuindo para reduzir sua auto-estima e agravar o isolamento social. Carentes do suporte de redes sociais, os idosos vêem restringirem-se ainda mais seus horizontes, como bem apontaram Brasileiro e Freitas (2005). Com isso, não se mostraram capazes muitas vezes de formular planos para o futuro.

Embora muitos idosos possam ter reconhecido que o serviço de saúde tem-lhes auxiliado na superação das dificuldades, particularmente por meios de ações que envolvem a participação da equipe multiprofissional, reconheceram também os limites desse papel. A falta de maior comunicação com os profissionais, no sentido de poder compartilhar seus anseios, temores e preocupações pareceu comprometer o alcance das ações terapêuticas na busca da recuperação da saúde e da melhoria da qualidade de vida.

Ao identificar particularidades nos aspectos psicossociais do viver com HIV/aids de homens e mulheres na terceira idade, espera-se que o presente estudo possa ser útil para subsidiar ações que venham a tornar mais efetivo o cuidado a eles prestado nos serviços especializados. Por outro lado, ao contribuir para o reconhecimento do perfil particular do idoso de vulnerabilidade à infecção por HIV os resultados obtidos neste trabalho podem também auxiliar a inclusão de abordagens preventivas nas ações que integram a atenção à saúde do idoso.

6. CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

Com base nos resultados deste estudo, que visou descrever o viver com HIV na perspectiva de homens e mulheres idosos acompanhados em serviço especializado, pôde-se concluir que:

- a população estudada foi composta predominantemente por homens, brancos, com escolaridade de até 4 anos e renda mediana de 600 reais;

- uma parcela significativa residia sozinho e a maioria responsabilizava-se pelo cuidado de outros. Embora majoritariamente aposentados, participavam expressivamente na geração da renda familiar;

- mais da metade dos entrevistados relatou manter-se sexualmente ativo, embora nem sempre com parceria fixa. Entre os que informaram ter parceiro fixo, predominaram os sorodiscordantes;

- houve relato freqüente de uso consistente de preservativo após o diagnóstico da infecção por HIV;

- a percepção de risco de aquisição da infecção foi baixa e a maioria dos pacientes acreditava ter-se infectado em relação sexual desprotegida;

- o teste diagnóstico foi mais freqüentemente realizado por solicitação médica do que por iniciativa do idoso, ocorrendo em hospital e sem aconselhamento prévio. Indiferença ou discriminação por parte do profissional envolvido na revelação do diagnóstico foi relatada por alguns idosos;

- o reconhecimento da soropositividade afetou principalmente o relacionamento com o parceiro sexual;

- vivência de estigma e discriminação foi descrita por parcela significativa dos idosos;

- embora os idosos possuíssem facilidade de acesso ao serviço de saúde e aos insumos necessários para o cuidado (medicamentos, exames laboratoriais, condons), faltava-lhes diálogo mais efetivo com os profissionais;

- os idosos diagnosticados na terceira idade em geral não apresentaram diferenças significativas em relação aos aspectos acima mencionados, quando comparados àqueles diagnosticados em idades inferiores. Entretanto, identificou-se maior freqüência de homens entre os diagnosticados mais tardiamente;

- as dificuldades apontadas pelos idosos no viver com HIV não se restringiram a limitações físicas, necessidade de acompanhamento clínico ou uso contínuo de medicamentos, incluindo também sentimentos de solidão, isolamento e receio de discriminação;

7. ANEXOS

8. REFERÊNCIAS

8. REFERÊNCIAS

Albuquerque SMRL. *Assistência domiciliar:* diferencial na qualidade de vida do idoso portador de doença crônica [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.

Albuquerque SMRL. *Envelhecimento ativo:* desafio dos serviços de saúde para melhoria da qualidade de vida dos idosos [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.

Agresti A. *Categorical Data Analysis*. New York: Wiley; 1990.

Amato Neto V, Uip DE, Boulos M, Duarte MI, Mendes CM, Taketomi E, et al. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): report of the 1st autochthnous case in Brazil and immunological study. *Rev Paul Med*. 1983; 101(4):165-8.

Antón E, Sala M, Mallolas J, Navarro G, Cervantes M, Gatell JM, et al. Estudio de una serie clínica de pacientes infectados por el VIH mayores de 50 años. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005; 23(3):145-8.

Ayres JR, França-Junior I, Calazans G, Filho HS. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: *Sexualidade pelo avesso* -direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1997.

Bachus MA. HIV and the older adult. *J Gerontol Nurs.* 1998; 24(11):41-6.

Barbosa ASM. *Adesão ao tratamento anti-retroviral e o contexto de vida de idosos vivendo com aids na Grande São Paulo.* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2006.

Barnett T, Whiteside A. Disease, change, consciousness and denial. In: Barnett T, Whiteside A, editors. AIDS in the Twenty-First Century Disease and Globalization. Nova York: Palgrave Macmillan; 2002. p.9-23.

Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983; 220(4599): 868-71.

Berzins MAVS. Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada. *Serviço Social & Sociedade.* 2003; 75:19-34.

Boletim Epidemiológico AIDS [Ministério da Saúde]. Brasília; 2004.

Braga PE, Cardoso MRA, Segurado AC. Gender differences in survival in an HIV/aids cohort from São Paulo, Brazil.*AIDS Patient Care STDS* 2007; 21(5):321-8.

Brasil. Lei no. 10.741, de 1o. de outubro de 2003. Dispõe sobre a regulação dos direitos das pessoas idosas. Diário Oficial da União, Brasília, out 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Idosos ganham programa contra aids em São Paulo. 29/09/2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISDA56F374ITEMID48EFBD55C32E4EBB9D2057AFECD19BF9PTBRIE.htm> [acessado em 04/05/2007].

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 59, 28/01/2003. Disponível em: <www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS59 BBE9C1PTBRIE. httm>

Brasileiro M, Freitas MIF. Social representations about AIDS in people over 50, infected by HIV. Rev Latino-am Enfermagem. 2006;14(5):789-95.

Bussab WO, Morettin PA. *Estatística básica*. 4a ed. São Paulo: Atual; 1987.

Butin NG. *Finitude e envelhecimento:* significados da morte no idoso soropositivo [dissertação]. São Paulo. Pontifícia Universidade de São Paulo; 2002.

Cançado FAX. Epidemiologia do envelhecimento. In: Cançado FAX, coordenador. *Noções Práticas de Geriatria.* Belo Horizonte: Health C.R. Ltda.; 1994. p.15-43.

Capodieci S. *A idade dos sentimentos:* amor e sexualidade após os sessenta anos. São Paulo: Edusc; 2000.

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad Saúde Pública*. 2003: 19(3):725-33.

Carvalho Filho ET. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996:60-70.

Casau NC. Perspective on HIV infection and aging: emerging research on the horizon. *Clin Infect Dis.* 2005; 41(6):855-63.

Ciornai S. *Da contracultura à menopausa:* vivências e mitos da passagem. São Paulo: Oficina de Textos; 1999.

Conover WJ. *Practical nonparametric statistics.* 2nd ed. New York: Wiley; 1980.

Contrera WF. *Saindo da Toca:* um passeio no novo espaço público. A publicidade oficial sobre AIDS e seu impacto comportamental [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Comunicações e Artes; 2002.

Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender ad health. *Soc Sci Med.* 2000; 50:1385-401.

Crystal S, Akincigil A, Sambamoorthi U, Wenger N, Fleischamn JA, Zingmond DS, et al. The diverse older HIV-positive population: a national profile of economic circumstances, social support, and quality of life. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2003; 33 (Suppl 2):S76-83.

Debert GG. *A reinvenção da velhice.* São Paulo: Edusp; 2004.

Devito C, Broliden K, Kaul R, Svensson L, Johansen K, Kiama P, et al. Mucosal and plasma IgA from HIV-1-exposed uninfected individuals inhibit HIV-1 transcytosis across human epithelial cells. *J Immunol.* 2000; 165(9):5170-6.

Emlet CA, Farkas KJ. Correlates of service utilization among midlife and older adults with HIV/AIDS: the role of age in the equation. *J Aging Health.* 2002;14(3):315-35.

Emlet CA. A comparison of HIV stigma and disclosure patterns between older and younger adults living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care STDS.* 2006a: 20(5):350-8.

Emlet CA. "You're awfully old to have this disease": experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS. *Gerontologist.* 2006b; 46(6):781-90.

Fehringer J, Bastos FI, Massard E, Maia L, Pilotto JH, Kerringan D. Supporting adherence to highly active antiretroviral therapy and protected sex among people living with HIV/AIDS: the role of patient-provider communication in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS Patient care STDS.* 2006; 20(9):637-48

Fonseca MG, Szwarcwald CL, Derrico M, Andrade CLT, Vera CT, Bastos FI. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad Saúde Pública.* 2000; 16(Supl 1):77-87.

Fonseca MG, Travassos C, Bastos FI, Silva NV. Distribuição social da Aids no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987 a 1998. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19:1351-63.

França-Junior I, Paiva V, Lopes F, Venturi G. Aspectos metodológicos e analíticos da pesquisa MS/IBOPE, Brasil 2003. Disponível em: http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope_2003/artigo_metodologia.rtf

Gebo A. HIV and aging: implications for patient management. *Drugs Aging*. 2006; 23(11):897-913.

Geraldes S, Nascimento VLV, Harter S, Castro MP, Uip DE. Adherence Committee: A model of intervention to enhance adherence to HAART at the Aids Clinic, University of São Paulo, Brazil. Annals. 2002; [Abstract number WePeF6783]. (Presented at the XIV International AIDS Conference; 2002; Barcelone, Spain. Abstracts).

Glina S, Santana AW, Azank F, Mello LF, Moreira EDJr. Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction are highly prevalent in ageing men. *BJU Int.* 2006; 97(4):763-65.

Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.* 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1980.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu).* 2005; 9(17):287-301.

Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(3):565-74.

Goodroad BK. HIV and AIDS in people older than 50. A continuing concern. *J Gerontol Nurs.* 2003; 29(4):18-24.

Gott CM. Sexual activity and risk-taking in later life. *Health Soc Care Community.* 2001; 9(2):72-8.

Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, Weisman JD, Fan PT, Wolf RA et al., *Pneumocystis carinii* pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of a new acquired cellular immunodeficiency. *N Engl J Med.* 1981; 305(24):1425-31.

Holt R, Court P, Vedhara K, Nott KH, Holmes J, Snow MH. The role of disclosure in coping with HIV infection. *Aids Care.* 1998; 10(1):49-60.

IBGE. Censo 2000. Disponível em: <http:\\www.ibge.gov.br/censo>. Acesso em: 21/05/2007.

Im-em W, Vanlandingham M, Knodel J, Saengtienchai C. HIV/AIDS-related knowledge and attitudes: a comparison of older persons and young adults in Thailand. *AIDS Educ Prev.* 2002; 14(3):246-62.

Johnson M, Haight BK, Benedict S. Aids in older people. A literature review for clinical nursing research and practice. *J Gerontol Nurs.* 1998; 24(4):8-13.

Jordan MS, Lopes JF, Okazaki E, Kamatsu CL, Nemes, MIB. Aderência ao tratamento anti-retroviral em AIDS: revisão da literatura médica. In: Teixeira P, Paiva V, Shimma E, organizadores. *Tá difícil de engolir?* Experiências de adesão ao tratamento antiretroviral em São Paulo. São Paulo: Nepaids; 2000. p.5-25.

Lauritsen JM, Bruus M, Myatt MA. Programa para criar banco de dados. *EpiData Association,* Odense Denmark 2002. (v3.0). Versão para o português (Brasil) por João Paulo Amaral Haddad.

Lekas HM, Schrimshaw EW, Siegel K. Pathways to HIV testing among adults aged fifty and older with HIV/AIDS. *Aids Care.* 2005: 17(6):674-87.

Leme LEG. “Quem gosta de velho é reumatismo!” In: Pinsky J, organizador. 12 faces do preconceito. São Paulo: Contexto; 1999. p.39-45.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). *Epidemiologia e Serviços de Saúde.* 2004; 13(4):217-28.

Kaiser FE. Função Sexual. In: Fociea MA, Lavizzo-Mourey R, editores. *Segredos em Geriatria*. Porto Alegre: Artmed; 1998. p.41-4.

Karsch UM. Cuidadores familiares de idosos: parceiros da equipe de saúde. *Serviço Social & Sociedade*. 2003; 75:103-13.

Linsk NL, Fowler JP, Klein SJ, HIV/AIDS prevention and care services for the aging: bridging the gap between systems to assist older people. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 33 (Suppl 2:S243-50).

Lopes G, Torres LO, Bara M. Sexualidade, envelhecimento e velhice. In: Cançado FAX, coordenador. *Noções Práticas de Geriatria*. São Paulo: Copmed Editora/Health C. R. Ltda; 1994. p.401-11.

Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Mann J, Tarantola DJM, Netter T, organizadores. *A Aids no Mundo.* Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS/UERJ; 1993. p. 275-300.

Marins JRP, Jamal LF, Cohen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, et al. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian Aids patients. *AIDS*. 2003; 17:1675-82.

Masters W H, Johnson VE. *A conduta sexual humana.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1984.

Mehta S, Moore RD, Graham NMH. Potencial factors affecting adherence with HIV therapy. *AIDS.* 1997;11:1665-70.

Melchior R, Nemes MI, Basso CR, Castanheira ER, Alves MT, Buchalla CM, Donini AA. Evaluation of the organizational structure of HIV/AIDS outpatient care in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40(1):143-51.

Mocroft A, Ledergerber B, Katlama C, Kirk O, Reiss P, d'Arminio Monforte A, et al. Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study. *Lancet.* 2003; 362(9377):22-9.

Moreira ED Jr., Lobo CFL, Villa M , Nicolossi A , Glasser DB. Prevalence and correlates of erectile dysfunction in Salvador, northeastern Brazil: a population – based study. *Int J Impot Res*. 2002; 14(Suppl 2):53-9.

Mueller MR. Social barriers to recognizing HIV/AIDS in older adult. *J Gerontol Nurs.* 1997; 23(11):17-21.

Nemes MI, Castanheira ER, Melchior R, Alves MT, Basso CR. Evaluating quality of care in an AIDS program: health services research issues in Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20 (Suppl 2):S310-21.

Paiva V, Santos N, França-Junior I, Filipe E, Ayres JR, Segurado AC. Desire to have children: gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. *AIDS Patient Care STDS.* 2007; 21(4):268-77.

Paiva V, Venturi G, França-Junior I, Lopes F. Uso de preservativos- Pesquisa Nacional MS/IBOPE, Brasil 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/ibope_2003/artigo_preservativo.rtf>

Papaléo Netto M . O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan S.A; 2002.

Parker R. Prólogo. In: Varas-Diaz N, Serrano-Garcia I, Toro-Alfonso J, editores. *Estigma y diferencia socia*l: VIH/SIDA em Puerto Rico. Bogotá: Ediciones Buracán; 2004. p. 14-16.

Parker R, Aggleton P. Estigma, discriminação e aids. Coleção ABIA, Cidadania e Direitos, nº 1. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 2001.

Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M, organizador. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996. p.26-43

Rao JK, Anderson LA, Innui TS, Frankel RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: a systematic review of the evidence. *Med Care*. 2007; 45(4):340-9.

Ribeiro A. Sexualidade na Terceira Idade. In: Papaléo Netto M, organizador. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 1996. p.124-35

Sadala MLA. *Cuidar de pacientes com Aids*: o olhar fenomenológico. São Paulo: Unesp; 2000.

Salimene ACM. Sexualidade no envelhecimento com dependência. *Serviço Social & Sociedade.* 2003; 75:167-78.

Santos CP, Nascimento VLV, Felipe YX. Aderência ao tratamento anti-retroviral: resultados preliminares e reflexões da experiência em um serviço universitário – Casa da Aids. In: Teixeira PR, Paiva V, Shimma E, organizadores. Tá difícil de engolir? São Paulo: Nepaids; 2000. p. 115-27.

Santos CP, Felipe YX, Braga PE, Ramos D, Lima RO, Segurado AC. Self-perception of body changes in persons living with HIV/AIDS: prevalence and associated factors. *AIDS.* 2005;19 (Suppl 4):S14-21.

Segurado AC, Miranda SD, Latorre MRDO, Brazilian Enhancing Care Initiative Team. Evaluation of the care of women living with HIV/AIDS in São Paulo State, Brazil *AIDS Patient Care STDS.* 2003; 17(2):85-93.

Shippy RA, Karpiak SE. The aging HIV/AIDS population: fragile social networks. *Aging Ment Health* 2005; 9(3):246-54.

Siegel K, Brown-Bradley CJ, Lekas H-M. Strategies for coping with fatigue among HIV-positive individuals fifty years and older. *AIDS Patient Care STDS.* 2004; 18(5):275-88.

Silverberg MJ, Leyden W, Horberg MA, DeLorenze GN, Klein D, Qiuesenberry CP Jr. Older age and the response to and tolerability of antiretroviral therapy. Arch Intern Med.. 2007;167(7):684-91.

Soares AM, Lima WJR, Marrochi LCR, Silveira CM. Aids no idoso. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan S.A; 2002.

Stall R, Catania J. Aids risk behaviors among late middle–aged and elderly Americans. *Arch Intern Med.* 1994; 154(1):57-63.

Szirony TA. Infection with HIV in the elderly population. *J Gerontol Nurs.* 1999; 25(10): 25-31.

Tan HH, Wong ML, Chan RK. An epidemiological and knowledge, attitudes, beliefs and practices study of sexually transmitted infections in older men. *Singapore Med J.* 2006; 47(10):886-91.

UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic. 2004. Disponível em: <http://www.unaids.org>

UNAIDS. Aids epidemic update: December 2006. Disponível em: <www.unaids.org/en/hiv_data/epi2006/default.asp>

van Sighem AI, van de Wiel MA, Ghani AC, Jambroes M, Reiss P, Gyssens IC, et al. Mortality and progression to AIDS after starting highly active antiretroviral therapy. *AIDS.* 2003; 17(15):2227-36.

Vance D. The relationship between HIV disclosure and adjustment. *Psychol Rep.* 2006; 99(3):659-63.

Varas-Diaz N, Serrano-Garcia I, Toro-Alfonso J. Estigma y la epidemia del VIH/SIDA. In: Varas-Diaz N, Serrano-Garcia I, Toro-Alfonso J, editores. *Estigma y diferencia socia*l: VIH/SIDA em Puerto Rico. Bogotá: Ediciones Buracán; 2004. p. 27-61.

Veras R. A Era dos idosos: os novos desafios. In: *Anais da I Oficina de Trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde do idoso;* 2002; Ouro Preto, Brasil; 2002. p.89-96.

Wooten-Bielski K. HIV & AIDS in older adults. *Geriatr Nurs.* 1999; 20(5):268-72.

Zea MC, Reisen CA, Poppen PJ, Bianchi FT, Echeverry JJ. Disclosure of HIV status and psychological well-being among Latino gay and bisexual men. *AIDS Behav.* 2005; 9(1):15-26

Zelenetz PD, Epstein ME. HIV in the elderly. *AIDS Patient Care STDS.* 1998; 12(4):255-62.

APÊNDICE

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo